

**Møte torsdag den 10. juni kl. 13**

President: E i r i n F a l d e t

D a g s o r d e n (nr. 36):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (Innst. O. nr. 91 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99))
2. Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov av 28. juni 1996 nr. 54 om studentsamskipnader (Innst. O. nr. 81 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 74 (1998-99))
3. Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler (Innst. O. nr. 80 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 75 (1998-99))
4. Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregående opplæring (Innst. O. nr. 92 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 78 (1998-99))
5. Referat

*Valg av settepresident*

**Presidenten:** Presidenten vil foreslå at det velges en settepresident for Odelstingets møte i dag – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresident.

**Grete Knudsen (A):** Jeg foreslår Oddbjørg Ausdal Starrfelt.

**Presidenten:** Oddbjørg Ausdal Starrfelt er foreslått som settepresident. – Andre forslag foreligger ikke, og Oddbjørg Ausdal Starrfelt anses enstemmig valgt som settepresident for dagens møte.

## S a k n r . 1

*Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* (Innst. O. nr. 91 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99))

**Presidenten:** Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 40 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 35 minutter, Fremskrittspartiet 15 minutter, Kristelig Folkeparti 15 minutter, Høyre 15 minutter, Senterpartiet 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Venstre 5 minutter og Tverrpolitisk Folkevalgte 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt høve til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg av hovedtalerne for hver partigruppe og fem replik-

ker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

**Asmund Kristoffersen (A)** (ordfører for saken): Odelstinget gjør i dag et historisk vedtak. Etter en lang forhistorie skal vi i dag vedta en lov om pasientrettigheter som vil styrke pasientenes rettslige stilling.

I denne loven får vi en lovfesting av:

- rett til spesialisthelsetjeneste
- rett til vurdering
- rett til fornyet vurdering
- rett til valg av sykehus
- rett til medvirkning og informasjon
- rett til å samtykke til helsehjelp
- rett til innsyn i journal
- særlige rettigheter for barn
- opprettelsen av en pasientombudsordning

De grunnleggende og prinsipielle sider ved en pasientrettighetslovgivning ble av Stortinget trukket opp i Innst. S. nr. 165 for 1994-95, basert på St.meld. nr. 50 for 1994-95, Samarbeid og styring. En rekke andre vedtak i Stortinget danner også grunnlag for den pasientrettighetsloven vi nå skal vedta.

Før jeg utdyper sentrale deler av loven, vil jeg berømme hele sosialkomiteen for meget konstruktivt arbeid, noe som har gjort min rolle som saksordfører givende. Men det viktigste resultatet av dette er at komiteen er samlet om sentrale bestemmelser i loven, ja det er et bredt flertall for alle bestemmelser i loven. Dette gir loven større legitimitet og kraft, og betyr noe for dem loven er til for, nemlig våre kommende pasienter.

Jeg vil først gi noen generelle betraktninger til loven og de problemstillinger som knytter seg til denne.

Bestemmelser om pasientrettigheter er spredt på mange forskjellige lover som angår helsetjenesten. Norsk helselovgivning er meget omfattende, og kan være vanskelig å finne fram i både for helsepersonell og pasienter. Pasientenes rettssikkerhet er i stor grad avhengig av klare og oversiktlige lovformuleringer og lett tilgjengelig informasjon. Rettssikkerheten er også betinget av at befolkningen og den enkelte har nødvendig kunnskap om sine rettigheter.

Rettssikkerheten for pasientene blir styrket ved at en nå får en egen lov om pasientrettigheter der en tydeliggjør og forbedrer pasientenes rettigheter også på områder som har å gjøre med pasientenes integritet, menneskeverd, selvbestemmelse, informasjon, medvirkning og reell og formell klageadgang.

Det er dessuten viktig at pasientenes interesseorganisasjoner og uhildete organer kan ivareta pasientenes interesser både i forhold til dem som har ansvar for å yte pasientene nødvendig helsetjeneste, og dem som måtte ha økonomiske interesser i å holde tilbake pasientenes rettmessige krav på helsetjenester eller økonomisk oppgjør.

Det er grunnleggende at hele befolkningen sikres lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Klare rettigheter for pasientene er et nødvendig bidrag til dette, samtidig som klart formulerte og praktiserte rettigheter er nødvendig for å fremme tillitsforholdet mellom pasientene og helsetjenesten.

Rettighetsbegrepet har ikke noe entydig innhold. En kan grovt skille mellom formelle og materielle rettigheter:

Formelle rettigheter er regler om saksbehandling i vid forstand, f.eks. taushetsplikt, innsynsrett, klageregler, noen bestemmelser om pasientombudet m.m.

Materielle rettigheter knytter seg til retten til nærmere bestemte ytelser som tjenester eller penger og korresponderende plikter for det offentlige, institusjonen og eventuelt helsearbeiderne.

Forsvarlighets hensynet kan også ha en materiell side, f.eks. krav om en spesiell behandling.

De rettigheter en gir, må det være mulig å oppfylle, slik at det ikke innføres rettigheter som skaper forventninger om noe som er uoppnåelig, og som skaper uklarhet og mistillit til helsevesenet. Rettigheter kan bidra til at nødvendige helsetjenester faktisk blir prioritert. Rettighetsfesting kan dermed være et virkemiddel for styring og god ressursbruk, der en sikrer at nasjonale minstestandarder og nasjonale prioriteringer blir fulgt.

De seneste årene er det vedtatt en rekke både organisatoriske og økonomiske reformer som en forventer vil styrke helsevesenets kapasitet og kvalitet, og dermed også pasientens rettigheter og tilgang til helsetjenester. Eksempelvis kan nevnes: fastlegeordningen, bedre ledelse i sykehus gjennom forbedret intern organisering, regional helseplanlegging, innsatsstyrt finansiering m.m. Rettighetsfesting er med andre ord et juridisk virkemiddel som må sees i sammenheng med andre virkemidler.

Ventetidsgarantien har stått sentralt i prioriteringsdebatten helt siden Sosialdepartementet i 1990 fastsatte forskriften om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Utgangspunktet for garanti er bygd på prinsippet om alvorlighet, men praktiseringen gikk over til å bli en garanti som i stor grad er knyttet til diagnose, noe som gjorde at ventetidsgarantien ikke ble et godt nok redskap for prioritering og dermed lik behandling av pasienter med sammenlignbare lidelser.

Problemet med garantien har først og fremst vært ulik praktisering av kriteriene, noe som har betydd svære forskjeller fra fylke til fylke. Eksempler viser at andelen av henviste pasienter som ble tildelt garanti, kunne variere fra 16 pst. i ett fylke til 70 pst. i et annet, og fra 10 pst. til 90 pst. innenfor samme fagområde. Enda verre enn dette er det at Statens helsetilsyn tidligere har avslørt fiktive ventelistetall. Av langtidsventere var 15 pst. av pasientene ferdigbehandlet, 15 pst. ønsket ikke behandling og 20 pst. hadde ikke diagnose som tilsa garantitildeling. Det er grunn til å tro at denne type slurv og likegyldighet overfor ventelistesystemet er klart forbedret, men det må understrekes at det har tatt unødig lang tid å få forbedret kvaliteten av ventelistene.

Det er kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven som først og fremst skal sikre helsetjenestene i samfunnet, mens pasientrettighetsloven skal bidra til fordelingsrettferdighet, men ikke alene sikre dette.

Den bestemmelse i loven som har fått størst oppmerksomhet, er naturlig nok spørsmålet om å rettighetsfeste retten til spesialisthelsetjeneste. Vi har fra før en juridisk rett til kommunehelsetjeneste og til akutt hjelp. Det hevdes at opp mot 65 pst. av pasientene i spesialisthelsetjenesten innlegges som akutt pasienter.

Det er nå en samlet komite som går inn for å rettighetsfeste retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er en samlet komite som står bak de fundamentale kriterier for hvem som skal ha denne retten. Fremskrittspartiet skiller lag med flertallet ved en del av de presiseringer som flertallet foretar, mens Høyre står sammen med regjeringspartiene, Sosialistisk Venstreparti og Arbeiderpartiet om alle paragrafens premisser, med unntak av punktet om at rettigheten gjelder offentlig godkjent og finansiert spesialisthelsetjeneste og institusjon som fylkeskommunen inngår avtale med, slik det er uttrykt i premissene. Men både Høyre og Fremskrittspartiet har noen særmerknader som i tillegg utdyper grunnlaget for den formulering de har av den rettighetsbestemmelsen de fremmer forslag om.

Jeg mener det er en klar styrke for lovens tolkning og gjennomslagskraft at det finnes brede flertall på sentrale felt i loven. En samlet komite sier noe om konsekvensene av rettighetsfesting som jeg mener er viktig:

«Komiteen mener at det er grupper med de mest presis beskrevne diagnoser og konkrete behandlingsmuligheter som allerede i dag har langt bedre mulighet for å få nødvendige spesialisthelsetjenester enn grupper med diffuse lidelser og manglende eller utilstrekkelige behandlingsmuligheter. Komiteen viser til at dette kom fram under høringen ved behandlingen av denne loven.» Jeg tenker da på de høringsuttalelsene som er gitt både i møter med komiteen og i skriftlig tilsendt materiale. «Komiteen finner også grunn til å vise til Lønning II-utvalget der det kom fram at kronikere, personer med diffuse lidelser og psykiatriske pasienter gjennom lang tid har vært underprioritert.

Komiteen vil hevde at det ikke er sannsynliggjort at disse grupper skulle komme i en verre posisjon med rettighetsfesting av spesialisthelsetjeneste.»

Jeg vil for egen regning legge til at disse pasientene nettopp i en rettstilstand uten rettighetsfesting har havnet i den situasjon som Lønning II-utvalget beskriver relativt presist. Jeg vil også vise til at komiteen sier:

«Svake grupper som i dag prioriteres lavt i spesialisthelsetjenesten, kan få en viktig brekkstang for å oppnå grunnleggende helsetjenester.»

I en opinionsundersøkelse foretatt av Opinion A/S sier 87 pst. av den norske befolkning at de vil ha en lovfestet rett til spesialistbehandling innen rimelig tid. Jeg mener dette er et tegn på at mange føler seg utrygge på om de får hjelp når de blir syke, noe også tall fra undersøkelsen bekrefter. Nå vil jeg understreke at den faktiske situasjonen i Norge er slik at de aller fleste pasienter får

den helsehjelp de kan få, også innen rimelig og forsvarlig tid.

Om befolkningen føler usikkerhet med hensyn til å få nødvendig helsehjelp, vil dette lett føre til mindre tiltro til det offentlige helsevesenet. Dette vil også kunne forsterke en pågående trend mot mer privatisering i helsevesenet og ikke minst en oppblomstring av helseforsikringsordninger. Når komiteen faktisk har uttrykt dette, viser det en holdning til og en mening om at helseforsikringsordninger ikke kan sikre folk solidariske og økonomisk forsvarlige helsetjenester.

For alle partiene unntatt Fremskrittspartiet har det vært viktig å klargjøre hva som skal ligge i begrepet «nødvendig helsehjelp». Men som vi sier det – lavere prioritert helsehjelp behøver ikke å bety at helsevesenet ikke skal utføre dette, men det kan verken være en rettighet eller en prioritet i helsevesenet.

Ettersom en må forutsette at alle ikke kan få alle ønsker om alle helsetjenester oppfylt straks, vil vi også innenfor en rettighetsfestet helsetjeneste måtte prioritere noen foran andre. Flertallet, alle unntatt Fremskrittspartiet, har derfor bestrebet seg på å gjøre avgrensninger knyttet til alvorlighetskriteriene. Vi har funnet å vise til de kriterier som det tidligere omtalte Lønning II-utvalget har presisert, og vi har i komiteinnstillingen relativt detaljert gått inn på dette. Jeg vil tro at dette kan danne et godt grunnlag for departementet når forskriftene til pasientrettighetsloven skal utarbeides. I dette ligger det at det vil være en rekke undersøkelser og behandlingsformer der det ikke er opplagt at tilgjengelige ressurser vil gi rom for verken rettighet eller prioritet.

Jeg vil imidlertid presisere – i tråd med det jeg tidligere har sagt – at pasienter med sammensatte lidelser, kronikere og andre med diagnoser av denne art ikke skal falle utenom rettighetsfestingen.

Så vil det også være slik at før retten til helsehjelp fullt ut skal bli reell, må vedtatte opptrappingsplaner gjennomføres, og flertallet har vist til en rekke planer og forutsetninger for øvrig.

Komiteflertallet har ellers presisert at i de tilfeller hvor pasientene må vente lenger på behandling enn det som er ønskelig, ja, så er det viktig at primærhelsetjenesten i samråd med spesialisthelsetjenesten følger opp disse pasientene på et forsvarlig medisinsk grunnlag.

Jeg vil på flertallets vegne klart presisere den plikt som fylkeskommunen har til å legge opp til en spesialisthelsetjeneste som fanger opp den rettighet som pasientene gjennom pasientrettighetsloven har fått – eller som vi vil få i løpet av denne dagen. Dette knytter seg både til omfang og kvalitet.

Når flertallet, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV, har knyttet retten til spesialisthelsehjelp til offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting og innen de grenser som kapasiteten setter, betyr dette en avgjørende forpliktelse for fylkeskommunen til å gi pasientene i riket en helsetjeneste loven tilsier at de har krav på.

Pasientrettighetsloven inneholder en rekke bestemmelser som styrker pasientens stilling utover bestemmelsen om nødvendig helsehjelp, og jeg vil kort gå inn på noen av disse.

Komiteen står samlet om definisjonen av «pasient», som innebærer at personer allerede ved henvendelsen til helsetjenesten blir definert som pasient og dermed får rett til å få overprøvd et eventuelt avslag på behandling. Det synes å være for mange eksempler på folk som ikke får denne retten oppfylt i dagens system.

Når det gjelder spørsmålet om pårørende, har komiteen gått inn for en presisering av lovteksten som klarere imøtekommer pasientens syn på hvem som skal betraktes som nærmeste pårørende. Det kan tenkes tilfeller der forholdet mellom pasient og nærmeste familie er slik at det ikke ville være naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot hans ønske.

Et sentralt punkt i loven er retten til vurdering, der pasienten innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, skal ha rett til å få sin tilstand vurdert og så få beskjed om hvilken behandling han kan forvente å få og når behandlingen kan forventes å bli gitt. Ved mistanke om alvorlig sykdom, som f.eks. enkelte kreftsykdommer, har pasienten rett på raskere oppfølging. Komiteen har i prosessen kommet til at det er nødvendig å presisere dette, og nevner at en ved mistanke om kreft skal foreta denne vurderingen innen 15 virkedager, noe som forhåpentligvis allerede er praksis. Komiteen er samlet i synet på retten som pasienten skal ha til fornyet vurdering, men skiller lag i om den fornyede vurderingen skal være betinget av ny henvisning fra allmennlegen. Flertallet mener at før en kan oppsøke spesialisthelsetjenesten igjen, må en ha fått fornyet henvisning fra en allmennlege.

Loven innebærer rett for pasienten til valg av sykehus innenfor samme behandlingsnivå. Selv om Arbeiderpartiet primært ønsker denne retten i hovedsak begrenset til helseregionen eller til nabofylket i annen region, tar vi til etterretning at et flertall i Stortinget har vedtatt dette tidligere.

Jeg vil understreke at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, nå har rett til å få en individuell plan. Med dette redskapet i hånd kan disse pasienter på en bedre måte enn tidligere gjøre sin rett gjeldende og selv ha oversikt over det planlagte behandlingsopplegget. Jeg er svært tilfreds med at dette kom inn gjennom komitebehandlingen.

Bestemmelsene om pasientens rett til medvirkning, informasjon, samtykke, journalinnsyn og korrigerende av feilaktige opplysninger i pasientens journal m.m. gir pasientene innflytelse og mulighet til å ivareta sine interesser. Om pasienten skulle mene at han ikke har fått de tjenester han har krav på, vil han gjennom reglene for klage nå på en langt sterkere måte enn tidligere få formell mulighet til klagebehandling. Jeg vil likevel anta at pasient og tjenesteyter i de aller fleste tilfeller der uoverensstemmelser måtte oppstå, løser dette uten at pasienten må gå den formelle klageveien. Reglene i klagebestemmelsene understøtter dette.

Pasientombudsordningen lovfestes nå, og pasientene får derved en uhildet instans å samrå seg med og eventu-

elt en medhjelper i kontakten med helsevesenet. Dette er en viktig ordning, og jeg vil understreke at pasientombudene i alle fylker ikke bare skal forholde seg til henvendelser fra pasienter og publikum, men også skal kunne ta egne initiativ og ta opp kritikkverdige forhold som de får eller skaffer seg kjennskap til.

O d d b j ø r g A u s d a l S t a r r f e l t hadde her teke over presidentplassen.

**Presidenten:** Det vert replikkordskifte.

**John I. Alvheim (Frp):** I Dagsavisen den 29. april dette år uttalte representanten Asmund Kristoffersen følgende på et spørsmål fra journalist Jorunn Litland om han var skeptisk til å innføre rett til behandling:

«Ja, men da vi hørte på pasientorganisasjonene kom vi til at det er på tide at vi gir pasientene klare rettigheter.»

Videre uttalte Asmund Kristoffersen i samme intervju følgende:

«Vi ønsker at rettigheten skal bli knyttet til at den enkelte pasient skal få ordentlig beskjed om hva som feiler han og når en forsvarlig behandling må finne sted. Hvis pasienten ikke får denne forsvarlige behandlingen, vil han få en juridisk rett til å klage.»

Mine spørsmål til representanten Asmund Kristoffersen blir da som følger: Mener representanten Asmund Kristoffersen at lovteksten slik den nå foreligger, er klar? Hvorfor kunne ikke Arbeiderpartiet gå lenger og knytte retten til behandling opp mot en faglig fastsatt frist som ville være juridisk bindende for fylkeskommunen? Synes representanten Asmund Kristoffersen det er riktig å belaste alvorlig syke mennesker med en omfattende klagebehandling i en slik livssituasjon for at de skal få sine rettigheter?

**Asmund Kristoffersen (A):** Først og fremst ønsker jeg at de utsagn jeg kommer med i lovgivningsarbeidet, blir heftet til det som skjer i denne salen, og de merknader som er lagt inn som premisser for lovteksten. Når det gjelder formuleringer i avisoppslag, vet vi at de kan være mer eller mindre presise. Men det er riktig at innspill fra pasientorganisasjonene gjorde inntrykk. Og den dialogen som vi hadde både i komiteen og ellers, gav i alle fall meg ny innsikt i problemstillingen som gjorde at det var verdt å lytte til. Nå har jo jeg hørt disse før, og jeg var også med i prosessen under utarbeidelsen av det høringsnotatet som statsråd Gudmund Hernes la fram høsten 1997. Der vet vi at det var fremmet to alternative forslag til paragrafer til rettighetsfesting, ett som gikk veldig langt, og ett som iallfall var i nærheten av det som vi i dag vil vedta. Så dette er for så vidt ingen helt fremmed tanke. Men jeg presiserer at en gjengivelse i en avis ikke nødvendigvis er en presis gjengivelse av det som er sagt eller det som en måtte mene.

Når det så gjelder spørsmålet om vurdering, skal jeg kort innom det. Jeg mener at paragrafen om retten til vurdering er veldig viktig, for der skal pasienten få den in-

formasjon som han delvis ikke får i dag. Mange seiler rundt i systemet uten å vite når de kan forvente å få behandling. Den lovparagrafen hjemler veldig klart en forpliktelse for tjenesteyter, fylkeskommunen, til å gi pasienten beskjed om når behandling skal skje og hva slags behandling han skal få. Det synes jeg er en klar forbedring.

Jeg mener at lovteksten er krystallklar på rettighetspunktet. Den er langt på vei, iallfall det som går på retten, identisk med det som ligger i formuleringen til bl.a. det John I. Alvheim var inne på.

Men vi har tatt noen forbehold, og det har jeg gjort greie for i hovedinnlegget mitt, om begrensninger som det er veldig viktig å ha med videre.

**Annelise Høegh (H):** Jeg vil gjerne, som saksordføreren, berømme det arbeidet som har vært gjort, og jeg vil berømme saksordføreren for det grundige arbeid som han har gjort som grunnlag for komiteens innstilling. Jeg syns spesielt drøftingen av ventetidsgarantien og mulighetene for rett til behandling er innsiktsfulle, og det representerer et nybrottsarbeid.

Men desto større ble min skuffelse, i likhet med komitelederens, da lovforslaget fra flertallet ble presentert. Og enten nå saksordføreren er korrekt gjengitt i Dagsavisen eller ikke, står han vel fast på at han har lyttet til pasientorganisasjonene, og at det er en del av bakgrunnen for at Arbeiderpartiet nå har gått inn for å ville lovfeste rett til behandling eller rett til helsehjelp.

Nå må det vel kanskje være et paradoks for Arbeiderpartiet at de samme pasientorganisasjonene som de har sagt at de vil lytte til, etter at de så komiteens innstilling uttaler skuffelse over flertallets forslag til § 2-1 og glede over at det iallfall er to partier her i salen, nemlig Høyre og Fremskrittspartiet, som fremmer det forslag til behandling som pasientorganisasjonene har bedt oss om – ikke i ett og alt kanskje, men iallfall i det store og det hele.

Jeg vil spørre saksordføreren: Kan han si noe om hvordan han ser på forskjellen på flertallets og mindretallets forslag? Dersom rettighetsfestingen skal være en brekkstang for prioritering, for ressurstildeling, slik han sa i sitt innlegg, så er det vel en fare for at dette kan bli en brekkstang som bryter før den blir brukt, dersom kapasiteten, som er en av de hovedbegrensningene flertallet har lagt i sitt forslag, skal få gjennomslag. Hva blir det igjen av retten til behandling, og hvordan ser saksordføreren på de to ulike forslagene?

**Asmund Kristoffersen (A):** Jeg syns at vi gjorde et veldig viktig arbeid i komiteen, så jeg vil gjerne berømme noen andre også i denne sal, bl.a. replikanten her, når det gjelder de avgrensninger som vi prøvde å gjøre i forhold til hva som skal gi rett, og hva som ikke skal gi rett og eventuelt prioritet. Det er veldig fristende å berømme også en annen person som sitter i denne salen, Inge Lønning, som ledet et utvalg som ble en veldig viktig kunnskapskilde for meg når jeg skulle gå igjennom pasientrettighetsloven og se hvilke andre dokumenter som vi burde

forholde oss til. Jeg fant en rekke presist beskrevne problemstillinger og forslag til løsninger som vi fant å bringe inn i dette lovarbeidet, og som gav flere av oss en felles plattform. Og jeg tror at i det videre arbeid for pasientene er det et veldig viktig grunnlag å ha med seg, som kanskje gjør at helseministerens forskriftsarbeid kan bli overkommelig – for alt er jo ikke klarlagt i loven, det er helt klart.

Ja, det er mulig at pasientorganisasjoner kan ha uttrykt skuffelse, men jeg så jo at de umulig kan ha hatt tilgang til eller lest alle de premissene vi la bak lovformuleringen. Sammenholder man det som står der, med de uttalelsene som jeg så langt har sett, synes jeg det er et språk. Og jeg tror også, som jeg har presisert i mitt innlegg, at en rekke av de pasientgruppene som har hatt lav prioritet, kan ha muligheten til å komme inn. Jeg tror ikke det vil være i mange av disse pasienters interesse at en lager et helt åpent system hvor en tar med seg helsekronene under armen og drar til utlandet. Det vil over ganske kort tid utarme det helsevesenet som nettopp skal ivareta de pasientgruppene som ikke har så sterke rettigheter i dag.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** SV tilhører her flertallet når det gjelder alle lovforslagene. Jeg vil også si at det har vært et både spennende og givende arbeid, og det opplever jeg vel at alle i komiteen har bidratt til, og at skillelinjene ikke nødvendigvis er så veldig sterke.

Jeg vil imidlertid stille saksordføreren et spørsmål i forhold til § 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp, fordi jeg i etterkant av at komiteen har avgitt sin innstilling, ser at det kommer opp spørsmål fra ulike pasientorganisasjoner om forståelsen av siste komma i fjerde avsnitt der, altså «og innen de grenser som kapasiteten setter». Jeg vil for SVs del redegjøre for den forståelsen vi har av det. Men det er klart det kan være organisasjoner som føler at man med den setningen fratrar dem de rettigheter som man i forkant har beskrevet. Man vil da veldig fort kunne si at her er det dessverre ikke kapasitet, og på den måten faller rettigheten bort.

Jeg håper derfor at saksordføreren kan si noe om de betraktningene som har ledet fram til den setningen, og hva slags begrensninger som eventuelt vil ligge i det.

**Asmund Kristoffersen (A):** Det har gledet meg stort, og jeg tror det er til gagn for de norske pasientene, at så mange partier står sammen. Det er riktig som Ballo nevner: Arbeiderpartiet og SV står sammen på alle punkter. Det synes jeg er fint.

Ballo tar opp et viktig punkt, et punkt som selvfølgelig trenger en avklaring, ikke minst når det gjelder praksis. Vi har altså felles lagt en rekke premisser. Jeg nevnte Lønning-utvalget spesielt, fordi det var det som veide tyngst. Men vi har også felles pekt på en del opptrapningsplaner og andre ting som vi mener må gjennomføres, før en kanskje oppnår den kapasitet som skal til for at vi faktisk når alle dem som vi bør nå i forhold til rettigheter.

Jeg mener at denne loven er veldig viktig, selv om vi har lagt inn begrensninger. Som jeg sa i mitt innlegg, leg-

ger vi nå et veldig sterkt press på sykehuseier for å tilrettelegge ikke bare for tjenester av kvalitet, men også kapasitet, fordi pasienten med loven i hånd kan gå til tjenesteyter og si: Jeg har ikke fått oppfylt mitt krav. Det betyr at tjenesteyter – stort sett fylkeskommunen i dette tilfellet – må anstrenge seg kraftig for å få det til. Alternativene, hvis det ikke skjer, kan være mange. Det skal jeg for så vidt ikke spekulere i nå. Men iallfall åpner det, som sagt, veien for andre aktører. Som pasienter føler vi at vi har rett til helsetjenester, og vi må føle oss trygge på at vi får det. Når det gjelder kapasitet, må tjenesteyter anstrenge seg maksimalt for å legge til rette, både ressursmessig og ikke minst organisasjonsmessig. Det er ennå ufattelig mye dårlig organisering. Det ser en når en blir kjent med enkelte tilfeller.

**Presidenten:** Replikkkordskiftet er omme.

**John I. Alvheim (Frp)** (komiteens leder): La meg innledningsvis få lov til å rette en takk til saksordføreren for igjen å ha tilrettelagt for komiteen en stor og komplisert sak på en ryddig og innsiktsfull måte.

Under komiteens arbeid med lovproposisjonen har det skjedd en vesentlig endring i forhold til lovforslaget når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp. Med den foreliggende innstilling er det nå legitimt å kalle denne loven for en pasientrettighetslov, noe som ikke var tilfellet med lovutkastet i Ot. prp. nr. 12 som forelå fra Regjeringens side, og hvor rett til helsehjelp ikke var foreslått lovfestet. Det er imidlertid et alvorlig problem i innstillingen at lovteksten i § 2-1 ikke er i samsvar med de premisser flertallet har lagt for å lovfeste slike rettigheter. I flertallets premisser legges det til grunn at pasientene skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn, mens det i lovteksten overlates til departementet å fastsette bestemmelser og tidsfrister i form av forskrifter. Med den negative innstilling som Regjeringen har i proposisjonen, og den helseministeren i ulike uttalelser har hatt til rettighetsfesting, kan en dessverre ikke forvente at de forskriftene som Regjeringen skal utarbeide, vil være innskjerpende i forhold til pasientens interesser.

Flertallet klargjør heller ikke et annet vesentlig spørsmål når vi snakker om lovfestede rettigheter, nemlig konsekvensene for tjenesteyter når retten til nødvendig helsehjelp ikke overholdes. Jeg har registrert at helseministeren i ulike sammenhenger har uttalt at den vesentligste begrunnelse fra hans side for ikke å foreslå rett til behandling i proposisjonen var frykten for at store ressurser skulle medgå til saksbehandling og behandling av klager i rettsapparatet. Helseministeren har i den sammenheng vist til USA, som et skrekkeeksempel i så måte. Til dette er det for det første å si at de vesentligste og hyppigste rettssaker innen helsevesenet i USA går på klager på enkeltbehandlinger og feilbehandlinger og ikke i forhold til retten til behandling. Norge har så langt ikke kultur for denne type rettssaker. Med den særdeles uklare lovteksten i foreliggende innstilling er jeg imidlertid redd for at nettopp denne uklarheten vil føre til et rush av rettssaker i tiden frem-

over. Jeg ser ikke bort fra at denne lovteksten innen ganske kort tid må endres og bli mer entydig og klar.

En enstemmig komite går inn for lovfesting av retten til nødvendig helsehjelp og at «pasientene skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn». Jeg viser her til komiteens merknader på sidene 20-21 i innstillingen.

Komiteen deler seg imidlertid når det gjelder definisjonen og omfanget av denne retten til helsehjelp, og konsekvensene ved brudd på rettighetene. Slik jeg tolker lovteksten i flertallets § 2-1, vil denne retten til nødvendig helsehjelp i grove trekk stort sett bare omfatte øyeblikkelig hjelp, og den begrenses og betinges også av den ressurstilgang og kapasitet som spesialisthelsetjenestene til enhver tid måtte ha.

I flertallets lovtekst, annet ledd, står bl.a. følgende:

«Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt».

Nødvendig helsehjelp gjøres her avhengig av den såkalte kost-nytteeffekten. Dette finner Fremskrittspartiet meget betenkelig, og denne lovteksten kan etter vår mening være direkte ekskluderende i forhold til ulike grupper av kronisk syke pasienter. Flertallet beskriver ikke i innstillingen hvordan kost-nytteeffekten i praksis skal fungere, og jeg tillater meg derfor å reise et konkret spørsmål i form av et eksempel som jeg håper noen av flertallets representanter kan svare på.

Det er ikke uvanlig at pasienter med diabetes i høy alder får alvorlig arteriosklerose i bena, som gir store smerter og kan være direkte livstruende. Det er to behandlingsformer som kan være aktuelle i en slik situasjon, nemlig karkirurgi eller amputasjon. Karkirurgi vil i tilfelle være langt mer kostbart i forhold til amputasjon. Forholdet er gjerne 10:1. I begge tilfeller vil pasienten overleve, enten med innlagte kunstige årer, og da opprettholde full livskvalitet, eller miste det ene eller begge bena, med ekstremt dårligere livskvalitet. Hvordan skal man tolke kost-nytteeffekten i dette spesielle tilfellet? Og det finnes lignende tilfeller i andre sykdomsgrupperinger. Er det nytten for pasienten man skal ta utgangspunkt i? Eller er det kostnaden for samfunnet som skal være avgjørende?

Mitt spørsmål er ikke hypotetisk, men tatt ut fra den vanlige hverdag i et hvilket som helst norsk sykehus.

Jeg fikk heldigvis en samlet komite med på en merknad om at alder ikke skulle være et selvstendig kriterium for bedømmelse av kost-nytteeffekt ved medisinsk behandling, og jeg er glad for det. Men jeg vet på den annen side at alder i dag dessverre betraktes som et meget viktig tilleggskriterium ved enkelte sykehus når det gjelder ulike former for nødvendig helsehjelp. Jeg stiller personlig spørsmålstegn ved å benytte kost-nyttebegrepet i forbindelse med helsehjelp. Og skal det benyttes, bør det være det medisinskfaglige skjønn som er avgjørende, og ikke politiske prioriteringskriterier.

Jeg vil minne om at meget kostbare behandlingsformer, bl.a. innenfor transplantasjonssproblematikken, på sikt kan være meget kostnadsbesparende for samfunnet,

idet pasienten slipper hyppige innleggelse og oppfølging i mange år etter en organtransplantasjon.

Behandlingsforløpet ved denne lovproposisjonen i komiteen bekrefter til fulle det jeg antydte i mitt innlegg om spesialisthelsetjenesteloven i Odelstinget, nemlig at det tydeligvis har foreligget en samarbeidsavtale om behandlingen av de fire helselovene mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet allerede fra det tidspunkt saksordførere ble oppnevnt. Fremskrittspartiet har registrert og tar til etterretning at Regjeringen har valgt Arbeiderpartiet som samarbeidspartner i behandlingen av disse fire viktige helselovene, noe som med få unntak grovt sett har ført til en sementering av nåværende helsepolitikk.

Rent politisk kan en gjøre seg mange refleksjoner om dette samarbeidet mellom Arbeiderpartiet og regjeringspartiene som jeg ikke her nærmere skal utdype, men jeg ser ikke bort fra at enkelte av regjeringspartiene gjennom dette samarbeidet på sikt kan ha forespeilet seg andre politiske konstallasjoner her i huset. Jeg minner imidlertid om at det er helt andre partier enn Arbeiderpartiet som så langt har holdt liv i denne regjeringen, og at det er disse partiene som også utenfor dette hus bedømmes til å føre en fremtidsrettet helsepolitikk, på brukernes premisser.

Prisverdig nok tok Arbeiderpartiet signalene fra brukerorganisasjonene og signalene fremkommet gjennom gallupundersøkelser om at man i denne loven måtte få en lovfestet rett til behandling. Og det var for meg og Fremskrittspartiet særdeles gledelig å registrere et intervju som Dagsavisen hadde med saksordfører Asmund Kristoffersen 29. april. Ut fra dette intervjuet oppfattet jeg situasjonen slik at Arbeiderpartiet ville gå inn for en klar rettighetsfesting av nødvendig behandling. Etter 29. april, da Arbeiderpartiets nye standpunkt ble kjent, har det åpenbart foregått en sterk tautrekking mellom Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, som til slutt dessverre har resultert i en uklar og svekket lovtekst, som åpenbart vil gi problemer for mange behandlingstrengende pasienter og for sykehusene i fremtiden.

I motsetning til flertallet har Fremskrittspartiet og Høyre en klar og utvetydig lovtekst i sitt forslag til rettighetsfesting i § 2-1, en lovtekst som holder vann juridisk, og som langt på vei vil forhindre klager og rettssaker i tiden fremover. Særlig er siste del av lovforslaget meget klargjørende når det gjelder fastsettelse av behandlingstidspunkt, som da skal fastsettes av fagekspertisen. Like klargjørende er det når det gjelder pasientenes juridiske rettigheter når gitte frister oversittes, nemlig at hvis pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet for det offentliges regning til samme kostnad som i offentlige sykehus hjemme.

At innføring av juridisk rettighet til behandling i spesialisthelsetjenesten på kort sikt vil måtte føre til større ressursbruk, er riktig. I denne erkjennelsen ligger at mange alvorlig syke og mindre alvorlig syke i dag ikke får den helsehjelp de burde ha krav på og har behov for. På den annen side er det dokumentert at et betydelig antall pasienter med ikke alvorlig livstruende sykdommer

går sykmeldt i lang tid og belaster folketrygden unødvendig med formidabelt store summer. Noen har antydning på innsparingene bare på sykepengeposten ved redusert ventetid kan dreie seg om ca. 1 milliard kr i året.

Utover spørsmålet om juridisk rettighetsfesting av helsehjelp er sosialkomiteen med få unntak enig i det meste i foreliggende innstilling. Stort sett er lovfesting av andre forhold i foreliggende innstilling en inkorporering i loven av vedtak som tidligere er gjort i Stortinget. Det gjelder bl.a. fritt sykehusvalg, brukermedvirkning, informasjon, samtykke, journalinnsyn, særrettigheter for barn og pasientombudsordningen.

Når det gjelder rettigheter til fornyet vurdering, fremmer Fremskrittspartiet og Høyre forslag om en ny lovtekst som fjerner samtykke fra allmennlege, idet vi mener at det skal være pasientens selvstendige avgjørelse og en rett for pasienten til å kreve å få en ny vurdering.

I forhold til fritt sykehusvalg mener Fremskrittspartiet at utgiftene for behandling i annet fylke i sin helhet skal dekkes av Rikstrygdeverket uten noe mellomregnskap mellom de ulike fylkene, idet vi mener at ordningen slik den er i dag, kan svekke retten til og fremfor alt praksisen med fritt sykehusvalg.

Det samme mener Fremskrittspartiet når det gjelder dekning av reiseutgifter i forbindelse med fritt sykehusvalg. Fremskrittspartiet foreslår tilbakeført den gamle ordningen, hvor reiseutgiftene ble fordelt på bostedskommune, Rikstrygdeverket og pasienten med inntil en tredjedel på hver. Dog skal utgiftene for pasienten ikke overstige 400 kr etter Fremskrittspartiets forslag. Reiseutgiftene bør ikke bli så høye for pasienten at det frie sykehusvalg blir illusorisk, og at bare de med tykk lommebok kan benytte seg av denne retten.

Fremskrittspartiet har en endring av lovteksten i § 1-1, hvor partiet inkluderer eldreomsorgen i forhold til kommunehelsetjenesten som en lovfestet rett.

De siste dagers skrekkehistorier om hvordan eldre syke behandles i våre pleieinstitusjoner, skulle i høyeste grad tilsi at eldreomsorgen inkluderes i rettighetsloven.

Fremskrittspartiet vil stemme mot § 4-5 tredje ledd, dette som en konsekvens av at partiet fremmer eget forslag i § 4-9, der partiet går mot å la være å gi blodtransfusjon eller å gi behandling ved sultestreik selv om pasientene skulle motsette seg dette. Det kan være vanskelig for helsepersonell til enhver tid å kunne bedømme om nekt av helsehjelp er en personlig overbevisning eller et standpunkt som er tatt etter påvirkning fra andre. Fremskrittspartiet viser i denne sammenheng til at helsepersonell er forpliktet til å gi livreddende helsehjelp.

Når det gjelder lovfesting av ordningen med pasientombud i alle fylker, støtter Fremskrittspartiet dette, men vil ha denne ordningen som et statlig ansvar for å hindre et uønsket avhengighetsforhold til fylkeskommunen, som både er arbeidsgiver og tjenesteyter. Fremskrittspartiet har foreslått at pasientombudene som en statlig ordning kan samlokaliseres med de statlige forbrukerkontorene i fylkene.

Sluttelig vil jeg understreke at det er Arbeiderpartiet som må krediteres at vi nå får en lovmessig rett til helse-

hjelp, selv om lovteksten både er uklar og ufullstendig, og jeg tror den må endres relativt raskt.

Helt til slutt tar jeg opp de forslag hvor Fremskrittspartiet er medforslagsstiller, og Fremskrittspartiets egne forslag.

**Presidenten:** John I. Alvheim har teke opp dei forslaga han har gjort greie for.

Det vert replikkordskifte.

**Gunhild Øyangen (A):** Uansett partienes tilslutning til de alternative bestemmelsene om retten til nødvendig helsehjelp er samtlige partier, unntatt Fremskrittspartiet, i komiteinnstillingen med på en klargjøring og avgrensning av hva som skal ligge i begrepet «nødvendig helsehjelp». En slik klargjøring er helt nødvendig for å unngå sidestilling av alvorlige og lettere sykdomstilfeller, og for å gi helsepersonell og sykehus noen prinsipielle retningslinjer i det tøffe prioriteringsarbeidet de må utføre hver eneste dag.

Alle partier, unntatt Fremskrittspartiet, drøfter f.eks. hvordan prioriteringene fra Lønning-utvalget kan være med og gi retten til nødvendig helsehjelp et praktisk gjennomførbart innhold i det norske helsevesen. Mener Fremskrittspartiet at en kan se bort fra prioriteringene slik disse framstår fra Lønning-utvalget?

**E i r i n F a l d e t** hadde her gjeninntatt presidentplassen.

**John I. Alvheim (Frp):** Meg bekjent har det alltid vært praksis i norsk helsevesen, ved norske sykehus og blant norske leger at man har behandlet de mest alvorlige tilfellene først. Det finnes ingen uenighet om det blant fagfolk og burde heller ikke være det blant andre. Slik har det vært, og slik bør det etter mitt syn fortsatt være. Det er legenes faglige skjønn og vurdering som skal avgjøre tidspunktet for når en pasient må ha behandling for at det ikke skal skape ytterligere problemer for pasienten. Det er klart at vi er nødt til å prioritere ut det som det offentlige helsevesenet ikke skal stelle med, og på det punktet er jeg helt enig med både Lønning I- og Lønning II-utvalget. Men når det gjelder de andre pasientene, de som skal ha behandling, er jeg noe usikker på og delvis uenig i de kriteriene som der er lagt opp. Og de som er – jeg holdt på å si – dødssyke, blir ivaretatt, men vi har et mellomsjikt av pasienter som har en lidelse som må behandles som ikke er livstruende, men som kan lage problemer hvis man går for lenge. Det er den ene siden av saken. Den andre siden av saken er at mange av disse pasientene går sykmeldt og hever sykepenge, og det var i den forbindelse jeg i mitt innlegg viste til at her kunne samfunnet faktisk ved å ha en lovmessig rett til behandling også for disse pasientene spare milliardbeløp i året.

**Åse Gunhild Woie Duesund (KrF):** For Kristelig Folkeparti har det vært et bevisst mål å løfte opp svake pasientgrupper som har vært forsømt over lengre tid. Jeg vil kort nevne funksjonshemmede, personer som er ram-

met av kreft, og ikke minst den økende gruppe av mennesker som sliter med psykiske problemer. Fremskrittspartiet har vært en god støttespiller. Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan innen psykisk helse som varer fra i år til år 2006, der en erkjenner at det tar tid å bygge opp et tilfredsstillende behandlingstilbud til denne pasientgruppen, ikke minst tar det tid å få nok fagfolk – kvalifiserte fagfolk. Kristelig Folkeparti har i forbindelse med lov om pasientrettigheter vært så realistisk og ærlig å si at en rettighet begrenses av mangel på kapasitet. Denne må bygges opp over tid. Mitt spørsmål til representanten Alvheim blir da: Inntil kapasiteten er bygd opp i Norge, vil Fremskrittspartiet da sende psykiatriske pasienter til utlandet, og tror Fremskrittspartiet at pasientene vil føle seg trygge i en slik situasjon når en vet hvor mye et nært og tett nettverk betyr for disse pasientene?

**John I. Alvheim (Frp):** Jeg har tidligere sagt, og jeg gjentar det gjerne her og nå, at jeg er ikke enig i at vi har for lite fagfolk i spesialisthelsetjenesten. Jeg tror vi har fagfolk nok bare vi kunne bruke dem på en riktigere og bedre måte.

Jeg er helt uenig i det resonnement som replikanten fremsatte, og som også går frem av foreliggende innstilling, at ressurser og kapasitet skal begrense rettigheten for syke mennesker til å få behandling. Det aksepterer jeg rett og slett ikke. Alle har vi sagt og sier – spesielt i valgkamper – at helse skal prioriteres, helse og omsorg foran alt annet. Det sier vi, men vi gjør det altså ikke. Hvis vi hadde gjort det, hadde det ikke vært noe problem å gi pasientene fulle rettigheter i forhold til behandling.

Jeg tror ikke det er fornuftig å sende psykiatriske pasienter til behandling i utlandet. Det må være meget spesielle tilfeller, som er så begrenset at man faglig kan forsvare det, men jeg tror ikke det er noen fagmann eller -kvinne i dette land som vil gå inn for en slik praksis.

**Inge Lønning (H):** Jeg setter stor pris på at representanten Alvheim har fått en enstemmig komite med på å ta inn setningen om at alder ikke er et kriterium i seg selv. På det punktet har representanten Alvheim og jeg en genuin felles interesse. Men jeg går ut fra at Alvheim også er enig i at det må forstås slik at det ikke er den nominelle alder i seg selv som skal legges til grunn, men en helhetsvurdering av pasientens tilstand, hvor naturligvis den biologiske alder også er et moment som teller med når man skal vurdere hvorvidt bestemte typer behandling har noen mening, dvs. om de har en rimelig utsikt til å gi et vellykket resultat, veiet opp mot risikoen for skadevirkninger for pasienten.

Men mitt spørsmål er i den andre enden av aldersskalaen. Fremskrittspartiet har en rekke særstandpunkter i innstillingen som egentlig er på kollisjonskurs med dette, fordi man legger de generelle lovbestemmelser om 18 år som myndighetsalder til grunn for vurdering av alle de saker som f.eks. gjelder beslutningskompetanse og retten til å gi samtykke. Fremskrittspartiet velger den mest fir-kantede av alle løsninger, nemlig å si at alle under 18 år

er uten slik kompetanse. Det forekommer meg urimelig unyansert å anvende nominell alder på den måten.

Og til sist: Det er et standpunkt som overrasker meg meget fra Fremskrittspartiets side. Man vil ikke innrømme voksne, beslutningskompetente pasienter rett til å nekte f.eks. å motta blodoverføringer. Jeg vil spørre representanten Alvheim om dette virkelig er gjennomtenkt, og om det ikke er en direkte inkurie når man foreslår en lovtekst på side 29 i innstillingen som lyder:

«Pasienten har ikke pga. alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod ... »

Det må jo bety at hvis det *ikke* foreligger en slik overbevisning, har man rett til å nekte. Og det kan vel formodentlig ikke være meningen.

**John I. Alvheim (Frp):** Jeg er glad for at representanten Lønning og jeg er enige om at nominell alder i seg selv ikke skal være et kriterium for avvisning av behandling. Jeg tror heller ikke at det forekommer så veldig ofte, men jeg vet at når det gjelder organtransplantasjon, har man ved enkelte sykehus – og det er spesielt Rikshospitalet som driver med dette – foreløpig satt en grense på 60 år, fordi tilgangen på organer er så knapp at man forbeholder dette yngre mennesker. Det i seg selv skal jeg ikke gå så dypt inn i, men det er noe som skurrer for meg hvis man utelukkende legger nominell alder til grunn for den behandlingen som eventuelt skal velges.

Ja, Fremskrittspartiet går inn for en helsemyndighetsalder på 18 år, tilsvarende den vanlige myndighetsalder. Vi er det eneste partiet som gjør dette, og det har forbindelse med foreldrenes ansvar. I dag er det jo slik at 12-13-åringene kan gå på legekantoret og helsestasjoner og eksempelvis få utlevert p-pillar uten at foreldrene vet noen ting om dette. Vårt forslag er en reaksjon mot denne utviklingen, og vi mener at det er rimelig å sette 18 år, som jo er den vanlige myndighetsalder, også når det gjelder den helsemessige myndighetsalder.

Vi tror at mange pasienter som gir uttrykk for at de ikke ønsker å ta imot blod i en akutt situasjon, hvor dette betyr liv eller død, ikke skal få det valget. Det kan være flere grunner til det, men én grunn kan være påvirkning utenfra, slik at pasientens ønske faktisk ikke er reelt.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er dermed omme.

**Are Næss (KrF):** Pasientrettighetsloven skal bidra til å nå det overordnede målet for helsevesenet, nemlig å sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor.

En pasientrettighetslov setter på en spesiell måte pasienten og dennes rettigheter i sentrum for helsepolitikken. Pasientrettighetsloven regulerer rettsforholdet i spillet mellom pasienten og helsevesenet, men også i forholdet mellom pasientene. Ved å lovfeste rett til helsehjelp ønsker vi å vise at dette er en viktig rettighet som bør sikres for den som har behov for det.

Det har imidlertid vært reist tvil om rettighetsfesting vil virke etter hensikten i denne sammenheng, og det kan



føres en rekke argumenter for og imot, slik det også er gjort i merknader i innstillingen. Etter mitt syn er den grunnleggende problemstilling her hvorvidt en lovfesting av rett til spesialisthelsetjeneste vil skape utilsiktede prioriteringsvridninger som kunne medføre at noen pasienter faktisk skulle komme dårligere ut enn andre etter at en rettighetslov er vedtatt. Frykten har særlig vært at pasienter med kroniske og dårlig definerte sykdommer, belastningslidelser og andre sykdommer med uklar årsak og ikke alltid effektiv behandling vil bli nedprioritert i et helsevesen som pr. i dag ikke har den nødvendige kapasitet til å gi alle den behandling de måtte ønske når de ønsker den. Denne problemstillingen mener jeg vi må ta på alvor.

Også jeg vil i denne sammenheng vise til Lønning II-utvalgets innstilling hvor mindretallet, som gikk inn for lovfesting av individuell rett til helsehjelp, understreket at forutsetningen for å innføre en slik rettighet var konsensus om prioriteringskriteriene. Vi har ikke en slik konsensus i dag. I denne situasjon er det avgjørende viktig at en på faglig hold setter kreftene inn på å nå en slik konsensus, og at dette følges opp administrativt så vel som politisk.

Kristelig Folkeparti har likevel funnet, i samråd med departementet, å kunne gå inn for en lovfesting av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, slik den foreligger i dagens innstilling.

Når det gjelder innholdet i innstillingen, vil jeg vise til saksordførers grundige og gode gjennomgang. I likhet med saksordfører vil også jeg gjerne presisere den store grad av enighet som det har vært i komiteen, til tross for uenighet om spesielt § 2-1.

For Kristelig Folkeparti har det vært avgjørende at en pasientrettighetslov må være troverdig, effektiv og rettferdig.

Loven må være troverdig på den måten at vi ikke gir falske forhåpninger, forhåpninger som ikke kan oppfylles. Helsevesenet i Norge har i dag sine begrensninger. Vi kan ikke utrette alt vi ønsker å gjøre. Derfor har også Stortinget vedtatt opptrappingsplaner som det har vært bred politisk enighet om. Jeg tror også vi alle ønsker en kapasitetsøkning som fjerner behovet for ventelister, og som gir undersøkelser og behandling innen forsvarlige tidsrammer. Vi må ta utgangspunkt i dagens situasjon, og vi må ikke glemme at det er nødvendig å øke både kapasiteten og kvaliteten i spesialisthelsetjenesten for at målene skal kunne nås.

Pasientrettighetsloven må også være effektiv og resultatorientert. Det er viktig at vi får en lov som gir minst mulig rom for tolkninger og juristeri. Vi ønsker et helsevesen som er orientert mot pasientene, ikke mot dokumenthaugene.

Det er også viktig at loven blir rettferdig, at den som nevnt ikke fører til utilsiktede vridninger i forholdet mellom ulike pasientgrupper. Mange pasientgrupper har sterke organisasjoner som fungerer godt og er dyktige premissleverandører, og det skal vi være glade for. Men de svakeste pasientene må ha sikkerhet for at de ikke faller utenom i denne sammenheng.

Etter Kristelig Folkepartis syn er lovforslaget som flertallet i samråd med departementet fremmer i innstillingen, et godt utgangspunkt for å ivareta pasientenes rettigheter uten utilsiktede forhåpninger eller vridninger.

Den viktigste innvendingen som har vært reist mot det foreliggende lovforslaget, er at det ikke uten forbehold vil gi lovfestet rett til behandling. Det er riktig at forslaget innebærer slike forbehold. Det gjør for øvrig også mindretallsforslaget, men med en annen vinkling, som går på kostnadsrammen for behandling.

Hvilke forbehold tar så flertallet i innstillingen? For det første skal retten til helsehjelp bare gjelde dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Jeg synes dette er en helt nødvendig påpeking av at helsevesenet ikke skal ha en ubegrenset plikt til ubegrensede tiltak i forhold til enkeltpersoner uten hensyn til kostnad og forventet nytte. Vi har ikke et helsevesen som kan opptre på den måten.

Den andre innskrenkningen er at retten skal gjelde i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter. Jeg synes det er nødvendig også med et slikt forbehold. Realiteten er at norsk helsevesen i dag ikke har ubegrenset kapasitet og derfor ikke umiddelbart kan oppfylle alle ønsker og krav. Hvis så hadde vært tilfellet, hvorfor har vi da vedtatt opptrappingsplaner for kreft, psykiatri og utstyr i sykehus til mange milliarder kroner over mange år? Hvis helsevesenet pr. i dag hadde vært i stand til å yte all nødvendig helsehjelp uten uønskede forsinkelser, skulle jo dette ikke være nødvendig. Men nå vet vi jo at realiteten er at f.eks. psykiatri og kreft er to områder der kapasiteten ikke er tilfredsstillende. Det vil derfor ikke være realistisk å forespeile disse pasientgruppene en tjeneste de ikke i fullt monn vil kunne dra nytte av før disse planene er fulgt opp, som jeg håper at de vil bli.

Pasientrettighetene må også administreres. Gode formål og gode rettigheter kan komme i konflikt med hverandre dersom prioriteringen ikke er klar. Utgangspunktet må etter mitt skjønn være fylkeskommunenes plikt til å gi sine innbyggere spesialisthelsetjeneste. De fleste av oss ønsker primært behandling i vårt nærområde, selv om vi også ønsker fritt sykehusvalg.

Forslaget til lov om pasientrettigheter inneholder en rekke bestemmelser som vil gi pasienten en forbedret rettstilstand. Foruten retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil jeg nevne rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, rett til valg av sykehus, rett til individuell plan, klarere rettigheter til medvirkning og til informasjon, regler om samtykke til helsehjelp, rett til journalinnsyn, særlige rettigheter for barn, prosedyrer for klage og pasientombud i alle fylker.

Vi ønsker alle en lov som ivaretar pasientens rettigheter på en best mulig måte. Det vil bli mange gode ord i dag, og ord forplikter, iallfall bør de gjøre det. Men det avgjørende for pasienten er ikke gode ord om rettigheter, men et godt helsevesen som kan oppfylle behovene for

nødvendige helsetjenester. I siste instans er det her vår gode vilje vil bli prøvd: om vi er villige til å ta de nødvendige tak for å gi pasientene det helsevesenet de trenger – og som de nå skal få rettighet til.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Harald T. Nesvik (Frp):** Først bare en liten kommentar til representanten Næss. Jeg finner det ikke så veldig rart at regjeringspartiene kunne gå inn for forslaget til paragrafen om rett til nødvendig helsehjelp, som Arbeiderpartiet står bak. Det er jo ikke noe problem å skjønne det, for det er så mange begrensninger i dette at man egentlig knapt nok hadde trengt denne paragrafen på grunn av alle begrensningene.

I § 4-9 står det skrevet følgende:

«Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Jeg vil at representanten Næss skal fortelle meg én ting, for her har jeg et problem. Hva er en «alvorlig overbevisning»? Mener representanten Næss at så lenge man er med i Jehovas vitner, har man en alvorlig overbevisning som er nok til at man skal kunne nekte å motta blod eller blodprodukter? Finner representanten Næss ingen betenkeligheter ved dette?

**Are Næss (KrF):** Representanten Nesvik har rett i at dette er et vanskelig medisinsk-etisk problem. Når han problematiserer uttrykket «alvorlig overbevisning», vil jeg bare nevne at også Fremskrittspartiet bruker denne formulering i sin alternative § 4-9.

Utgangspunktet for Kristelig Folkeparti er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Vi verdsetter respekten for individets integritet, respekten for ytringsfriheten, f.eks. ved en pågående sultestreik, respekten for religiøs integritet og overbevisning og respekten for rett til en naturlig og verdig død. Det er klart at det kan være grensetilfeller på dette området. Her har en jo spesielt begrenset mulighet til å nekte helsehjelp i disse spesielle situasjonene som representanten Nesvik nevnte.

Når det gjelder kravene til at en skal godta en alvorlig overbevisning, må de etter mitt syn være at pasienten er myndig og har samtykkekompetanse, og har forstått informasjonen om følgene av nektelse. Ellers kan en jo nekte å imøtekomme dette i henhold til nødhjelpsprinsippet.

**Annelise Høegh (H):** Jeg må dessverre si at jeg blir ganske provosert av representantene for Kristelig Folkeparti her i dag. Åse Gunhild Woie Duesund sa i en replikk at Kristelig Folkeparti er realistisk og ærlig i denne saken, underforstått i motsetning til oss andre. Men er de standpunktene Kristelig Folkeparti tar i denne saken, realistiske eller ærlige? Det er ikke lenger siden enn valgkampen i 1997 at partileder – daværende og nåværende – Valgerd Svarstad Haugland med brask og bram til manges glede – også min – gikk ut i valgkampen og lovte at

Kristelig Folkeparti skulle gå inn for lovfestet rett til behandling. Så gikk det jo ikke lang tid før den nye helseministeren fra Kristelig Folkeparti la frem sitt lovforslag, uten rett til behandling. Er det spesielt ærlig og ordentlig, og holder man da ord? Hvor lenge varte det valgløftet? Ja, det varte noen måneder. Og så får vi innstillingen, hvor Kristelig Folkeparti, etter å ha halt og dratt i Arbeiderpartiet i noen uker, da går med på en slags rett til behandling.

Jeg synes man skal være litt forsiktig med å gi seg selv såpass flotte ord, når man vingler slik fra side til side. For hva mener egentlig Kristelig Folkeparti? Er de veldig fornøyd med det de har fått til, eller er de det ikke? Og hva mener de – jeg fikk ikke noe svar fra saksordføreren – er forskjellen på det forslaget som de selv står sammen med Arbeiderpartiet om, og det vi i mindretallet har fremmet?

Og så til slutt: Are Næss sa at han mente at Kristelig Folkeparti var spesielt opptatt av å ivareta de svakeste pasientgruppene – de som er kronikere, de som har vanskelige lidelser å definere. Men disse pasientene selv ber om en rett til behandling som altså er mer eller mindre identisk med den mindretallet går inn for. Og de er skuffet, såret og vonbrotne over det forslaget Kristelig Folkeparti har lagt frem. Så man får være forsiktig med hvem man tar til inntekt for sine standpunkter når de selv vil ha seg det frabedt.

**Are Næss (KrF):** Kristelig Folkeparti vil være ærlige i forhold til den kapasitet og det innhold som helsevesenet har i dag. Og når det gjelder forskjellen på rettighetsparagrafen til flertallet og mindretallet her, er jo det at Høyre og Fremskrittspartiet, så langt jeg ser det, ensidig benytter kostnadsrammen for hver enkelt pasient som den innskrenkende faktor, mens vi tar hensyn til den begrensning som nødvendigvis ligger i tilgjengeligheten i kapasiteten i helsevesenet.

Så refereres det til partilederens forslag fra 1997. Av hennes forslag av 25. august 1997 er de aller fleste fulgt opp i denne innstillingen eller i annen sammenheng. Det gjelder rett til vurdering, det gjelder rett til informasjon, det gjelder rett til medbestemmelse, til fastlege, til fritt sykehusvalg. Det er riktig at vi ikke har fulgt opp forslaget om å lovfeste tre måneders ventetidsgaranti. Men det gjør vel heller ingen andre, og som saksordfører gjorde rede for, er det vel ingen pr. i dag som ser det som en tjenlig rettighetsfesting for pasientene.

Det er da slik at vi har oppfylt de løftene som ble gitt i valgkampen 1997. Så langt jeg kan se, har vi i den loven som vi i dag vedtar, gitt pasienten rett til helsehjelp innenfor de begrensninger som faktisk foreligger, og dermed oppfylt de løftene som er gitt.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Jeg håper at mitt spørsmål og mine problemstillinger vil være preget av lang større velvillighet overfor siste taler enn det de to foregående replikantene var.

Det er én problemstilling som jeg synes er uhyre interessant, og det er når Fremskrittspartiet skal gjøre myn-

dighetsalderen til 18 år, slik at en person på 17 år og 11 måneder, for å si det sånn, faktisk skal ha med sine foreldre til legen for å få forskrevet p-piller, eller man skal informere foreldrene fordi man da snakker om en mindreårig helt til vedkommende blir 18 år, mens altså flertallet – og Kristelig Folkeparti er med i det flertallet – mener at det allerede ved 12-årsalder skal være en avveining i forhold til vedkommendes biologiske alder og modenhet hvorvidt foreldrene skal trekkes inn og informeres. Jeg oppfatter det slik at det er en gradvis grense, ut fra det som står her, opp til 16 år, men at 16-årsgrensen, i hvert fall i all hovedsak, må oppfattes som absolutt, og at vedkommende, når man er blitt 16 år, er å anse som i stand til å fatte sine egne beslutninger. Foreldrene skal faktisk da ikke informeres. Det vil også gjelde i forhold til prevensjonsveiledning og forskrivning av prevensjon.

Har jeg oppfattet det riktig her at mens Fremskrittspartiet, i hvert fall ut fra det de har sagt i dag, og de lovforslag de fremmer, synes å ha en uhyre restriktiv holdning til hvem som er å oppfatte som voksen, er faktisk Kristelig Folkeparti med på at allerede ved 12-årsalder vil det være en skjønnsmessig vurdering hvorvidt foreldrene skal informeres eller ikke, også når det gjelder bruken av prevensjon og veiledning knyttet til det?

**Are Næss (KrF):** Jeg tror, i likhet med representanten Ballo, at de fleste av oss blir gradvis voksne. Noen ganger går det fort, og noen ganger går det ikke så fort som det burde. På den bakgrunn ser vi, som de fleste, at å operere med én absolutt myndighetsalder i helsespørsmål – eksempelvis på 18 år – er helt urimelig. En behøver ikke trekke egen modenhet eller mangel på modenhet inn i den diskusjonen, men de av oss som har barn i angjelende alder, tror jeg har et levende inntrykk av nettopp dette. Det betyr ikke at Kristelig Folkeparti syns det er i orden å drive prevensjonsveiledning for 12-13-åringer uten foreldrenes viten og samtykke. Her må en bruke sunn sans og fornuft. Det er slik som det ble påpekt av representanter som er litt eldre enn meg, at biologisk alder i den andre enden av skalaen ikke skal være den eneste faktor i en vurdering. Men man må bruke sunn fornuft og også ta hensyn til den biologiske alder, og også naturligvis modenheten i hvert enkelt tilfelle.

**Presidenten:** Replikordskiftet er omme.

**Annelise Høegh (H):** En pasientrettighetslov skal føre pasientene til operasjonssalen – ikke til rettssalen. Spørsmålet er om flertallets forslag vil bidra til det.

Dagen i dag skulle vært historisk fordi en pasientrettighetslov skal sette pasientenes behov i sentrum i stedet for politiske, administrative, helsefaglige eller økonomiske hensyn. Men gleden jeg føler, er ikke hel og udelt. Det er selvfølgelig positivt at flertallet lovfester rett til nødvendig helsehjelp, men på den annen side er retten så uklar og gir så store fullmakter til departementet at jeg er usikker på hva den faktisk vil komme til å bety for pasientene.

Likevel: Loven vil på mange områder styrke pasientenes rettigheter gjennom rett til fritt sykehusvalg, rett til vurdering og fornyet vurdering, og også gi dem bedre hjelp via pasientombudenes mellomkomst. Et fellestrekk ved mange av de reformene vi har sett i helsevesenet de siste årene, har vært at de setter den enkelte pasienten i sentrum og lar pasientenes behov være styrende i helsevesenet. Dette er reformer som Høyre har gått i bresjen for, slik at f.eks. fylkesgrenser ikke blir viktigere enn raske behandling.

Høyre har lenge kjempet for å lovfeste rett til behandling. Da Syse-regjeringen innførte det som den gangen het ventelistegarantien, var hensikten at det skulle være en juridisk bindende rettighet for pasientene. Men senere regjeringer har tolket bort pasientenes rett til behandling, slik at dagens ventetidsgaranti ikke garanterer mer enn nettopp det – å måtte vente.

Høyre har flere ganger de siste årene fremmet forslag om å lovfeste pasientenes rett til behandling, uten å få flertall. Derfor skulle man jo tro at dette var en gledens dag for oss i Høyre, når gamle motstandere av rett til behandling i Arbeiderpartiet og regjeringspartiene – de er ikke så gamle motstandere, men likevel – de snur seg rundt og går sammen om et forslag som lovfester retten til nødvendig helsehjelp. For departementet og helseministeren har jo ikke akkurat vært pådrivere for retten til helsehjelp. Senest dagen før komiteen avgav sin innstilling, advarte helseministeren mot lovfestet rett til helsehjelp. Han sa:

«Jeg tror det er all grunn til å frykte amerikanske tilstander med et ras av søksmål og klagesaker hvis vi velger å legge juridiske mål på retten til legebehandling.»

Dette sa helseministeren til bl.a. Bergens Tidende.

Med utgangspunkt i det flertallsforslaget hans eget parti er blitt med på, skjønner jeg at helseministeren er bekymret, og han kjente selvfølgelig til dette den dagen han uttalte det han uttalte. Det er jo nettopp flertallets uklare juridiske mål på retten til helsehjelp som vil legge grunnlag for søksmål og klagesaker. Flertallets rett til helsehjelp gjelder nemlig bare «innen de grenser kapasiteten setter». Og det er departementet som gjennom forskrifter skal kunne bestemme hvilken helsehjelp pasientene kan ha rett til, og om det skal være tidsfrister for å oppfylle retten.

Men, som jeg sa, pasientene vil ikke til rettssalen, de vil til operasjonssalen! Derfor er advarslene klare også fra pasientorganisasjonene: Forslaget er hult og uklart fordi det tar så mange forbehold. Jeg tror rettssakene vil komme på rekke og rad, var kommentaren fra lederen i Sykepleierforbundet. Vi er glad for at to partier på Stortinget støtter vårt forslag om lovfestet rett til helsehjelp innen forsvarlige tidsfrister, men skuffet over at flertallet går inn for å begrense den juridiske retten til helsehjelp, sa lederen i Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Svein Erik Myrseth. Og jeg forstår deres skuffelse, for i flertallets forslag er unntakene og begrensningene mer fremtredende enn rettighetene. Man tar inn i lovparagrafen klare og i og for seg uomtvistelige og helt entydige

og sammenfallende synspunkter som alle står bak, nemlig at behandlingen skal ha effekt og stå i rimelig forhold til kostnadene, men man tar ikke inn hva som skal skje dersom den retten man får, ikke blir fulgt opp. Så det er et misforhold i flertallets lovforslag som klart går i retning av å begrense og vanskeliggjøre oppfyllelse av retten heller enn å gi den klart og utvetydig til kjenne slik at pasientene vet hva de skal forholde seg til.

Uklarheten forsterkes av at det er et klart språk mellom flertallets premisser i merknadene og det lovforslaget de fremmer. For i premissene, hvor også Høyre er med, slås det fast at pasienten skal få nødvendig helsehjelp innen en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk skjønn. Men dette viktige premisset glimrer altså med sitt fravær i lovteksten, unntatt som en mulig forskriftshjemmel for departementet. Og det er jo ikke videre opplysninger for pasientene, som ønsker å orientere seg i lovjungelen, at de også må prøve å sette seg inn i hvilke forskrifter som gjelder til enhver tid.

Høyre vil advare mot at politiske og ikke-medisinskfaglige vurderinger skal legges til grunn for rett til helsehjelp og fastsettelse av fristen for å gi behandling.

Høyre og Fremskrittspartiet fremmer altså et forslag som gir klare rettigheter for pasientene, og som ikke minst sier noe om pasientenes rettigheter dersom fristen for å oppfylle retten til behandling ikke overholdes. Vårt forslag er lovfestet rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist, som skal fastsettes ut fra en medisinsk vurdering. Dersom pasienten ikke får rett til behandling innen fristens utløp, skal pasienten innen samme kostnadsramme for det offentlige regning tilbys behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i Norge eller i utlandet. Den individuelt fastsatte fristen oppfatter vi som en avtale mellom sykehuset og pasienten. Brudd medfører altså automatisk rett til behandling et annet sted for det offentlige regning, uten at pasienten forhåpentligvis skal behøve å klage.

Alle partier har tenkt nytt når det gjelder pasientrettighetsloven. Men det er bare Kristelig Folkeparti som har tenkt nytt i feil retning, for i valgkampen kunne Kristelig Folkepartis partileder Valgerd Svarstad Haugland love pasientene juridisk rett til behandling. Det blir billig retorikk og unnaluring når Are Næss nå nettopp sa at det var jo ikke det hun foreslo, hun foreslo en juridisk rett eller en juridisk lovfesting av tremånedersgarantien. Det er selvsagt riktig, men man unndrar seg det som var realiteten den gang – og nå – at det ble oppfattet som det det var, at Kristelig Folkeparti lovet en juridisk rett til behandling som helseministeren ikke fulgte opp. Derfor synes jeg det er all grunn til å spørre: Kan man stole på Kristelig Folkeparti? Det kan man altså ikke. Likevel er de dristige nok til å kalle seg selv – og gi seg selv den merkelappen – realistiske og ærlige, i motsetning til oss andre.

Det pussige er: Hva har skjedd siden 1997, da dette løftet ble gitt? Vet vi noe mer i dag enn vi visste den gang? Bortsett fra at kapasiteten er blitt bedre enn den var den gangen Valgerd Svarstad Haugland lovet juridisk rett til behandling, vet vi ikke noe mer i dag. Da er spør-

målet: Mener Kristelig Folkepartis ledelse i dag at de ikke visste hva de gjorde i 1997, siden helseministeren nå legger frem et forslag som ikke inneholder slik rett til behandling?

Hva kommer det egentlig av at partier i regjeringssisjon – med unntak av Høyre – er mot lovfestet rett til behandling? Det ligger vel kanskje nær å tro at det er frykten for økte kostnader som er svaret, enten partiet heter Kristelig Folkeparti, Senterpartiet eller Arbeiderpartiet.

Retten til helsehjelp skal fungere som en brekkstang for å få økt kapasiteten i helsevesenet. Det sier faktisk hele komiteen. Men flertallet går altså inn for at retten skal begrenses av kapasiteten. Da har man på en måte snodd seg inn i en sirkelargumentasjon som ikke ender noe som helst sted, men bare biter sin egen hale. For hvilken rett er det da man går inn for? Det blir jo ikke flere pasienter av å gi rett til behandling. Kanskje kan man påstå at det blir færre, fordi de får behandling raskere. De fleste blir sykere av å vente. De trenger altså mer behandling, som koster mer, dersom de må vente lenger. Det er dyrere for samfunnet å ha pasienter på sykelønn, på attføring eller at de eventuelt ender opp som uførepensjonister, enn å gi dem behandling raskere. Og behandling skal de ha de aller, aller fleste av dem.

Hvorfor kan ikke flertallet se budsjettkapitlene i sammenheng? Det kan vel hende at mindretallets forslag til rett til helsehjelp kan føre til at helsevesenet må få større ressurser, men er ikke det noe av vitsen? Dessuten vil det redusere lidelsene. Er ikke også det noe av vitsen? Og det igjen vil redusere utbetalingene til sykelønn, attføring og uførepensjon.

La meg derfor avslutte med å håpe og tro at flertallet vil bruke det lovforslaget som etter all sannsynlighet blir vedtatt, positivt til å øke pasientenes rettigheter, og til å se det som en brekkstang, slik det også heter i merknadene. Så får vi håpe at departementet følger opp med å gi forskrifter som på en enkel og grei måte kanskje kan fremstilles også overfor pasientene, slik at man vet at man har en frist å forholde seg til, og slik at denne loven blir det positive bidrag den var ment å skulle være.

Til slutt vil jeg ta opp de forslagene som Høyre enten alene eller sammen med andre har fremmet.

**Presidenten:** Annelise Høegh har tatt opp de forslag hun refererte til.

Det blir replikkordskifte.

**Asmund Kristoffersen (A):** På bakgrunn av deler av representanten Høeghs innlegg tror jeg at jeg må kaste tilbake den ballen jeg fikk i et tidligere replikkordskifte.

Vi har lagt inn avgrensninger i retten til å få helsehjelp, basert på det som både Annelise Høegh har vært inne på, og som jeg nevnte i mitt innlegg. Men jeg har ennå ikke fullt ut forstått – det må jeg innrømme – hvilke konsekvenser Høyres lovparagraf kan få.

Spørsmålet blir da: Hvilken virkning tror Høyre det vil ha for ressursituasjonen i det norske helsevesenet hvis det skal være en prioritert rettighet å ta med seg nor-

ske helsekroner ut av landet i det omfang som lovparagrafen som Høyre foreslår, kanskje åpner for? Betyr det at Høyre har en Sareptas krukke et eller annet sted?

**Annelise Høegh (H):** Nei, en Sareptas krukke har hverken vi eller de som tror de har den, for den finnes ikke. Men som jeg har sagt så mange ganger før: Høyre er tilhenger av å prioritere det viktigste først. Er ikke helsevesenet noe av det aller viktigste vi driver med? Vi ønsker – som jeg også sa i mitt innlegg – at helsevesenet, om nødvendig, skal bli tilført økte ressurser, både i form av penger, utstyr og personell. Det er vel i og for seg alle enige om, så det er et spørsmål om avveining.

Jeg må minne representanten Asmund Kristoffersen om at det å ta med seg penger til utlandet, ikke er noe nytt som vi har funnet på nå. Det er en velprøvd ordning som ikke minst Arbeiderpartiet var svært opptatt av på 1980-tallet. Den gangen het det hjertebroen. Men jeg er enig med komitelederen i at jeg tror kapasiteten i form av personell og utstyr er langt større og langt bedre enn det vi ofte hører fra regjeringshold i dag, dersom man bare fikk lov til å utnytte sin kapasitet til beste for pasientene. Men i eventuell påvente av at kapasiteten her hjemme blir utbygd til det den bør være, er vi villige til å gi de pasientene som ønsker å reise til utlandet, muligheten til det, innenfor rammen av det som det ville ha kostet å behandle dem her hjemme. Men det skal selvsagt ikke være slik som en representant fra Kristelig Folkeparti sa her tidligere i debatten, at man skal tvinge f.eks. psykiatriske pasienter til utenlandsbehandling mot deres egen vilje. Da har man forstått dårlig hva pasientrettigheter betyr, hva brukerstyring betyr. Det betyr selvsagt ikke at myndighetene skal styre brukere til utlandet mot deres vilje. Det er jo en meningsløshet.

Men vårt hovedønske er at en pasientrettighetslov med rett til behandling skal være den brekkstang komiteen i sine merknader sier at den skal være, og som vil tvinge oss her i denne sal til å prioritere helsevesenet høyere på den politiske dagsorden enn det vi har vært i stand til i dag.

**Are Næss (KrF):** Annelise Høegh innrømmer at jeg har sitert riktig fra partilederens uttalelser fra august 1997 om at Kristelig Folkeparti går inn for rett til vurdering, informasjon, medbestemmelse, fastlege, fritt sykehusvalg osv., men fortsetter å hevde at dette innebærer løftebrudd. Jeg har ikke annet å gjøre enn å henvise til pressemeldingen fra nevnte møte.

En lov om pasientrettigheter må være realistisk og troverdig, og Kristelig Folkeparti har valgt å være realistiske. Vi vet og ser at dagens kapasitet setter grenser for den behandlingen vi kan tilby. Vi innrømmer det, og arbeider derfor for å bedre kapasiteten og kvaliteten i norsk helsevesen.

Nå har vi vedtatt en opptrappingsplan for psykiatrien over åtte år, fordi kapasiteten ikke er god nok. Hvorfor vil Høyre da være med på å kaste bort milliarder av kroner på økte bevilgninger til psykiatri, kreftbehandling og sykehusutstyr? Disse opptrappingsplanene må jo være

fullstendig unødvendige dersom forholdene allerede i dag er slik at vi kan innføre Fremskrittspartiet og Høyres rett til nødvendig helsehjelp uten reservasjoner. Våger virkelig Høyre å garantere psykiatriske pasienter helsehjelp etter deres paragraf i dag? Hvis vi kan det i dag, må det jo være unødvendig helsehjelp vi investerer i. Hvor skal disse pasientene få plass? De skal ikke tvangssendes til utlandet. Men hvis det psykiatriske helsevesenet i Norge i dag har kapasitet til å ta imot psykiatriske pasienter etter Høyres rettighetsparagraf, må det jo være unødvendig å satse på denne opptrappingen av psykiatrien.

**Presidenten:** Harald Hove.

**Annelise Høegh (H)** (fra salen): Kan jeg få svare først?

**Presidenten:** Unnskyld. Presidenten regnet faktisk ikke med at Harald Hove skulle svare. Vær så god, Annelise Høegh.

**Annelise Høegh (H):** Først dette med Kristelig Folkepartis ønske om juridisk bindende ventetidsgaranti og hvorvidt det er et løftebrudd eller ikke. Jeg har denne pressemeldingen her. Jeg må si til representanten Are Næss at hvis ikke det helseministeren la frem, nemlig et forslag med manglende juridisk rett til helsehjelp, er et løftebrudd i forhold til det Valgerd Svarstad Haugland lovte i valgkampen og scoret høyt på, så vet ikke jeg. Jeg fastholder at det er billig retorikk og unnaluring av den faktiske realitet å prøve å unndra seg dette ved å si at dette var et forslag om å gjøre tremånedersgarantien bindende, som jo ingen lenger fremmer, det er riktig, men man unndrar seg altså den realitet at man ønsket å gi pasienter rett til behandling, og det fremmet ikke helseministeren forslag om.

Så må jeg si at resten av replikken bærer preg av å være skrevet før dagens debatt begynte, eller iallfall før representanten Næss hadde hørt mitt innlegg. Selvsagt trenger vi opptrappingsplaner, det var jeg selv som saksordfører for innstillingen til helsemeldingen fra Werner Christie som i sin tid fikk komiteen med på at vi skulle ha det både for kreftomsorgen og på andre områder, så vi står fast ved at vi trenger en oppbygging. Men som jeg sa i mitt forrige replikk svar, innebærer jo ikke det at man, mens man bygger ut både innen psykiatrien, innen kreften og på andre områder hvor vi dessverre har store mangler, ikke kan gi pasientene en rettighet til å dra utenlands og få hjelp der hvis de ønsker det. Nå ser jeg klart at det ikke er like lett for psykiatriske pasienter å dra utenlands som for andre. For mange vil det kanskje være vanskelig, men det får nå være opp til pasientene selv å finne ut av. Det har noe å gjøre med det som jeg sa om å vite hva man gjør når man kaller noe for pasientrettigheter. Man må bruke perspektiv, det må være ens egen – pasientens – vurdering av hva som er best for en her og nå, som er utgangspunktet, og ikke hva vi som politikere, administratorer og byråkrater tror tjener pasi-

entene best. De er faktisk i stand til å ivareta sine rettigheter selv.

**Presidenten:** Da gir presidenten ordet til Harald Hove.

**Harald Hove (V):** Jeg takker for velviljen med hensyn til å sørge for at også Venstre får en replikk underveis i debatter om disse spørsmålene.

Hvis jeg oppfattet Annelise Høegh riktig, sa hun at pasientrettighetsloven skulle føre pasientene til operasjonssalen, og ikke til rettssalen. Med det utsagnet plasserer vel Annelise Høegh seg litt i et område som også helseministeren i og for seg har vært inne på, at det er viktig at man ikke gjør sykehusvesen og helsevesen til en arena som i stor grad bruker sine ressurser på rettssaker og for så vidt også jurister.

Jeg har et visst ønske om å problematisere dette litt, og det er ikke nødvendigvis gitt at jeg her vil være helt på linje med helseministeren i alle detaljer heller. Man gir inntrykk av å ville innføre rettigheter, og så vil man samtidig unngå rettssaker. Det blir for meg et visst motsetningsforhold, fordi det betyr at man ønsker det gode ved jusen og det som hører rettssystemet til, nemlig rettigheter, men så ønsker man ikke det som blir en naturlig konsekvens av det, nemlig at det nødvendigvis også vil måtte kunne bli rettssaker om rettighetenes innhold. Det blir en dobbelthet her som jeg synes det er litt vanskelig å forholde seg til.

Det vil faktisk være min påstand at norske domstoler har gitt viktige bidrag til norsk helserett og sosialrett, bl.a. gjennom journaldommen fra 1977, og Fusa-dommen, om sosialtjenesten, fra 1990, som har vært med på nettopp å utvikle rettighetsbegrepet.

Til slutt: Når det gjelder forskjellen på psykiatriske pasienters og somatiske pasienters mulighet til å benytte seg av behandling i utlandet, snakker vi egentlig om prioritetsvridninger.

**Annelise Høegh (H):** Den vridningen er der allerede i dag, dessverre, til alt overmål ikke bare for psykiatriske pasienter, men også for kronikere og andre med sammensatte lidelser.

Allikevel – det må jeg minne flertallet om – ber de samme pasientgruppene om en slik rettighetsfesting som Fremskrittspartiet og Høyre gir dem, og de fraber seg, de er iallfall meget skuffet over, den rettighetsfestingen som flertallet går inn for. Og da kan man sitte her på sin høye hest og si at pasientene ikke skjønner sitt eget beste. Det får de gjøre som føler seg bekvemme med det.

Når det så gjelder det at vi ønsker at pasientene havner i operasjonssalen og ikke i rettssalen, kan det hende at det er å velge det gode, men at vi får det dårlige, nemlig rettssaker. Men da må jeg minne representanten Hove om at en samlet komite, hvis jeg ikke husker feil, i dagens innstilling sier at ja vel, det kan nok kanskje hende at en rettighetsfesting – og da gjelder det begge de alternativene til rett til nødvendig helsehjelp som vi i dag diskuterer – kan føre til noen rettssaker. Men så vil de, forhåpentligvis, ha gjennomslagskraft, slik at man deretter ikke behøver å gjenta den prosessen.

Det andre jeg vil si, er at Høyre og Fremskrittspartiet med sitt forslag har ønsket å legge opp til en modell hvor det vil være sykehuset som må reagere dersom det oversitter den fristen det selv har satt. Hvis en pasient, som etter vårt forslag vil få en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist, opplever at sykehuset oversitter den fristen, da er det sykehuset som må bevise at det likevel ikke står rettslig ansvarlig for å gi pasienten den summen med på veien videre til et annet sykehus, som man altså ifølge loven, vår lovtekst, har krav på. Så jeg tror nok at den situasjonen Hove beskriver, hvor man kan havne i de dårlige rettssaker, heller vil bli realiteten med flertallets forslag enn med mindretallets.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

**Inga Kvalbukt (Sp):** Senterpartiet er glad for at vi nå får en samlet lov om pasientrettigheter som vil være med og bedre pasientens kunnskap om egne rettigheter. Slik kunnskap er viktig for å styrke pasientens stilling i møte med de ulike helsetjenestene.

All helsetjeneste skal ha som formål å bedre enkeltmenneskets totale situasjon, og denne loven fører til, slik vi i Senterpartiet oppfatter det, at pasienten, og hensynet til pasienten, kommer i sentrum.

Departementet og komiteen definerer «helsehjelp» som forebygging, diagnose, behandling, helsebevaring, rehabilitering, pleie og omsorg – tjenester som blir utført av helsepersonell. Jeg synes det er viktig å understreke at også hjelp som ikke kan bedre situasjonen, men som fører til at situasjonen ikke forverres, er å betegne som helsehjelp.

Også ifølge denne loven, som ifølge den forrige helseloven vi hadde til behandling – lov om psykisk helsevern – har de pårørende en sentral rolle. Også her skal pasienten få lov til å være med og bestemme hvem som skal være ens pårørende. Senterpartiet mener at det er svært viktig at pasientens medvirkningsrett lovfestes, men dette forutsetter selvfølgelig frivillighet. Det å være med og velge å ta ansvar for egen helse, for undersøkelse og behandlingsmetode, kan være veldig viktig for resultatet av behandlingen. Dette er, sammen med en lovfestet rett til informasjon, en høyning av status for pasienten som enkeltindivid som fortjener respekt.

Det er viktig å slå fast at informasjon skal gis automatisk, og det er viktig for helsepersonell å forsikre seg om at informasjonen virkelig blir mottatt, oppfattet og forstått. I denne sammenhengen ser jeg en utfordring i å veilede alle utøvere innenfor helsevesenet om følgene av denne loven, ikke minst når det gjelder informasjon og medvirkning, slik at dette virkelig blir en realitet.

Pasientens medvirkningsmuligheter og klagemuligheter vil etter Senterpartiets syn være en kvalitetssikring av helsetjenestene. Denne loven vil derfor kunne virke som en positiv stimulans også overfor utøvende helsepersonell som nå blir mer bevisst på at det ofte finnes flere valgmuligheter, og at en ikke nødvendigvis skal velge den raskeste og billigste. Kanskje vil det nå oftere enn tidligere bli vurdert hva som vil være best: medikament,

inngrep – Annelise Høegh ville ha sendt pasientene til operasjonssalen, jeg håper at vi skal få færrest mulig der – eller henvisning til annen tjeneste, f.eks. til fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog.

Retten til journalinnsyn er også viktig og må ses i sammenheng med den generelle informasjonsretten. Når pasienten ikke kan ivareta sine interesser, skal nærmeste pårørende ha rett til innsyn i journalen. Pasientens mulighet til helbredelse og bedring vil gjennom dette, etter Senterpartiets syn, være bedret.

Det er også bra at ordningen med pasientombud nå lovfestes. Pasientombudene skal arbeide for å ivareta pasientens interesser, og denne ordningen vil være nok et middel til å øke kvaliteten i helsetjenesten.

Jeg sammenligner den loven vi i dag vedtar, med en arbeidsinstruks, og min erfaring er: Har du en uklar arbeidsinstruks, kan det ofte bli litt dårlig utført arbeid.

Jeg synes denne arbeidsinstruksen vi i dag vedtar, er klar, selv om kanskje ikke alle er enig i det, og jeg tror den vil bli en god forutsetning for at rett prioritering blir gjort, og at de viktigste oppgavene blir utført først og på best måte.

Denne loven vil uten tvil heve nivået på våre helsetjenester. Jeg ser her en klar og logisk sammenheng: informasjon fører til innsikt, innsikt fører til forståelse, forståelse fører til bedre mottakelighet for helsehjelp og bedre forståelse av hva som er rett hjelp. Det fører igjen til et bedre resultat totalt, bedre livskvalitet for den enkelte og et bedre samfunn i det hele.

Jeg ser det faktisk slik at det at pasientene får forsterket retten – i og med at den blir lovfestet – til å få kunnskap og innsikt, kan gjøre at sykdomsprosessen ikke bare blir en negativ opplevelse, men også er med på å styrke pasienten totalt. Pasienten får en opplæring, og det er noe man kan gjøre seg nytte av også i framtida.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Harald T. Nesvik (Frp):** Jeg hørte at representanten Kvalbukt på slutten av sitt innlegg sammenlignet dette lovforslaget med en arbeidsinstruks. Det er vel noe av det som er problemet, nemlig at man ikke fullt ut er i stand til å ivareta pasientenes interesser slik denne loven er formet ut i dag.

Jeg vil få lov til å kommentere følgende overfor representanten Kvalbukt: I § 2-4 Rett til valg av sykehus, lovfestes rett til valg av sykehus så lenge sykehuset er på samme behandlingsnivå. Men jeg får litt problemer når det gjelder den forskjellsbehandlingen som vil bli pasientene i Utkant-Norge til del som en følge av dette, siden det står i innledningen og i kommentarene fra komiteen, utenom Fremskrittspartiet og Høyre, at reiseutgiftene forutsettes delt mellom pasient og det offentlige. Dette vil bety at dersom en bor i sentrale strøk med flere alternativer, kommer en godt ut av det økonomisk med tanke på reiseutgifter. Men dersom en bor ute i distriktet og har lang veg til alternative tilbud, vil det kunne medføre sky høye utgifter knyttet til bruk av denne retten.

Mener representanten fra Senterpartiet at det er riktig å forskjellsbehandle pasienter fra distriktene kontra de som bor i sentrale strøk, økonomisk dersom de benytter de samme rettighetene? Er dette god senterpartipolitikk?

**Inga Kvalbukt (Sp):** Jeg takker representanten Nesvik for replikken.

Det første han var inne på, var at han ikke synes at sammenligningen med en arbeidsinstruks var god. Jeg synes den er god. Den personen som får en arbeidsinstruks, vet på forhånd hvilken etat han eller hun har søkt arbeid i. Og i de lovene vi har vedtatt tidligere i år, f.eks. i lov om helsepersonell, er det også slått fast at hver utøver skal ha ansvar for egen tjeneste. Jeg trodde ikke Fremskrittspartiet tilhørte dem som ville gå bort fra det personlige ansvaret. Likedan er også det offentlige plikt til å hjelpe slått fast i de lovene vi har vedtatt tidligere. Så jeg tror at med det tillegget vi får i dag, får vi en god arbeidsinstruks.

Når det gjelder urettferdigheten, vil jeg for det første si at jeg avviser framstillingen om at rettferdighet er lik likhet, og også at økt avstand nødvendigvis betyr økte reiseutgifter. Det kommer an på reisemåten. Men samtidig vil jeg si at jeg ikke ser noe i denne loven som sier hvor mye pasienten selv skal betale når han eller hun velger å reise til et annet sykehus enn det nærmeste. Så vidt jeg forstår, er det opp til departementet å lage en fordeling av dette.

**Inge Lønning (H):** Senterpartiet tilhører det flertallet som går inn for å lovfeste rett til helsehjelp innenfor de grenser som kapasiteten setter. Jeg oppfattet representanten Kvalbukt dit hen at hun mente at det var overmåte tilfredsstillende.

I lov om videregående opplæring har vi en lovfestet rett for alle mellom 16 og 19 år til skoletilbud. Hvorfor mener representanten Kvalbukt at det er både mulig og riktig å tilkjenne en slik kategorisk rettighet til hver enkelt mellom 16 og 19 år til en skoleplass, mens det ikke er nødvendig eller riktig å tilkjenne pasienter en tilsvarende rett? Ville ikke logikken tilsi at Senterpartiet også burde legge inn i rettighetsfestingen når det gjelder rett til skoleplass, forbeholdet «innenfor de grenser som kapasiteten setter»?

**Inga Kvalbukt (Sp):** Jeg vet at ifølge Stortingets reglement har en egentlig ikke lov til å flire her inne, men jeg måtte i hvert fall smile. Jeg syntes det var en litt artig replikk. Jeg så plutselig for meg at jeg hadde behov for å legges inn for å operere mitt venstre nyre. Dessverre var det ikke noe kapasitet ledig, men jeg kunne få operere mitt høyre kne isteden.

Sammenligningen med rettigheten til videregående skoletilbud er egentlig slik. Det er veldig mye når det gjelder rettigheten til skole for alle mellom 16 og 19 år som jeg er uenig i, og som jeg kunne sagt mye om. Vi skulle ikke ha skoledebatt, men jeg må si at det er ikke tilfredsstillende for en som ønsker å komme inn på skole i mekaniske fag, å få et tilbud om en plass på allmenn-

faglig studieretning. Jeg kjenner personlig mange slike eksempler.

Når det gjelder de begrensningene vi har satt, vil jeg si: Ja, begrensningene går på kapasitet, penger, tilgjengelighet, hvilken kunnskap vi har, og hvor langt forskningen er kommet. Og da vil jeg minne om følgende ord:

«Hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett».

En garanti kan aldri gå lenger enn til hva som er tilgjengelig.

Så til spørsmålet om jeg synes dette er tilfredsstillende. Som politikere kan vi godt si underveis at dette er tilfredsstillende *nå*, men vi skal hele tiden jobbe mot enda bedre mål.

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

Tiden for formiddagsmøtet er omme. Presidenten vil nå minne om at det settes stortingsmøte kl. 18. Etter stortingsmøtets slutt vil Odelstinget fortsette sine forhandlinger.

Møtet hevet kl. 15.05.

---



**Møte torsdag den 10. juni kl. 18.55**

President: E i r i n F a l d e t

D a g s o r d e n :

Sakene på dagens kart (nr. 36)

**Presidenten:** Representanten Bjørn Hernæs vil fremsette et privat lovforslag.

**Bjørn Hernæs (H):** På vegne av stortingsrepresentant Ansgar Gabrielsen og meg selv vil jeg fremme forslag om lov om endring i lov av 6. april 1984 nr. 17 om vederlag ved oreigning av fast eiendom.

**Presidenten:** Lovforslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Man fortsatte behandlingen av

s a k n r . 1

*Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* (Innst. O. nr. 91 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99))

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Dette er den fjerde loven som nå sluttbehandles fra sosialkomiteen i Odelstinget etter at vi har ferdigbehandlet både lov om helsepersonell, lov om spesialisthelsetjeneste og lov om psykisk helsevern. Litt spissformulert kan man si at de to første lovene jeg nevnte, lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjenesten, regulerer helsepersonellens plikter, og at den loven som behandles nå, regulerer pasientenes rettigheter. Og i den grad helsepersonell skal oppnå rettigheter og ikke bare ha plikter, må de skaffe seg status som pasient. Det ville vært uheldig hvis det virkelig var slik å oppfatte, og, som sagt, det er spissformulert.

I hvert fall synes jeg at pasientrettighetsloven har fått en bred, reell behandling i komiteen, der alle impliserte har hatt muligheten til å påvirke sluttresultatet. Og jeg vil innledningsvis si at jeg er ganske overrasket over komitelederens framstilling av at det nærmest var en slags forutgående avtale som tydeligvis her var inngått mellom Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, sånn at løpet på den måten da skulle være kjørt.

Så vidt jeg registrerer ved en overfladisk gjennomgang, består loven av 46 lovparagrafer. Gjennom komiteens arbeid er hele åtte av dem endret. Og de er endret, så langt jeg kan se, ved at ulike partier og ulike fraksjoner har kommet med innspill. Man har hatt reell innflytelse på sluttresultatet, og alle partiene har vært med i forhold til det. Og det synes jeg, som flere har vært inne på, at sakens ordfører fortjener ros for.

Det er viktige endringer som har vært gjort i komiteen. Pasientbegrepet er endret i forhold til forslaget fra departementet på en sånn måte at man sikrer at flere vil få en rettighet. Nå vil det også gjelde dem som henvender seg til helsevesenet, og ikke bare dem som får en behandling. Pårørendebegrepet er endret på en sånn måte at den det gjelder, vil kunne definere sine nærmeste pårørende

og ha rettigheter knyttet til det. Selve helsebegrepet er endret, ikke minst er begrepet «retten til nødvendig helsehjelp» og hva det skal innbefatte, endret på en sånn måte at pasientenes rettigheter utvides. Man har også inkorporert en rett til vurdering innen 30 dager eller snarere, i den grad tilstanden er så alvorlig eller livstruende at det nødvendiggjør det.

Man har sikret retten til en individuell plan spesielt knyttet opp mot dem som har alvorlige, langvarige lidelser, der det må en koordinering til. Man har også presisert og styrket retten til vern mot spredning av opplysninger med en betydelig og lengre merknad som SV leverte inn, og som komiteen har sluttet seg til, knyttet til vern overfor forsikringsselskaper, at man skal forsikre seg om at opplysningene er i tråd med det pasienten vil se som tjenlig, og at man ikke utleverer opplysninger som enten er feilaktige eller som vil kunne gi uheldige utslag.

Totalt sett er det min mening at pasientrettighetsloven tilfører pasientene betydelige rettigheter som de i dag ikke har. Jeg registrerer at både Fremskrittspartiet og Høyre gjør et stort poeng av at en del av de rettighetene blir så begrenset at de ikke gir eller sikrer rett. Høyre har, så vidt jeg har registrert, to forslag på egen kjøll, men er stort sett med på de fleste av de andre. Fremskrittspartiet har en rekke forslag, hvorav noen etter mitt syn virker – jeg er usikker på om det er et parlamentarisk uttrykk – ganske burleske, og spesielt i forhold til 18-årsgrensen, og man snakker om mindreårige, som da i mange tilfeller vil være både godt voksne og etablert med familie og kanskje flere barn. Og det er klart at sånt blir det mange forslag av, men det blir ikke god helsepolitikk av det.

Jeg registrerer også at Fremskrittspartiet har en del reservasjoner knyttet til alvorlig overbevisning – som Lønning var inne på – som er interessant. I formuleringen fra Fremskrittspartiet heter det:

«Pasienten har ikke pga. alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Det skulle altså bety at man skulle tvangsføre pasienter som nekter å ta til seg føde, eller man skulle gi dem blod med tvang. Det åpner for en rekke interessante perspektiver. Og i tillegg, hvis den alvorlige overbevisningen ikke er til stede, knytter det seg altså ikke noen lovparagraf til det. En del av dette bærer preg av å være lite gjennomtenkt.

Men totalen i forhold til loven er bra etter SVs syn. Jeg tror at man er nødt til å gå inn og se på hva slags konsekvenser kapasitetsbegrensningen vil få, men forstås dette i beste mening, betyr det at man selvfølgelig må bygge ut en kapasitet på områder som skal ha prioritet, og som er i takt med de behov som oppstår.

O d d b j ø r g A u s d a l S t a r r f e l t hadde her teke over presidentplassen.

**Harald Hove (V):** Det er igjen en ny, viktig helselov som er til behandling i Odelstinget. Det kan da innledningsvis for Venstre være naturlig å gi uttrykk for at vi slutter oss til komiteflertallets lovforslag.

Det kan videre være grunn til å fremheve at loven på langt nær inneholder bare nye regler. En stor del av de regler som i dag lovfestes i pasientrettighetsloven, er regler som tidligere har vært i andre lover, og dels kanskje også regler som vil følge av alminnelige rettsprinsipper, selv om de ikke har vært lovfestet.

Når det gjelder pasientrettigheter, kan det være naturlig å ta to perspektiver. Det ene er de individuelle rettighetene, retten til å bli behandlet med respekt m.v., rett til medvirkning og samtykke til behandling. Det andre er rettigheter i forhold til det offentlige, i forhold til de offentlige ressurser med hensyn til helsehjelp.

Selve begrepet «rettigheter» er et vanskelig begrep. Og det er ikke underlig at de rettigheter som er knyttet til individets forhold til helsevesenet, med hensyn til individuelle forhold, er klarere og mer presise enn retten til behandling og til på den måten å få en andel av de felles helseressursene.

Det kan kanskje være grunn til å operere med et skille som kan karakteriseres som skillet mellom absolutte rettigheter på den ene siden og mer relative rettigheter på den annen side.

Det er grunn til å understreke at det politisk viktige arbeidet med å øke ressursene til helsevesenet er minst like viktig etter at vi har vedtatt pasientrettighetsloven, som før. Det vil være ressurstilgangen, og ikke rettighetsspørsmålet, som vil være det viktigste i forhold til omfanget av den helsehjelp befolkningen vil få. Og det tror jeg faktisk er noe vi i utgangspunktet ikke skal beklage. Samtidig er det klart at det finner sted en utvikling i disse spørsmålene, noe som vil innebære at det for min del ikke vil være en endring i standpunkt, men mer en utvikling med hensyn til ressurstilgang mv. om jeg kanskje på et senere tidspunkt vil gå lenger i å gi mer presise rettigheter til behandling enn det vi i dag vil kunne finne riktig å gå inn på.

Men det er et poeng, som man må være klar over. Når man gir rettigheter, foretar man også samtidig prioriteringer. Og jeg tror at det som Annelise Høegh var inne på i en replikkveksling med undertegnede når det gjelder retten til å kunne ta med seg penger og reise til et annet sted, f.eks. til utlandet – noe som trolig vil være langt lettere for somatiske pasienter og kanskje også for somatiske pasienter med ikke altfor omfattende sykdomsdiagnoser – vil kunne føre til at ressurser til den kategorien pasienter vil gå på bekostning av dem som ikke har den samme muligheten til å utøve rettigheten andre steder, og vil slik sett kunne være med på å forsterke en ubalanse mellom somatiske pasienter og psykiatriske pasienter.

Så til spørsmålet om det har noen betydning å innføre rettigheter og lovgivning. På det spørsmålet vil jeg for min del svare et klart ja. Og, som jeg for så vidt tidligere har vært inne på i replikken til Annelise Høegh, sykehusjournaldommen fra 1977 og Fusa-dommen fra 1990 – som rett nok i første rekke gjaldt sosialtjenester – er begge høyesterettsdommer som har etablert en forståelse av en rettstilstand som klart har styrket pasientens situasjon. Og gjennom disse rettsavgjørelsene har man også fått hjelp til å klarlegge og bedre forstå de rettslige spørsmål som man er nødt til å ta stilling til gjennom lovgivning.

Jeg har lyst til å fremheve et punkt i loven, og det er utdypingen av klagereglene i forhold til det som er situasjonen i dag. Gjennom klageordninger, klageregler og klagebehandling vil man på mange måter komme til å få en presisering og utmeisling av den bestemmelsen man har i § 2-1 i lov om pasientrettigheter.

Til slutt vil jeg si et par ord om pasientombud. Det er, tror jeg, en fordel om pasientombudene er fylkeskommunale. Men det jeg godt kunne ha ønsket meg i loven, var faktisk en klarere understrekning av at pasientombudene skal være knyttet direkte til fylkestinget, og kanskje også en bedre samordning med kontrollordninger man ellers har i kommuneloven.

**Gunhild Øyangen (A):** Med Odelstingets behandling i dag får Norge sin første samlede lov om pasientrettigheter. Bestemmelser om enkeltrettigheter har tidligere vært spredt i forskjellige særlover. Rettighetene blir nå systematisert og også supplert med nye rettigheter i ett rettslig dokument, noe som klart vil bedre både pasientenes stilling i helsevesenet og rettighetsbestemmelsenes tilgjengelighet for pasienter og pårørende. En samlet fremstilling av pasientrettighetene vil gi pasientene bedre oversikt over sine rettigheter, og dermed bedre mulighet til å få gjennomført dem.

Den nye loven har en lang prosess på 1990-tallet bak seg, fra Harlem Brundtland-regjeringen tok opp ideen i St.meld. nr. 50 for 1993-94 og Jagland-regjeringens utsendelse av høringsutkast til lov om pasientrettigheter, til dagens regjering som formelt har lagt fram lovforslaget for Odelstinget.

Lov om pasientrettigheter innebærer en videreføring av de tidligere arbeiderpartiregjeringenes arbeid med å sette pasienten først i det norske helsevesen. Pasientene har fra før rett til kommunehelsetjeneste og øyeblikkelig hjelp. Pasientene har tidligere også fått styrket sin stilling bl.a. ved hjelp av 30 dagers vurderingsgaranti, tre måneders behandlingsgaranti og fritt sykehusvalg innen helse-regionen.

Det er gode og betydningsfulle rettigheter pasientene nå får:

- rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- rett til fornyet vurdering
- rett til valg av sykehus
- rett til medvirkning og informasjon
- rett til samtykke til helsehjelp
- rett til journalinnsyn
- rett til klage til fylkeslege
- innføring av pasientombudsordning i alle fylkeskommuner

Formålet med loven er å sikre at pasientene får nødvendig og forsvarlig helsehjelp gjennom informasjon og medvirkning, omtanke og respekt.

Arbeiderpartiet var i hovedsak fornøyd med den odelsingsproposisjonen som ble lagt fram av Bondevik-regjeringen, men vi mente det var svært viktig å sikre retten til nødvendig helsehjelp. Ingen har vel glemt at Kristelig Folkepartis leder, Valgerd Svarstad Haugland, skapte meget store forventninger om bindende juridisk rett til

helsehjelp i valgkampen i 1997. Men ansvar og regjeringmakt førte altså til en ikke ubetydelig retrett.

Arbeiderpartiet er imidlertid glad for at vi gjennom sosialkomiteens behandling har fått sentrumpartiene med på å sikre en rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og dermed bidra til at ingen skal kunne falle utenom en slik grunnleggende rettighet.

Jeg vil gjerne gi uttrykk for at vi fra Arbeiderpartiets side er tilfreds med det konstruktive samarbeidet vi har hatt med regjeringspartiene i det omfattende lovarbeidet vi har hatt til behandling denne våren. I Arbeiderpartiet mener vi det er viktig at de grunnleggende trekk i helsepolitikken kan finne sin løsning i skjæringspunktet mellom sosialdemokratiet og sentrum. Dette vil, mener jeg, gi størst trygghet og likeverdighet for pasientene i landet vårt. Det er også etter mitt syn nødvendig å gi folk både trygghet og en realistisk forståelse av at kapasiteten ikke alltid tilsier at alle kan få alt med en gang.

Når dette er sagt, vil jeg legge til at viktige elementer i Høyres og Fremskrittspartiets politikk over tid har vært nyttige korrektiv, og at det i mange spørsmål er et bredt politisk grunnlag bak lovbestemmelsene.

Lovbestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp er blitt svært lik et alternativ som daværende helseminister Gudmund Hernes sendte ut på høring, og vi mener at vi unngår å skape unødvendig advokatmat uten økonomisk kontroll, som noen har fryktet i debatten om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Rettighetsfestingen styrker pasientenes rett til behandling og bidrar til at nasjonale helsepolitiske målsettinger blir fulgt gjennom de prioriteringer og avgrensninger som ligger i komiteinnstillingen.

Arbeiderpartiet vil påpeke at det element som fortsatt mangler etter Odelstingets behandling og som må være neste logiske skritt, er å innføre rett til fast lege for hele befolkningen.

Det er viktig å understreke at pasientrettighetsloven ikke alene kan sikre og tilveiebringe helsetjenestene i samfunnet. Det skjer først og fremst gjennom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Pasientrettighetsloven vil utgjøre pasientenes rettskrav og rettsstilling overfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og bidra til en bedre fordeling av helsetjenestene. Reglene om gjennomføring av rettighetene, og hvem som er forpliktet til å gjennomføre rettighetene, følger således av personell- og tjenestelovene.

Gjennom pasientrettighetsloven settes pasienten bedre i stand til å forutsi sin rettsstilling i forhold til helsetjenesten, og faren for vilkårlighet og ubegrunnet forskjellsbehandling reduseres.

Innføringen av nye pasientrettigheter og gjennomføringen av en rekke av de helsereformer som er vedtatt de siste år, kan imidlertid ha kombinerte og utilsiktede konsekvenser. Jeg tenker her spesielt på hensynet til den geografisk likeverdige tilgjengelighet til helsetjenester i lys av forhold som rett til fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansiering og diskusjonen om sykehusenes tilknytningsform. Arbeiderpartiet er derfor beroliget av at det synes å være et bredt flertall i Stortinget som er kritisk til

omdannelse av sykehusene til aksjeselskap. Men samtidig må vi advare de borgerlige partiene mot å foreta nye justeringer i sykehusenes finansieringsform før ordningen er evaluert og sett helhetlig i sammenheng med de øvrige reformer som iverksettes innenfor helsevesenet.

Lovgivning er et viktig virkemiddel i helsepolitikken. Odelstinget vedtar i dag den siste av vårens fire store helselover. Samlet sett utgjør de fire nye lovene den største lovreformen i helsevesenets historie. Etter Arbeiderpartiets syn representerer de fire nye lovene et godt fundament for en effektiv og forsvarlig helsetjeneste, som setter rettssikkerhet og pasientens behov i sentrum.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Med dagens lovforslag vil Norge få sin første pasientrettighetslov. Loven styrker pasientenes rettsstilling. Samtidig samles en del bestemmelser som tidligere stod spredt i andre lover, noe som i seg selv gjør det lettere for pasienten å ha oversikt over sine rettigheter. Loven er ett viktig element, sammen med de andre nye helselovene, i den juridiske styringen av helsevesenet. Samtidig må loven ses i sammenheng med den sterke prioritering av forsømte områder innen helsevesenet som Regjeringen har foreslått og fått vedtatt i Stortinget, når det gjelder både psykiatri, kreft og sykehusutstyr.

Lovforslaget og innstillingen innebærer en styrking av rettsstillingen for pasienten på en rekke områder. Det gjelder bl.a. rett til medvirkning, det gjelder rett til informasjon, det gjelder kravet til samtykke fra pasienten før undersøkelse eller behandling kan igangsettes. Jeg viser til lovforslagets bestemmelser om anmodning om oppfyllelse og om klage, som gir pasienten mulighet til å få prøvet og håndhevet sine rettigheter.

I Ot.prp. nr. 12 ble det foreslått et helhetlig opplegg bestående av en rett til vurdering av helsetilstanden innen 30 virkedager, en rett til fornyet vurdering og en rett til å velge sykehus. I tillegg ble det foreslått at forskriften om ventetidsgaranti ble videreført.

Formålet med bestemmelsen om rett til vurdering er å sikre at pasienten får en vurdering av sin helsetilstand innen relativt kort tid. Sosialkomiteen støtter i innstillingen forslaget om en rett til vurdering. Jeg har merket meg at sosialkomiteen foreslår enkelte tilføyelser i lovteksten.

I enkelte situasjoner er ikke de nødvendige forutsetninger for et godt samarbeid mellom lege og pasient til stede. I slike tilfeller kan pasienten ha et sterkt behov for å få sin tilstand vurdert av en annen lege. På denne bakgrunn er det foreslått en rett for pasienten til å få en ny vurdering av sin helsetilstand. Sosialkomiteen understreker at det for kronikere fra tid til annen kan være nødvendig å praktisere en noe åpnere holdning til fornyet behandling. Det er jeg enig i.

Det frie sykehusvalget har bl.a. som formål å løse opp en streng fylkesvis oppdeling av helsetilbudet. En slik oppdeling kan ha svært uheldige konsekvenser for pasienten og være til hinder for optimal ressursutnyttning. Flertallet i sosialkomiteen støtter det forslaget som er fremmet om rett til valg av sykehus. Jeg tar med meg vi-

dere de synspunkter som flertallet har på spørsmålet om dekning av reiseutgifter.

I tillegg har flertallet i sosialkomiteen i samråd med Regjeringen foreslått en rett til nødvendig helsehjelp. Til grunn for utformingen av forslaget ligger en avveining av behovet for å styrke pasientens stilling og hva som er mulig å gjennomføre innen rammen av tilgjengelig kapasitet. Samtidig er det ingen tvil om at både Regjeringen og et samlet storting står vakt om de opptrappingsplaner som er vedtatt for å sikre en bedre kapasitet på de prioriterte områdene.

Når det gjelder spørsmålet om hva som er nødvendig helsehjelp, tar flertallet i sosialkomiteen utgangspunkt i forslaget til prioriteringsgrupper i utredningen Prioritering på ny. Det fremgår av flertallets forslag at retten til helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen. Videre skal kostnadene stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Jeg har merket meg flertallets merknader, og vil i det videre arbeid med forskrifter ta utgangspunkt i prinsippene for prioritering mellom pasientgrupper som ble anbefalt i Lønning-utvalgets innstilling, og som lå til grunn for utformingen av kriteriene for behandlingsgaranti i ventetidsforskriften.

I flertallets forslag til bestemmelse er retten til nødvendig helsehjelp begrenset til den offentlig finansierte spesialisthelsetjeneste og eventuelt andre tjenesteytere som fylkeskommunen har inngått avtale med. Forslaget er dessuten begrenset til å gjelde spesialisthelsetjeneste innen de grenser som tilgang til økonomi, personell og utstyr setter.

Debatten har vært avklarende på et viktig punkt. Både flertall og mindretall erkjenner at dagens kapasitet er for liten til å innfri en ubetinget rett til helsehjelp. Derfor trenger vi opptrappingsplanene, som denne regjeringen har foreslått og fått vedtatt. Derfor mener mindretallet at vi trenger en brekkstang for økte utgifter til helse. Spørsmålet som da gjenstår, er hvordan vi kommuniserer dette til folk flest. Jeg mener det da er realt å si at retten gjelder innen denne kapasitetsgrense, særlig når man faktisk har forpliktet seg til en betydelig opptrapping på de forsømte områder.

Jeg må med respekt å melde si at jeg ikke syns representantene for mindretallet, som står for en ubetinget rett, har gitt særlig gode svar på hva de vil si f.eks. til psykiatriske pasienter som vi alle vet ikke møter den nødvendige behandlingsskapasitet i dag, og som det i særdeleshet ikke er aktuelt å tilby behandling i utlandet. Dette er spørsmål som jeg syns det kunne være grunn til å få nærmere avklart.

**Presidenten:** Det vert replikkordskifte.

**John I. Alvheim (Frp):** Regjeringen fremmet ikke i sin lovproposisjon rett til behandling eller rett til helsehjelp. Dette har kommet inn under komiteens behandling av lovproposisjonen.

Som jeg har påpekt tidligere i debatten, mener jeg at lovteksten, slik den foreligger til vedtak nå, er uklar og

upresis og står i et direkte motsetningsforhold på enkelte punkter til de premisser som er lagt av flertallet.

Mitt spørsmål til helseministeren blir da som følger: Ser helseministeren noen praktiske problemer med å administrere og gjennomføre denne loven, selv ved bruk av forskrifter? Er ikke disse uklare og upresise lovtekstene et problem i seg selv når denne loven skal praktiseres? Og er ikke helseministeren også engstelig for det han tidligere brukte som argument for ikke å lovfeste rett til behandling, nemlig juristmat og en rekke klager og rettsaker i det norske rettsapparatet? Det er jo, som sagt av andre her, også fra forbrukerorganisasjonen uttalt stor misnøye med det lovforslaget som foreligger her.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Fremskrittspartiet har i denne debatten på den ene siden sagt at de endringer som flertallet i samråd med Regjeringen har gjort i lovforslaget, er det som gjør denne loven fortjent til å kalles en pasientrettighetslov. På den andre siden har Fremskrittspartiets representanter i debatten også hevdet at flertallsforslaget på dette punkt nærmest er verdiløst. Jeg tror det er grunn for Fremskrittspartiet til å velge hvilket ben man egentlig skal stå på til slutt.

Lovteksten er uklar og upresis, sier representanten Alvheim, og han spør om helseministeren ser noen problemer med å praktisere loven. Det er en ny lov som ikke bare på dette punkt, men også på flere andre punkter krever et betydelig forskriftsarbeid, og den skal implementeres. Det er klart at det er en utfordring! Det ville være helt feil å forsøke å underslå det. Men det er et arbeid som departementet vil gi seg i kast med på grunnlag av det vedtak Stortinget gjør, og de premisser som er trukket opp i innstillingen fra sosialkomiteen. Så skal det utformes forskrifter, og det skal utformes et praktisk opplegg for gjennomføringen av dette. Da er det en utfordring som helseministeren og departementet tar, og bidrar til at dette blir et opplegg som kan bygge videre på det beste vi har i norsk helsevesen, som kan bygge på de kriterier for prioritering som er trukket opp i innstillingen, og som i praktisk utforming vil føre til at vi i størst mulig grad unngår at dette feltet blir en arena for rettslige konflikter.

**Annelise Høegh (H):** Jeg synes det er tydelig både på helseministerens ord og holdning her i dag at han forstår at dette kanskje ikke er blitt hans beste dag. Han får det ikke som han vil. Han lider nederlag på et viktig punkt, nemlig retten til helsehjelp. Det fikk meg til å minnes Bjørnstjerne Bjørnsons dikt:

«Løft ditt hode, du raske gutt!

Om et håp eller to ble brutt, blinker et nytt i ditt øye  
straks det får glans av det høye!»

Det står faktisk videre:

«Løft ditt hode og se deg om!

Noe er der som roper: kom! →»

Ja, det er pasientene, det, og vi andre, som ber dere gjøre det beste ut av det forslaget som nå tross alt blir vedtatt her i dag.

Men det er ganske sjeldent, spesielt og oppsiktsvekkende at helseministeren så sent som dagen før komiteen

avgav sin innstilling, offentlig advarte mot å vedta en rett til helsehjelp, en rett han visste at hans partifeller her i Stortinget nettopp ville gå inn for dagen etter. Det setter – ærlig talt – Kristelig Folkepartis holdning til dette viktige kjernesporsmål i loven i et merkelig lys. Hva er det egentlig Kristelig Folkeparti mener? Er de for det de er mot, eller er de mot det de er for? Ja, det er grunn til å spørre: Ser ikke helseministeren at det er en fare i flertallets forslag til § 2-1 for at det gjennom sin uklarhet og ved at det overlater så mange viktige spørsmål til eventuell avklaring i forskrifter senere, nettopp vil føre til det han advarer mot, nemlig at det skal bli et ras av søksmål og klagesaker, at det er det som står i fare for å skje med flertallets forslag?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Bjørnson eller ikke, jeg må konstatere at de fire helselovene Regjeringen har lagt fram, og som dette er sluttsteinen på, faktisk på alle hovedpunkter har fått Stortingets tilslutning.

Når det gjelder spørsmålet om rett til helsehjelp, har regjeringspartiene sammen med Arbeiderpartiet funnet fram til en løsning i samråd med Regjeringen som jeg har gitt min tilslutning, og som jeg ikke har gått til angrep på i noen sammenheng. Det jeg har advart mot – og det står jeg fullt fast ved – er å gå for langt i retning av å la jussen overta styringen i helsepolitikken. Det er min oppriktige oppfatning at det forslag som er lagt fram her i dag, ikke gjør det. Derfor kan jeg gi det min tilslutning, og derfor vil jeg gjennomføre det som best jeg kan.

Representanten Høegh har brukt en del sterke ord om Kristelig Folkeparti i denne debatten som jeg ærlig talt syns vi kunne vært spart for. Vi har gått inn i denne vanskelige materien med det for øye å styrke pasientenes rettsstilling i norsk lovverk. Vi har fulgt opp punkt for punkt det utspill som Kristelig Folkeparti gikk ut med i valgkampen i 1997, bortsett fra lovfesting av ventetidsgarantien. Det har jo alle andre partier også forlatt. Derfor syns jeg debatten hadde tjent på at en her hadde erkjent at faktisk de fleste partier har vært på leting etter hva som er et godt uttrykk for en lovfesting av pasientenes rettigheter. Jeg er overbevist om at vi har funnet fram til en god balanse i og med flertallets innstilling.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Det er for så vidt to problemstillinger jeg ønsker at helseministeren skal kommentere. Den ene er knyttet til § 2-1. Det man er opptatt av her, er om det skaper en uklarhet i forhold til retten til helsehjelp med formuleringen «innen de grenser som kapasiteten setter». Jeg ser at det er pasientorganisasjoner som er opptatt av denne formuleringen og hva man skal legge i den. Det kunne vært interessant å høre helseministerens utdyping av det igjen.

Ellers må jeg si i forhold til representanten Annelise Høegh, som mener at det skulle skapes klarhet med det alternativet som Høyre her foreslår, nemlig «innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist» som den enkelte lege skal fastsette, at en åpenbar konsekvens av det vil være at hvis legen ved et sykehus så at her har vi begrenset kapasitet, skjøy man bare fristen ut i tid. Det er

jo helt illusorisk å tro at det gir en garanti for en ordning som på generell basis gir rettigheter.

Så har jeg registrert at enkelte i ettertid, etter komiteens behandling, har sagt når det gjelder pasientombudsordningen, som det jo er en styrke at man får rettighetsfestet, at det kan være en svakhet ved ordningen at den innbefatter spesialisthelsetjenesten, men ikke psykiatrien og primærhelsetjenesten. Har helseministeren noen synspunkter knyttet til pasientombudsordningen når den skal utvikle seg over tid, på om det vil være naturlig å se på om ordningen også bør omfatte andre deler enn den i dag gjør?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Når det gjelder spørsmålet om de forskrifter som flertallsforslaget forutsetter, vil de måtte klargjøre hvilke kriterier som ligger til grunn for de medisinsk-faglige vurderingene. De bør skape forutsigbarhet for pasienten, gi større mulighet for ensartet praktisering og redusere behovet for å få prøvd innholdet for retten. Hvilke generelle kriterier som skal ligge til grunn for en prioritering av pasienter i den offentlige helsetjenesten, er et politisk spørsmål. Den faglige vurderingen må bestå i å vurdere om den enkelte pasient oppfyller de kriterier som er satt for prioriteringen. Flertallet legger da opp til å bygge på prinsippene for prioritering som Lønning-utvalget har gått inn for.

Når det gjelder den kapasitetsbegrensning som ligger der, forstår jeg det slik at det har med begrensninger i personell, utstyr og tilgjengelige ressurser å gjøre. Men jeg ser, som flertallet, dette i en klar sammenheng med opptrappingsplanene for kapasiteten, som Stortinget har forpliktet seg på.

Når det gjelder pasientombudsordningen, skal pasientombudene, som Ballo var inne på, omfatte spesialisthelsetjenesten både innenfor psykiatriens og somatikens virkeområde. Det forutsettes i lovforslaget at alle ombud settes i stand til også å ivareta interessene til pasientene innenfor psykiatrien.

Jeg vil uten videre si at på lengre sikt vil det være ønskelig at ordningen også omfatter kommunehelsetjenesten. Det reiser imidlertid en rekke spørsmål om ansvarsplassering og finansiering, om tilgjengelighet osv. som det er grunn til å vurdere nærmere når vi har fått flere erfaringer med ordningen.

**Annelise Høegh (H):** Helseministeren har rett i at jeg har brukt sterke ord om Kristelig Folkeparti her i dag. Hvis jeg skulle vært mer spesifikk, ville jeg kanskje i sterkere grad ha understreket at det er selvfølgelig et skille – det er forskjellige holdninger også i Kristelig Folkeparti, og det er egentlig helseministeren jeg er mest overrasket over, og mest forarget over. For Kristelig Folkepartis representanter i Stortinget har iallfall bidratt til at vi nå får en lovmessig rett til behandling, som, slik jeg også sa i mitt innlegg, iallfall er et lite skritt i riktig retning.

Det jeg reagerer på, er at Kristelig Folkepartis representanter både i Regjeringen og i Stortinget ved å si visse ting, samtidig gir et inntrykk av at de står for noe som and-

re ikke gjør. Representanten Åse Gunhild Woie Due-sund sa at Kristelig Folkeparti er «realistisk og ærlig». Man føler vel ikke behov for å si det hvis det gjelder alle – da er det noe som skal gjøre at de er annerledes enn andre.

Helseministeren sa nå nettopp at de fire helselovene Regjeringen har lagt frem, har den stort sett fått full tilslutning til. Ja, det er riktig, det. Men det er ikke noe oppsiktsvekkende, for det er jo Stortinget som har tatt initiativet til alle disse lovene, og vi har hatt behandling i mange år, gjennom stortingsmeldinger og innstillinger, som har dannet grunnlaget. Det er riktig at Regjeringen har lagt frem lovforslagene og fått tilslutning til dem, men det er jo ikke Regjeringen som har funnet opp dette av seg selv. Det har vært en langsommelig prosess i Stortinget hvor alle partier har bidratt i større eller mindre grad.

Så sier han at Kristelig Folkeparti ikke har brutt noe løfte, iallfall ikke noe mer enn alle andre, for det er jo ingen som i dag går inn for å lovfeste tremånedersgarantien. Nei, det er også riktig. Men det er i beste fall bare en halv sannhet, for alle vi andre har faktisk foreslått en ny og en bedre formulering. Helseministeren gjorde ikke det, men nå har Kristelig Folkeparti bidratt til å få det.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Beskyldning om halv-sannheter er ikke hverdagskost fra Stortingets talerstol, og jeg må si at jeg slutter ikke å overraskes over representanten Høeghs karakteristikker i denne saken. Det er et faktum at Kristelig Folkeparti har fulgt opp – både Kristelig Folkeparti her i salen og helseministeren – rett til vurdering, rett til informasjon, rett til medbestemmelse, rett til fastlege. Det løftet har jo Høyre prøvd å få oss til å bryte og gå bort fra, men det står vi faktisk fast ved, og vi har fulgt opp rett til fritt sykehusvalg i tråd med det vi har blitt enig med Høyre og Fremskrittspartiet om her i salen. Men jeg har altså som helseminister ikke funnet å kunne gå inn for det Valgerd Svarstad Haugland gikk inn for i august 1997 om en lovfesting av tre måneders ventetidsgaranti, fordi vi faktisk har fått noen erfaringer siden august 1997 med hvordan den ordningen fungerer. Derimot har jeg lagt fram et forslag for Stortinget, en samlet pakke, som samlet styrker pasientens rettigheter, og jeg har medvirket til de endringer i Regjeringens opplegg som får flertall her i salen i dag.

**John I. Alvheim (Frp):** Det er ingen grunn til for helseministeren å virke så politisk hårsår i forhold til replikanten Annelise Høegh. Helseministeren beskyldte meg for et øyeblikk siden og mente at jeg nå måtte velge – og vite – hvor jeg står hen i helsepolitikken i forbindelse med rettighetsloven. Det jeg sa i mitt første innlegg, var at jeg var glad for at vi nå får en rettighetslov i navnet, men den er ikke slik som den skulle vært. Jeg tror – jeg kan ikke si det sterkere – at hvis det ikke hadde vært for helseministerens og regjeringspartienes skyld, ville den loven vi vedtar i dag, vært langt bedre, og det var den også, tror jeg, i utgangspunktet fra Arbeiderpartiets side. Men regjeringspartiene og helseministeren har etter min

vurdering medvirket til at vi får en lovtekst som kan tolkes i alle retninger, og som ikke er tilfredsstillende for brukerne. Det har brukerorganisasjonene i dag gitt uttrykk for, og jeg tror vi skal lytte til dem langt mer enn til departement og politikere.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg har merket meg at representanten Alvheim og jeg har ulike oppfatninger av hva som er en god pasientrettighetslov. Det gjelder særlig spørsmålet om rett til nødvendig helsehjelp, og jeg har respekt for at det går an å se det på forskjellige måter. Men jeg må minne om at vi faktisk står sammen om alle de øvrige viktige forslag i denne loven som er med på å styrke pasientenes rettsstilling. Det må vi ikke underslå verken i forhold til brukerorganisasjonene eller i forhold til det norske folk for øvrig. Det er faktisk slik at vi sammen er med på et ganske historisk vedtak i dag, og det er ikke slik at det går en skillelinje gjennom denne saken mellom noen som er for pasientrettigheter, og noen som er mot. Det er spørsmål om en saklig uenighet om hva som er en gjennomførbar pasientrettighetslov på det punktet som gjelder rett til helsehjelp, og jeg mener at når det faktisk er en kapasitetsbegrensning f.eks. i psykiatrien som gjør at vi ikke kan si til psykiatriske pasienter med alvorlig diagnose at du har rett til behandling i morgen i alle tilfeller, da er det reelt å si: Denne retten gjelder innenfor de grenser som kapasiteten setter, men vi forplikter oss til å trappe opp den kapasiteten slik at retten blir reell.

**Presidenten:** Replikordskiftet er dermed omme.

**Inge Lønning (H):** Tillat meg først en liten bemerkning til den siste replikkunden og også tidligere replikkunder i denne debatt, hvor det har vært hevdet at begrensningen i flertallets forslag – «innen de grenser som kapasiteten setter» – er et uttrykk for en spesiell ærlighet eller redelighet. Jeg synes nok det hadde vært til fordel både for redeligheten og ryddigheten om Kristelig Folkeparti isteden hadde vedgått rett frem at man har skiftet standpunkt siden 1997. Det som er det avgjørende, er jo ikke hvorvidt garantien eller rettigheten er knyttet til en tre måneders tidsfrist eller ikke, det avgjørende skillet er jo hvorvidt det skal foreligge en rettighet som utløser rettslige virkninger dersom den ikke innfris. Det var det løftet man uten forbehold gav i valgkampen i 1997. Og det løftet har man i dag forlatt. Det forekommer jo i virkelighetens verden at man må bryte løfter, men jeg synes det er til fordel for ryddigheten at man da innrømmer at det er det man gjør – å bryte et løfte.

Det som også forbauset meg litt i helseministerens svar, var at han, hvis jeg oppfattet det riktig, begrunnet formuleringen «innen de grenser som kapasiteten setter» og forsvarte at dette er en god formulering med henvisningen til at man jo skal trappe opp kapasiteten. Det er en forbausende form for logikk. For sett at man nå ikke hadde fattet noe vedtak om å trappe opp kapasiteten. Da ville formodentlig behovet for en slik helgardering ha vært enda større. Det kan jo ikke være det at man skal trappe

opp kapasiteten, som gjør at det er naturlig å lovfeste at rettigheter bare finnes innenfor de grenser som kapasiteten til enhver tid setter.

Da det såkalte Lønning II-utvalget i 1996 avgav en delinnstilling om den såkalte ventetidsgarantien, foretok vi en rimelig balansert avveining av de sterke og svake sider ved bruk av ventetid som virkemiddel i prioriteringen. Det som det da var full enighet om i utvalget, var at det er et grunnleggende problem knyttet til bruk av ord som «garanti» og «rettighet», og det er at folk flest oppfatter disse ordene på en ganske klar og entydig måte. Politikere og jurister, som representanten Hove, kan selvfølgelig distingvere mellom relative rettigheter og absolutte rettigheter. Men på alminnelig, dagligdags norsk er det en ukjent distinksjon. Og det vi pekte på fra utvalgets side, er at det viktige ved lovgivning er at man unngår å skape ubegrunnede forventninger hos folk. Hvis folk tror at de tildeles en rettighet, tror de selvfølgelig at hvis den rettigheten ikke innfris, må det ha noen virkninger. Og hvis det er meningen at det ikke skal ha noen virkninger, bør man ikke bruke ord som rettighet eller garanti. Da bør man kommunisere med folk rimelig rett frem og klart, og si at her foreligger det ikke noen individuell rettighet.

Jeg kjenner ikke norske lover ut og inn, men meg bekjent er det ikke vanlig i lovgivning, hverken på helseområdet eller andre områder, å velge å lovfeste en rettighet samtidig som man – i lovs form – sier at den bare gjelder så langt som man til enhver tid har råd til å innfri den. Jeg ville nok tro at det hadde vært mer hensiktsmessig å bruke andre ord enn rettighet hvis det er det budskapet man ønsker å kommunisere.

Det som etter mitt skjønn er fordelene ved mindretallets forslag til formulering av § 2-1, er at den i realiteten bygger på det vi har lang tradisjon for i legeloven, nemlig at all medisinsk behandling som gis pasienter i dette land, skal være forsvarlig. I det forsvarlighetskriteriet ligger det minst to ting, nemlig at behandlingen skal holde faglige mål i forhold til det som er standard innenfor dagens medisin, og at behandlingen skal gis på det tidspunkt hvor den har utsikt til å gi det best mulige resultat for pasienten. Det er faktisk det forslaget fra mindretallet tar konsekvensen av og forsøker å formulere. Det hjelper ikke en pasient å få en faglig god behandling hvis behandlingen gis på et så sent tidspunkt at den ikke lenger har rimelige utsikter til å gavne pasienten. Forsvarlighetskriteriet er et langt bedre kriterium enn en mekanisk tidsfrist, enten den er på seks måneder eller tre måneder. På det punkt synes jeg mindretallets forslag er et stort fremskritt.

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

**John I. Alvheim (Frp):** Jeg skal få lov å rette opp en feil i forslag nr. 2 § 4-9, som representanten Inge Lønning gjorde oss oppmerksom på. Forslaget skal lyde slik:

«Pasienten har ikke rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Det går mot slutten av denne debatten, og jeg må nok si meg enig med representantene fra Høyre i at Regjeringen og regjeringspartiene har kommet relativt dårlig ut i forhold til dette punktet om rett til behandling eller rett til helsehjelp. Det var ikke foreslått i proposisjonen, men det har kommet til etter sterkt påtrykk fra Arbeiderpartiet, heldigvis, og selvfølgelig fra oss i de andre større partiene, selv om vi har et annet lovforslag.

Det jeg gjerne gjentar, er at jeg har en beklemmende følelse av at det lovforslaget vi nå skal vedta, hadde vært langt klarere og mer presist om man ikke hadde vært i forhandlinger med regjeringspartiene og fått utgangspunktet såpass redusert faglig og rettssikkerhetsmessig som tilfellet nå er.

Kapasitet og ressurser har man bare så vidt vært innom i debatten, og man lurer på hvor Fremskrittspartiet skal ta ressursene fra for å gi en fullverdig rett til behandling for alvorlig syke mennesker. Vi har vår prinsipielle finansiering, nemlig folketrygden, som er vårt helseforsikringsselskap, og det bør være en like soleklar rett til å få midler til behandling som det er å få sykepenger, pensjon, ledighetstrygd osv. Det var et paradoks i lovproposisjonen at man skulle ha rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, men man skulle ikke ha rett til behandling. Dette henger faktisk ikke sammen, og det er det flere enn jeg som har sagt, og flere med betydelig større kompetanse enn jeg har på dette området.

Så en liten visitt til Kristelig Folkeparti. Det gjelder dette med nødrett og å nekte å ta imot blodprodukter og å nekte å ta imot behandling i en sultestreiksituasjon. Jeg må si jeg er forbauset over at Kristelig Folkeparti har inntatt det motsatte standpunkt av hva Fremskrittspartiet har gjort, nemlig at i slike situasjoner skal man gi helsehjelp. Flere har vært inne på det, og jeg gjentar det: Det er en gåte for meg når jeg nå registrerer hvilken helsepolitikk man har, og hvilken troverdighet dette partiet har mistet i det siste.

**E i r i n F a l d e t** hadde her overtatt presidentplassen.

**Presidenten:** Presidenten har merket seg de rettelser representanten Alvheim har foretatt.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Så mye bitterhet og fortvilelse fra mindretallets side over ikke å vinne fram har man vel ikke hørt på en stund. Vi har god trening i det i SV og er fortsatt i godt humør.

Jeg må si at noe av styrken med denne loven er nettopp at ingen har fått det akkurat som man ville. Dette er ikke blitt akkurat sånn som departementet foreslo, og det viser at komiteens behandling av lovforslaget har vært reell. Regjeringspartiene har vel heller ikke fått det akkurat som de ville, heller ikke Arbeiderpartiet, ingen parter har det. Men summen av det er at en rekke innvendinger som er kommet, har man tatt hensyn til – det være

seg fra pasientorganisasjoner eller fra de ulike politiske partiene. På den måten mener SV at dette faktisk er blitt en bedre lov enn det forslaget som forelå i utgangspunktet.

Jeg vil vel også tro at Høyre og Fremskrittspartiet på visse felter har fått gehør for sine tanker. Men det er klart at hvis man skulle lagt seg flat her i en eller annen konstellasjon, regjeringspartiene, Høyre og Fremskrittspartiet, som man jo har hatt en stygg tendens til her i salen i forbindelse med budsjettbehandlingene, ville dette ha gått fullstendig galt. Et eksempel på det er forslaget angående blodoverføring og sultestreik. Her hadde Fremskrittspartiet i utgangspunktet et lovforslag:

«Pasienten har ikke pga. alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Her innfører man en form for plikt innblandet i alle rettighetene, hvor det å ha en alvorlig overbevisning skal sikre at man med makt får blodoverføring, eller at enhver sultestreik skal føre til tvangsfôring. Så kommer Fremskrittspartiet nå med et nytt, bearbeidet forslag:

«Pasienten har ikke rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Det er vanskelig å forestille seg at velgere fra Fremskrittspartiet eller representanter i denne sal fra Fremskrittspartiet som ble lagt inn på sykehus, og som virkelig ikke ønsket å spise eller ikke ønsket å få et blodprodukt, ville finne seg i denne typen totalitær, diktatorisk tilnærming til noe som man skal kalle en pasientrettighetslov. Jeg vil si at det er en særdeles stor styrke, både i sosialkomiteen og i denne sal, at man ikke tar innover seg ethvert forslag som måtte komme fra et mindretall, for så å bøye av for det. Det neste ville da være, i forhold til forslagene fra Fremskrittspartiet, at 17-åringer skulle gå rundt i dette samfunnet og behandles som mindreårige, begge foreldrene skulle innkalles på kontoret til legen, eller legen skulle ringe dem hjem for å fortelle at man nå hadde skrevet ut prevensjon eller gitt råd med hensyn til en operasjon. Det er en type tilstander som jeg tror dette samfunnet er lite tjent med. Ikke minst ville Fremskrittspartiet være særdeles lite tjent med at den typen forslag ble blottstilt for det norske folk. Det er altså en styrke at en del av de forslag som i dag kommer fra mindretallet, ikke blir vedtatt.

**Carl I. Hagen (Frp):** Det var med relativt stor forbauselse jeg lyttet til helseministeren for en liten stund siden, da han mente at det flertallet går inn for, var en rettighet. Slik jeg har lært det ordet, betyr det at hvis noen har en rettighet, er det noen andre som har en plikt til å innfri den retten hvis omstendighetene for det eksisterer. Hvis det ikke gjøres, er en rettighet noe man kan gå til domstolene for å få håndhevet. Jeg har lyst til å spørre helseministeren: Hvor kan man gå for å få håndhevet den rettigheten som regjeringspartiene og Arbeiderpartiet går inn for? Kan man gå til domstolene, som så kan utløse noe eller gi noen et pålegg med en slags rettskraftig virkning?

Jeg har lyst til å trekke en sammenligning. Hvis et forsikringsselskap forsikrer f.eks. en bil, og det inntreffer en skikkelig kollisjon, er det i dag slik at man etter taksering får utbetalt en erstatningssum fra forsikringsselskapet sitt, og så finner man selv ut hvilket bilverksted man vil benytte for å få reparert skaden som man har fått penger fra forsikringsselskapet til å betale for. Hva tror helseministeren reaksjonen ville vært hos en bileier hvis forsikringsselskapet sa at ja, selvsagt, du er forsikret hos oss, vi skal sørge for å reparere bilen din, men vi skal gjøre det i våre egne bilverksteder, og dessverre er det slik med våre bilverksteders kapasitet for øyeblikket at det nok kan ta en seks-åtte-tolv måneder før din bil rekker frem til verkstedet? Det er nemlig det svaret helseministeren gir til pasienter som han hevder har en rettighet.

En bileier ville sagt at dette er bedrageri fra forsikringsselskapets side. Han ville blitt meget sint, langt sinterere enn kanskje mange pasienter som er opplært til å stå i kø, som står og venter og får beskjed om å vente og vente, og de er tålmodige. Hadde det dreid seg om bilen, hadde man vel ropt og sagt: Slutt med dette bedrageriet! Gi meg pengene så jeg kan gå til et annet bilverksted enn forsikringsselskapets egne bilverksteder. Det er det forslaget Høyre og Fremskrittspartiet har fremmet. Hvis det ikke kan gjøres i det offentlige helsevesen, skal det utbetales penger slik at pasienten kan betale en operasjon et annet sted, enten i dette eller et annet land. Det er en rettighet som man kunne gå til en domstol med og få utbetalt penger ved en domsavsigelse.

Jeg vil gjerne spørre helseministeren om han vil ha forståelse for de pasienter som føler at det er et slags bedrageri når helseministeren omtaler en ikkeeksisterende rettighet som en rettighet.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Til representanten Lønning først, som gjør seg skyldig i en åpenbar misforståelse når han hevder at jeg skal ha sagt at det at vi har vedtatt en opptrappingsplan, krever at vi i loven tar inn en begrensning knyttet til kapasiteten. Det har jeg ikke sagt. Hele poenget er at opptrappingsplanene viser at vi har behov for en større kapasitet enn det vi har i dag. Det har hele Stortinget sluttet seg til. Det betyr at innen psykiatrien og innen kreftomsorgen er det ikke i dag kapasitet til å innfri en slik ubetinget rett som mindretallet foreslår. Da mener jeg faktisk at det er det motsatte av det representanten Hagen kaller det, å gi uttrykk for at det faktisk er en slik begrensning i dag. Jeg vil ikke utelukke at vi, når disse planene er gjennomført, bør innføre en rettighet som ikke inneholder denne begrensningen, men jeg kan ikke se at vi kan gjennomføre det i dag.

Til representanten Hagen vil jeg si at plikten påhviler fylkeskommunen. Det fremgår av det samlede lovopplegg som Stortinget nå slutter seg til. Det er selvsagt at denne rettigheten kan prøves for domstolen. Det som representanten Hagen så i tillegg gjør, er å ta fram sitt eksempel om bilverkstedene, som jo har vært fremme i helsedebatten gjennom mange år. Problemet er at en psykiatrisk pasient med en alvorlig diagnose har svært liten bruk for en sjekk med penger i hånden, fordi det ikke fin-



nes noen kapasitet ved noe privat sykehus, og fordi det er helt uaktuelt å reise til utlandet for å få behandling. Da mener jeg det må være riktig å si at vårt svar på det problemet er å trappe opp kapasiteten gjennom en forpliktende opptrappingsplan, og så erkjenne at den retten man har, faktisk har sin begrensning i den kapasitet som i dag gjelder.

**Inge Lønning (H):** Jeg har for så vidt en viss forståelse for at helseministeren har problemer med å komme ned på beina. Utgangspunktet her var jo et forslag fra helseministeren selv, som aktivt og med en klar begrunnelse gikk inn for *ikke* å introdusere noen rett til helsehjelp. Så har man gjennom komitebehandlingen altså manøvrert seg frem til noe som kan ligne på en rettighet, og som likevel ikke er en rettighet. Da er det kanskje ikke så helt lett å forklare sammenhengen. Det forslaget til lovformulering som nå foreligger fra flertallets side, kan man vel karakterisere omtrent som Nils Kjær gjorde da han i sin tid talte om det demokratiske kompromiss mellom nesten noe og absolutt ingenting. Det jeg synes man da burde betenke grundig fra flertallets side, er om ikke dette blir en form for dobbeltkommunikasjon som brukerne av lovgivningen og av helsevesenet med rette vil kunne reagere på og si tilbake at hvis dere ikke har ment å gi oss en rettighet som i det hele tatt skal utløse virkninger av praktisk art dersom den ikke blir innfridd, hvorfor i all videste verden har dere da satt inn i lovteksten at vi har en rett? Jeg tror ikke det er mange pasienter som er slik konstruert at de vil finne den begrunnelsen at «dessverre har vi i øyeblikket ikke kapasitet, så retten din kan likevel ikke innfris», særlig overbevisende. Hvis meningen er at det er den til enhver tid tilgjengelige kapasitet i det offentlige helsevesen som skal styre hvilke rettigheter pasienter har, er det soleklart for meg at man bør unngå rettighetsbegrepet og bruke begreper som ikke inviterer til så åpenbare misforståelser hos brukerne.

Det som preger mye av norsk helsepolitikk i dag, og det vi strever med i norsk helsevesen, er nettopp at det er så mange skuffede forventninger ute og går. Folk som utsettes for skuffede forventninger, blir frustrert, selvfølgelig blir de det, og i neste omgang vil den frustrasjonen slå tilbake på de fagfolkene som skal betjene systemet, og som gjør så godt de kan. Dermed er man inne i den onde sirkelen. Pasienter blir skuffet fordi de er gitt forventninger som ikke blir innfridd, og fagfolkene blir frustrert fordi de settes til å bestyre et system som skaper falske forventninger hos brukerne.

**Carl I. Hagen (Frp):** La meg først få lov til å si at for én gangs skyld – nesten – er jeg hjertens enig med representanten Inge Lønning i det siste han sa.

Og så vil jeg gjerne si til helseministeren at ja, det kan selvsagt være enkelte sykdommer som kan være mer problematiske enn andre. Men hvorfor skal man si nei til et system som ville virke helt utmerket for en lang rekke medisinske problemer, og særlig operasjoner som grå stær-operasjoner og andre øyeoperasjoner, øre-nese-hals-

operasjoner, hofteoperasjoner, hjerteoperasjoner og andre kirurgiske inngrep? For der ville bilverkstedsammenligningen være helt relevant.

Vi vet også at det er sykehus i utlandet som faktisk svært gjerne ville ta imot, og har tatt imot, pasienter fra Norge.

Man må stille spørsmålet: Hvorfor er ikke kapasiteten tilstrekkelig? Kanskje det faktisk for en god del skyldes den måten hele produksjonen med behandling av syke mennesker er organisert på. Kanskje man kunne organisere personellet på en annen måte, la legene bruke langt mer tid til å behandle syke mennesker og få andre til å ta seg av skrivebordsarbeidet. Jeg ville faktisk si at det innenfor de nåværende personellressurser er fullt mulig å øke produksjonen radikalt.

Det er jo nettopp konkurransen som tvinger alle til å være effektive og rasjonelle i sin virksomhet. For å sammenligne med mitt forsikringsselskap, som selv drev sine egne bilverksteder: De har jo intet press for å utvide kapasiteten når kundene, forsikringstakerne, ikke har noen valgmuligheter – når man er i en situasjon at man kan fortelle forsikringstakerne som har fått bilene ødelagt gjennom kollisjon, at de ikke har noe annet valg enn å vente. Da kan en slik bilverkstedvirksomhet fortsette å ha dårlig produktivitet, dårlig organisering og dårlig administrasjon, fordi det ikke er noen grunn til å gjøre noen endringer.

Det er fraværet av det presset som konkurransen medfører på alle andre områder, som gjør at man må utnytte ressursene fornuftig. Man må bruke personellet til det de skal, og har ikke råd til å gjøre de dumme tingene. Det er intet slikt press i dag. Tvert om vet vi jo at i realiteten har en del av de private langt større produktivitet. Feiringklinikken har vist det. Det er også andre, som opererer f.eks. grå stær, som har kapasitet i Norge i dag, og som gjør tingene langt bedre enn det offentlige.

Det kunne være artig å spørre én gang til: Hvorfor er egentlig Regjeringen og helseministeren mot det systemet som virker på alle områder hvor det er iverksatt?

**Annelise Høegh (H):** Helseministeren har nå i flere innlegg prøvd å gjøre et nummer av at fordi ikke alle pasienter – og da spesielt ikke pasienter med psykiatriske diagnoser – kan få glede av en rett til behandling umiddelbart, skal vi ikke gi denne muligheten til noen. Jeg synes Inge Lønning på en utmerket måte viste at det å legge inn i lovforslaget et krav om at rett til behandling bare skal gis innenfor den begrensning som kapasiteten til enhver tid setter, er en sirkelargumentasjon hvor man egentlig står på stedet hvil. Selvsagt er det slik, og det vet ikke minst psykiatriske pasienter, at de ikke vil få den hjelpen i fullt monn som mange av dem trenger, dagen etter at loven trer i kraft, hverken med flertallets eller mindretallets forslag til lovtekst. Men jeg synes det er verdt å merke seg – og det synes jeg også Kristelig Folkeparti og helseministeren skal legge seg på sinne – at likevel ber også disse pasientene om å få mindretallets forslag til lovparagraf, og ikke flertallets. Så man skal være litt forsiktig med å sette seg på sin høye hest og tro at

man selv ivaretar retten til pasientgruppene bedre enn de selv mener å kunne forstå hvordan en slik rett bør se ut for at de skal føle at deres interesser blir ivaretatt.

Det er faktisk en ganske viktig forskjell på mindretallets og flertallets forslag, som også er viktig for pasienter med psykiatriske diagnoser, fordi mindretallet ikke har lagt inn den begrensning som flertallet har, nemlig at man, hvis man ikke får oppfylt sin rett hos den tjenesteyter man først har vært hos, skal kunne gå til en annen offentlig finansiert tjenesteyter, som det heter i flertallets forslag. Det heter det ikke i mindretallets forslag, og det er med velberådd hu. Vi begrenser det til godkjente private institusjoner eller tjenesteytere, nettopp fordi vi faktisk vet at det ikke minst på det psykiatriske området fremdeles er ganske mange som gjerne vil yte en ekstra innsats i en privat praksis. Det er ikke det at det ville løse alle problemene, men det ville iallfall kunne hjelpe flere til å få behandling raskere, også for sine psykiatriske lidelser, enn det som det er lagt opp til fra flertallets side.

Vi vedkjenner oss selvsagt at ikke alle problemer vil bli løst med én gang, men vi ser på loven også som et aktivt bidrag til å fremskynde den opptrappingsvirksomheten som vi må ha i gang. Det tror jeg også pasientorganisasjonene gjør. Det er derfor de har bedt om, og støttet, det forslaget som mindretallet legger frem, og er, som komitelederen sa, meget misfornøyd med det flertallsforslaget som foreligger.

**John I. Alvheim (Frp):** Kapasitetsmangel – ja, det ser alle og enhver at vi har. Men det bør, til tross for dette, være en menneskerett i dette landet, i 1999, å få behandlet sin sykdom av ulik alvorlighetsgrad. Hvorfor mangler vi kapasitet? Da vil jeg henvende meg direkte til helseministeren.

Den innsatsbaserte finansieringen har funket veldig bra. I 1998 behandlet man langt flere pasienter enn det man hadde forventet. Det som da skjer, er faktisk at helseministeren går inn og reduserer betalingen til poliklinikkene og til fylkeskommunene fordi man har behandlet for mange. Og så snakker man samtidig om at man har for liten kapasitet. Man vil heller ikke godkjenne private klinikker. Volvat har fått avslag flere ganger når det gjelder søknad om sengeplasser, og vi har private psykiatere som kan ta imot psykiatriske pasienter.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg er enig med representanten Lønning i at avklaring av forventninger er sentralt i helsepolitikken, og jeg er faktisk overbevist om at det er en tydeligere kommunikasjon å si at retten har klare begrensninger enn å gi inntrykk av at slike begrensninger ikke finnes, når den fysiske kapasitet på viktige områder i helsevesenet faktisk er erkjent for lav.

Så spør representanten Hagen om hvorfor kapasiteten ikke er tilstrekkelig. Ja, det har å gjøre med organisering. Det har Regjeringen grepet fatt i. Det har å gjøre med årelange forsømmelser på prioriterte områder som psykiatri, kreft og utstyr. Det har Regjeringen med god støtte av Fremskrittspartiet og flertallet i Stortinget grepet fatt i.

Det har å gjøre med finansiering. Og vi har faktisk fått en finansieringsordning som Høyre, Fremskrittspartiet og Regjeringen i fellesskap har tillagt større vekt, og som fører til at det er et press for økt kapasitet. En økning av kapasiteten følger som et resultat av denne ordningen, slik at det er faktisk et press i dette feltet allerede. Så kommer det i denne loven forslag om fritt sykehusvalg i hele landet, som mellom de offentlige sykehusene vil innføre et viktig element av konkurranse. Så representanten Hagen bør oppdatere seg i forhold til de endringer som faktisk skjer i helsepolitikken, og som bidrar til et press for å øke kapasiteten og konkurransen og gir sterke insitamenter for å hjelpe flere mennesker, istedenfor det gamle systemet som gav insitamenter til å ha lengst mulig ventelister. Det er det slutt med.

**Presidenten:** Inge Lønning har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad.

**Inge Lønning (H):** Jeg er enig med helseministeren i at det går an å leve med klare begrensninger. Problemet med flertallets lovtekst er at det er en høyst uklar begrensning. Ja, den er omtrent så uklar som det er mulig å få et kriterium i det hele tatt – det sies nemlig ingenting om hvem det er som til enhver tid avgjør hva kapasiteten tilsier, og hva kapasiteten ikke tilsier. Det er overlatt til det rene skjønn, og pasienten vil være helt hjelpeløs i forhold til den skjønnsutøvelse som finner sted. På dette punkt må vel også helseministeren medgi at mindretallets forslag, selv om han er uenig i det i sak, er rimelig klart og ikke inviterer til tolkningsstrid, fordi det tar til etterretning at hvis kapasiteten i det offentlige norske helsevesen ikke er til stede, så må pasienten kunne få tilbudet et annet sted. For pasienten vil det formodentlig være like godt.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 720)

## S a k n r . 2

*Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov av 28. juni 1996 nr. 54 om studentsamskipnader* (Innst. O. nr. 81 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 74 (1998-99))

**Ulf Erik Knudsen (Frp):** Dette er en sak hvor det er behov for en begrenset debatt. Det er en veldig kort og grei innstilling, og synspunktene er klare.

Jeg vil nøye meg med å ta opp forslaget fra Fremskrittspartiet som er inntatt i innstillingen, og vil for øvrig presisere at Fremskrittspartiet vil stemme mot endringer av § 12.

**Presidenten:** Ulf Erik Knudsen har tatt opp det forslag han refererte til.

Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 727)

## S a k n r . 3

*Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler (Innst. O. nr. 80 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 75 (1998-99))*

**Rolf Reikvam (SV)** (ordfører for saken): Det er en enstemmig komite som står bak denne innstillingen, og innstillingen er også i samsvar med den proposisjon som vi har fått fra departementet.

Jeg vil understreke og presisere det som komiteen skriver i sine merknader om å åpne for ulike pedagogiske og organisatoriske forsøk, nemlig at departementet må vise romslighet i praktiseringen av ordningen. Vi ser at de offentlige institusjonene er utsatt for økt konkurranse på ulike områder, vi ser at det blir etablert private institusjoner, og vi vet også at utenlandske universiteter og høyskoler tilbyr sine tjenester i det norske markedet. Derfor er det viktig at de offentlige universitetene og høyskolene har mulighet til å møte denne konkurransen på en god måte ved at de gjennom ulike forsøk kan finne fram til gode modeller for sin virksomhet, bl.a. i denne konkurransen.

Dessuten vil jeg understreke at i forhold til kompetansereformen er det sannsynligvis også behov for ulike forsøk. Det komiteen er opptatt av, er at departementet viser romslighet og er positive i den grad en ser at dette er det behov for.

Jeg vil understreke én ting til, nemlig det faktum at når det blir gjennomført ulike forsøk, er det viktig å ta vare på studentenes rettigheter og ikke svekke disse.

Jeg synes at dette er en god innstilling, og at det er en viktig lovendring som nå skal gjøres.

**Statsråd Jon Lilletun:** Eg skal vere svært kort.

Eg er glad for at ein samla komite sluttar seg til framlegga. Eg har merka meg komiteen sine merknader, m.a. den om å praktisere den nye regelen romsleg. Det skal eg love å gjere etter dei intensjonane som no vart framførde av saksordføraren, men sjølvstilt i samsvar med lova. Det skal òg gjelde studentane sine rettar, det at dei skal takast vare på oppe i dette.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3. (Votering, se side 728)

## S a k n r . 4

*Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om lov om endringer i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæring (Innst. O. nr. 92 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 78 (1998-99))*

**Presidenten:** Etter ønske fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen vil presidenten foreslå at debatten begrenses til 50 minutter, og at taletiden fordeles slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 10 minutter, Fremskrittspartiet 5 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Høyre 5 minutt-

er, Senterpartiet 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Venstre 5 minutter og Tverrpolitisk Folkevalgte 5 minutter.

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.

**Arne Lyngstad (KrF)** (ordfører for saken): Jeg beklager at jeg ikke kan holde innlegget på tegnspråk i kveld, men det skyldes mangelfull opplæring. Så presidenten må bære over med min stemme.

Saken Odelstinget nå behandler, gjelder bl.a. tegnspråkopplæring i den videregående skole. Det er en samlet kirke-, utdannings- og forskningskomite som nå foreslår å lovfeste unge og voksne rett til opplæring i og på tegnspråk i den videregående skole. Stortinget vedtok våren 1997 å be Regjeringen fremme forslag om lovendringer, slik at ungdom fikk lovfestet rett til å velge videregående opplæring på tegnspråk i et tegnspråklig miljø eller videregående opplæring med bruk av tolk i et norsk-språklig miljø. Dette fulgte Regjeringen opp i sitt forslag i Ot.prp. nr. 78 for 1998-99. Under komiteens arbeid har vi kommet til at denne retten også bør gjelde voksne elever i den videregående skole, og komiteen fremmer da også i innstillingen et forslag i tråd med dette.

Ungdom i dag har rett til videregående opplæring. Skal bl.a. hørselshemmet ungdom være i stand til å bruke denne retten, må de også ha full rett til å velge å ta videregående opplæring i et tegnspråklig miljø eller med tolk i et norskspråklig miljø. Med dagens lovvedtak får ungdom med tegnspråk som førstespråk en ubetinget rett til å velge opplæring i og på tegnspråk i et tegnspråklig miljø, eller til å velge å bruke tolk i den ordinære videregående skole. Ungdom som ikke har tegnspråk som førstespråk, men som etter sakkyndig vurdering har behov for en slik opplæring, får de samme rettigheter til å velge. Vi gir også voksne som er tatt inn i videregående opplæring, den samme rett. Jeg mener dette er viktige framskritt for funksjonshemmede og deres rettigheter. Det gir bedre muligheter til å ta utdanning og kvalifisere seg for arbeidslivet, og det bedrer livskvaliteten.

Komiteen har delt seg i spørsmålet om hvorvidt det skal være en sakkyndig vurdering før fylkeskommunen gjør vedtak om opplæring på tegnspråk, og om hvordan en vil definere et tegnspråklig miljø. Kristelig Folkeparti er med i flertallet som ønsker en sakkyndig vurdering og en definering av et tegnspråklig miljø, som også inkluderer videregående skoler med knutepunktstatus for tegnspråkopplæring.

Kristelig Folkeparti mener en rett til videregående opplæring i og på tegnspråk skal sikre denne gruppen elever de ressurser som er nødvendig for å gi en god opplæring. Den sakkyndige vurderingen kan utrede og ta standpunkt til hvilke opplæringsbehov den tegnspråklige eleven har, og slik sikres en tilpasset opplæring. Disse elevene skal også ha rett til spesialundervisning dersom de ikke har, eller ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av

det vanlige opplæringstilbudet, slik § 5-1 i opplæringsloven gir.

En kritisk faktor for å gjøre retten til tegnspråkopplæring reell, er at vi har kvalifiserte lærere og døvetolker. Komiteen har merket seg departementets vurdering av at tilgangen er tilfredsstillende nok. Utdanningsinstitusjonene har også satt i gang tiltak for å bedre søkningen til utdanningene i tegnspråk, men det er viktig at departementet følger denne situasjonen nøye framover.

Komiteen har også funnet grunn til å minne Regjeringen om vedtaket i Stortinget våren 1998, om lovfestet rett til opplæring i punktskrift, og vi ber Regjeringen i dette arbeidet foreta en vurdering av organisering og økonomi ved en rettighetsfesting. Når Kristelig Folkeparti er med på dette vedtaket, er det fordi det innebærer en vurdering av alle muligheter og utfordringer knyttet til opplæring i punktskrift for blinde og svaksynte. Kristelig Folkeparti ønsker imidlertid å presisere at vi vil fortsette integreringen av denne gruppen i norsk skole, og vi vil reservere oss noe mot å trekke en parallell til opplæringen for tegnspråklige elever. Dette er imidlertid spørsmål vi må få lov til å gå grundigere inn i i forbindelse med den vurdering som Regjeringen nå blir bedt om.

Til slutt: Dagens endring av opplæringsloven omfatter også en del andre punkter som i hovedsak presiserer gjeldende regler, og jeg vil igjen henvise til innstillingen fra komiteen.

**Sigvald Oppebøen Hansen (A):** Det kan høyrast ut som at denne komiteen er samansett av representantar som er prega av forkjøling, og i så måte gjeld det også meg.

Nå er det om lag eitt år sidan opplæringslova blei vedteken her i Odelstinget, og dette dreiar seg altså om ei oppfølging av Stortingets tidlegare vedtak i Innst. S. nr. 275 for 1996-97. Det er ein milepæl for mange at Odelsstinget nå behandlar og vedtek endringar i lova som heimlar ein lovfesta rett til vidaregåande opplæring i og på teiknspråk. Det er naturleg å sjå ein slik rett i vidaregåande opplæring i samanheng med grunnskulen og ikkje minst i samanheng med at lova nå òg inkluderer vaksne som er tekne inn til vidaregåande opplæring utan rett til dette etter § 3-1.

Eg registrerer at det er ein stor mangel på utdanna tolkar. Derfor er det positivt at departementet nå arbeider for å få til ei betre tolkeutdanning og samtidig ei betre rekruttering. Eg vil oppmode statsråden om å forsere dette arbeidet.

Så vil eg slå eit slag for eit område som saksordførar ikkje kom inn på, nemleg leirskulane. På mange måtar er leirskulane framleis eit stebarn i det norske skulesystemet, trass i at dei fleste parti her i salen meiner at leirskulane er viktige – dei skal me ha.

Stortingets mål er at alle norske grunnskuleelevar skal få minst eitt leirskuleopphald i løpet av skuletida, fordi vi meiner at dette er eit godt pedagogisk tiltak. Og når me ser på aktiviteten, er det ingen tvil om at det er eit bra tiltak: Om lag 2 500 klassar reiser på leirskuleopphald kvart år.

Nå er det slik at leirskuleverksemda fekk eigne forskrifter i 1993. Det har vore viktig for å sikre og regulere denne verksemda. Regjeringas forslag om å tilsette det pedagogiske personalet i den kommunen leirskulen ligg, er positivt. Men ein uheldig sideverknad kan vere at den altfor låge kostnadsfaktoren i statstilskotet gjer at kommunane som har leirskular, faktisk blir straffa økonomisk og må løyve pengar over eige kommunebudsjett i tillegg til statsbudsjettet.

Dette var eit sidesprang, men det er eit viktig element i arbeidet for å sikre leirskulanes kompetanse og sikre rekrutteringa til dei. I og med at departementet vurderer det slik at dei ikkje har nokon heimel i lova for å utarbeide forskrifter, vil eg be statsråden om å følgje denne utviklinga nøye, og om nødvendig skaffe seg ein heimel i lova. Etter 25 år med altfor liten tryggleik bør nå leirskuleordninga få eit fundament som gir ein varig tryggleik.

**Ursula Evje (Frp):** I Ot.prp. nr. 78 foreslår departementet ganske kjekt at ungdom med tegnspråk som førstespråk får lovfestet rett til å velge vidaregåande opplæring i og på tegnspråk i et tegnspråklig miljø eller med tolk i vanlige vidaregåande skoler. Alt dette skjer etter innstilling og vedtak i Innst. S. nr. 275 for 1996-97.

Dette høres jo forlokkende ut, hadde departementet foreslått retten ubeskåret. Men det blir for mye! Av praktiske og økonomiske årsaker omfattes ikkje hørselshemmede lærlinger av denne retten. Hva betyr en slik avgrensning? Jo, i praksis må disse funksjonshemmede ungdommene i prinsippet velge enda smalere enn funksjonsfriske ungdommer for å få vidaregåande opplæring. De funksjonshemmedes rettigheter er etter dette ikkje ivaretatt av, som det står, «praktiske og økonomiske grunner». I stedet vises det til at det gis ekstralitiskudd for lærlinger med behov for tilrettelagt undervisning. Det kan i tillegg søkes om tilskudd for særlege utgifter osv. Etter Fremskrittspartiets oppfatning dreier disse formuleringene seg kun om økonomi og det faktum at det er en mangel på både tegnspråklige lærere og instruktører, for ikkje å snakke om tolker.

Først nå i 1999 sier man at organiseringen av skoletolkning for døve vil bli vurdert i samarbeid med Sosial- og Helsedepartementet. Det er vel noe sent når vi vet at vi har hatt mennesker med hørselshemming i dette landet i svært mange år. Har ikkje disse menneskene den samme verdien som oss tilsynelatende funksjonsfriske? Disse skal kunne gis et tilbud i et tegnspråklig miljø på skoleavdelinger i de spesialpedagogiske kompetansesentrene for hørselshemmede. Det er ikkje mer enn ett år siden vi gjorde noe med tanke på disse kompetansesentrene også, fordi det var et skrikende behov for å øke bemanningen ved PP-kontorene. Jeg behøver neppe å si noe mer om det.

Retten til å ta utdanning ved kompetansesentrene er igjen ytterligere avgrenset til de kurstilbudene som disse skolene gir. Dette gjelder for øvrig også for knutepunktskolene. Har ikkje disse elevene, med såpass mange problemer fra før, den aller minste rettighet og mulighet til å kunne foreta et tilnærmet fritt yrkesvalg? Eller er det

ikke så farlig fordi det ikke er så store muligheter for arbeid uansett?

Så til definisjonen av «det tegnspråklige miljø». Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti fant å måtte definere dette noe sterkere fordi det i realiteten kunne være hva som helst, og vi har lagt inn en helt klar lovformulering om dette i det forslaget som vil bli fremmet. – Det er ikke bare, bare.

Og så til det faktum at Stortinget i forbindelse med opplæringsloven faktisk gjorde et vedtak også når det gjaldt de synshemmede og blinde, noe som det kunne ha vært naturlig å ta med i denne sammenhengen. Det ble ikke gjort, så det var komiteen nødt til å finne frem og hekte på som et nytt punkt i utkastet til vedtak.

Når det gjelder leirskoler, vil Fremskrittspartiet vise til at det er innført et gratisprinsipp for grunnskolen. Leirskoler er imidlertid ikke gratis, de er avhengig av de enkelte foreldrepars økonomi, uansett om lærerne er ansatt i kommunen eller ikke. Dette gjør at barn i Norge – uavhengig av foreldrenes økonomi – ikke har lik rett til skoleing.

**Presidenten:** Skal representanten Ursula Evje ta opp forslag?

**Ursula Evje (Frp):** Jeg tar opp det forslag som Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti står sammen om.

**Presidenten:** Ursula Evje har tatt opp det forslaget hun refererte til.

**Inge Lønning (H):** Det er jo så vidt sjelden at Fremskrittspartiet og SV fremmer forslag i fellesskap at det er forståelig at representanten glemte å ta opp forslaget.

I alt vesentlig er det full enighet i komiteen om det som er hovedinnholdet i denne sak. Komiteen har bedt Regjeringen om å komme tilbake med et forslag til lov, og Regjeringen har utført oppdraget, så langt jeg kan se, i samsvar med det som var bestillingen fra komiteen.

Så er det en nyanseforskjell når det gjelder hvor langt man vil gå i retning av å detaljere og presisere uttrykket «teiknspråkleg miljø». Jeg ser vel for min del ikke det helt store behov for den kontroversen på det nåværende tidspunkt, for jeg forutsetter at hvis den formulering som er foreslått fra Regjeringens side, og som flertallet i komiteen slutter seg til, skulle skape problemer av nevneverdig omfang, må det være naturlig å komme tilbake til det på et senere tidspunkt.

Så en liten merknad til representanten Oppebøen Hansens hjertesukk – eller «sidesprang», kalte han det visst – når det gjaldt leirskolesaken. Representanten Oppebøen Hansen har rett i at det eksisterer problemer på dette området fordi kommunene er nødt til å bære en ikke ubetydelig del av kostnadene selv. Og det er også riktig, som representanten Oppebøen Hansen peker på, at dette kan slå uheldig ut – hvis man velger den lovformuleringen som er foreslått – for de kommunene som måtte være i den posisjon at de innenfor sine grenser har en leirskole,

eventuelt flere, som da blir pålagt ekstraomkostninger. Men det problemet kunne representanten løse meget enkelt ved å stemme for mindretallets forslag, for da vil ikke problemet være der i den form.

Det er ingen uenighet mellom flertall og mindretall om at leirskolene er viktige pedagogiske tilbud og gode pedagogiske tilbud. Uenigheten er hvorvidt det er formålstjenlig å binde personalet til et ansettelsesforhold i den kommunen hvor leirskolen ligger. Etter mindretallets oppfatning vil det skape en rigiditet i systemet som ikke er til det gode, verken for leirskolene eller for de kommunene som sitter med ansvaret for dem. Så på dette punkt vil jeg mene at henvisningen i innstillingen fra mindretallets side til uttalelsen fra Kommunal- og regionaldepartementet er ganske relevant. Jeg siterer:

«Vi ønsker at fagdepartementene er restriktive i forhold til å foreslå mange og detaljerte krav til kommunens virksomhet.»

Dette forslaget kommer etter mitt skjønn helt klart under kategorien «for mange og for detaljerte krav til kommunens virksomhet».

**Rolf Reikvam (SV):** Det innlegget vi nettopp hørte, var vel et typisk innlegg for Inge Lønning. Her behandler vi en viktig lovendring, som omfatter en minoritetsgruppe, og så bruker han én setning på den og er litt morsom fordi Fremskrittspartiet og SV står sammen. Resten av tiden bruker han til å snakke om leirskole, som er en ubetydelighet i forhold til det saken dreier seg om.

Det saken dreier seg om, er å gi rettigheter til en gruppe som pr. i dag ikke har disse. Ved denne lovendringen skal de få rett til å velge opplæringstilbud. Det gjelder ungdom som har tegnspråk som førstespråk, og det gjelder ungdom som *ikke* har tegnspråk som førstespråk, men som etter sakkyndig vurdering også skal få rett til å velge hvor de vil ta opplæringen.

Jeg er glad for den presiseringen som komiteen har gjort i innstillingen, en presisering som kom etter at vi hadde tatt opp et annet forslag, som ikke fikk flertall, men som gikk noe lenger. I tillegg har komiteen i dette forslaget presisert at ordningen også gjelder voksne som har tegnspråk som førstespråk, eller som vil ha bruk for tegnspråk.

Jeg beklager at vi ikke har fått flertall for forslaget til definisjon av tegnspråklig miljø – det var jo det som Inge Lønning syntes det var morsomt at SV og Fremskrittspartiet stod sammen om. Jeg er ikke sikker på at Inge Lønning har oppdaget hva forskjellen består i. Det som Fremskrittspartiet og SV sier, er at med vår definisjon av tegnspråklig miljø utvider vi elevenes valgmuligheter i forhold til dagens system. Det er det vi gjør. I den lovteksten som Høyre går inn for, har man definert tegnspråklig miljø som et miljø hvor de har tilrettelagte tilbud. En ordinær videregående skole med tilrettelagte tilbud er definert som tegnspråklig miljø.

Vi ønsker å definere tegnspråklig miljø til å omfatte tradisjonelle kompetansesentre. Og det har noe med synet på utdanning å gjøre, det har noe med synet på opplæring å gjøre. Opplæring er ikke bare noe som bare fore-

går i en bestemt undervisningssituasjon. Det er det samlede miljøet som elevene går i, og der de skal fungere, som vil være elevenes opplæringsmiljø. Og da er det viktig, i det miljøet de går i, og det miljøet de skal være i, at de fleste som de skal kommunisere med, kan kommunisere med dem, dvs. at de bruker tegnspråk som språk.

Vi sier ikke med dette forslaget at elevene *skal* gå der, men vi sier at elevene skal ha denne valgmuligheten, og det er noe overraskende at Høyre, som er opptatt av valgmuligheter, ikke støtter dette forslaget. For vi har faktisk eksempler på at elever har ønsket å gå på et kompetansesenter, men fylkeskommunen har sagt at vi har en knutepunktstusjon, det er det tilbudet vi har, og det må dere velge – selv om elevene ønsker sterkt å gå på et kompetansesenter og leve i dette tegnspråklige miljøet. Det overrasker meg som sagt at Høyre ikke vil være med på dette forslaget, for å utvide elevenes valgmulighet.

Ursula Evje har vel tatt opp fellesforslaget til nytt andre ledd, så jeg slipper å gjøre det.

**Presidenten:** Ja, det er allerede gjort.

**Statsråd Jon Lilletun:** Hovuddelen i den lovproposisjonen som er lagt fram, som no skal behandlast, gjeld forslag til lovendringar som vil gje individuelle rettar for døve og sterkt tunghøyrede ungdommar i den vidaregåande skulen. Lovforslaget er ei oppfylgning av vedtak i Stortinget, jf. Innst. S. nr. 275 for 1996-97.

Eg er samd med dei som har sagt at dette er ein historisk og viktig dag, med vidareføring av rettar som før har vore i grunnskulen, som no òg kjem i vidaregåande skule.

Forslaget inneber at ungdom som har teiknspråk som fyrstespråk, vil få lovfesta rett til å velje vidaregåande opplæring i og på teiknspråk i eit teiknspråkleg miljø eller vidaregåande opplæring med bruk av tolk i ordinære vidaregåande skular. Før fylkeskommunen gjer vedtak om slik opplæring, skal det ligge føre ei sakkunnig vurdering.

Når det gjeld målgruppa for retten, er utgangspunktet i lovforslaget at retten skal gjelde døve og sterkt hørselshemma ungdom som har rett til vidaregåande opplæring etter opplæringslova § 3-1, og som har teiknspråk som fyrstespråk. Det er den einskilde si eiga oppfatning av språkleg identitet som er avgjerande for retten. Dersom ein søkjar skulle vere i tvil om språkvalet, vil den sakkunnige instansen kunne vurdere dette i samråd med søkjaren. Elevar som ikkje har teiknspråk som fyrstespråk, men som likevel har behov for teiknspråkopplæring, vil kunne få slik opplæring med heimel i reglane om spesialundervisning i kapittel 5 i opplæringslova.

Eg registrerer at komiteen allereie no går inn for at lovforslaget skal omfatte vaksne. I St.meld. nr. 32 for 1998-99, Videregående opplæring, gjorde departementet framlegg om at vaksne som vert tekne inn til vidaregåande opplæring, skal gjevast individuell rett til å fullføre opplæringsløpet på same vilkår som dagens rettselevar. Eg såg det i utgangspunktet slik at rettar for vaksne burde innførast samla ved behandling av St.meld. nr. 32, men eg tek sjølvstøtt komiteens forslag til etterretning.

Dei som ynskjer å få opplæring i eit teiknspråkleg miljø, vil kunne få dette i skuleavdelingane ved kompetansesentra for hørselshemma og ved nokre fylkeskommunale knutepunktskular. Dette er ordinære fylkeskommunale vidaregåande skular som har særleg kompetanse og tilrettelagde opplæringstilbod for døve og sterkt tunghøyrede elevar og for hørselshemma.

Det er sett i gang ulike tiltak i samband med lovforslaget. Dette gjeld m.a. utvikling av læreplanar og læremiddel og kompetanseheving av lærarar. I tillegg vert det arbeidd med utvikling og samordning av kurstilbod og betalingssordningar i tilknytning til retten. Departementet tek sikte på at retten etter lovforslaget kan setjast i verk frå og med skuleåret 2000-2001.

Så litt om punktsskrift. Komiteen viser til Stortingets vedtak ved behandlinga av Innst. O. nr. 70 for 1997-98:

«Stortinget ber Regjeringen fremme sak om lovfestet rett til opplæring i punktsskrift.»

Komiteen ber om at dette vedtaket vert fylgt opp snarast.

Departementet er i startfasen med å utgreie spørsmålet om lovfesta rett til opplæring i punktsskrift, og tek sikte på at det kan leggjast fram lovproposisjon om dette våren 2000.

Komiteen har i innstillinga kome med forslag om dette vedtaket:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding basert på en vurdering av organiseringen og økonomien forbundet med en rettighetsfestet adgang til opplæring i punktsskrift for svaksynte og blinde som tillegg til ordinær undervisning for blinde og svaksynte. Opplæringen skal foregå enten i punktsskriftmiljø eller integrert i den ordinære skole etter elevens eget ønske.»

Eg har merka meg dette, og finn det mest naturleg å kome tilbake til desse vurderingane i lovproposisjonen om rett til opplæring i punktsskrift. Ein slik lovproposisjon vil innehalde vurderingar av kostnadene ved ei slik lovfesting, i tillegg til ein gjennomgang av kva slags organisering som vil vere den mest høvelege.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 729)

Etter at det var ringt til votering i fem minutter, uttalte **presidenten:** Odelstinget skal votere i sakene nr. 1-4.

#### Votering i sak nr. 1

**Presidenten:** Under debatten er det satt frem fem forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra John I. Alvheim på vegne av Framskrittspartiet og Høyre
- forslagene nr. 2 og 5, fra John I. Alvheim på vegne av Framskrittspartiet
- forslagene nr. 3 og 4, fra Annelise Høegh på vegne av Høyre

Forslagene nr. 1-4 er inntatt i innstillingen, mens forslag nr. 5 er omdelt i salen.

Forslag nr. 4, fra Høyre, lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i tråd med anbefalingene i NOU 1997:18, Prioritering på ny, opprette representative faggrupper som skal gi råd om prioritering innen eget fagfelt, og et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper.»

Dette forslaget blir å oversende Stortinget i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

I o v  
om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

## Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

### § 1-1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

**Presidenten:** Til første punktum foreligger to avvikende forslag.

Det er forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet, og forslag nr. 3, fra Høyre.

Forslaget fra Fremskrittspartiet lyder:

«I lov om pasientrettigheter skal følgende bestemmelser lyde:

§ 1-1 første punktum skal lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten inkludert eldreomsorgen og spesialisthelsetjenesten.»

Forslaget fra Høyre lyder:

«I lov om pasientrettigheter skal § 1-1 første punktum lyde:

Lovens formål er å sikre befolkningen rett til helsehjelp og lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

Presidenten vil først la votere over forslaget fra Fremskrittspartiet, og deretter alternativt mellom innstillingen og forslaget fra Høyre.

Fremskrittspartiet har varslet at de støtter Høyres forslag subsidiært.

V o t e r i n g :

1. Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 63 mot 12 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 21.01.44)
2. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 1-1 første punktum og forslaget fra Høyre bifaltes komiteens innstilling med 53 mot 22 stemmer.  
(Voteringsutskrift kl. 21.02.13)

**Presidenten:** Det voteres så over § 1-1 andre punktum.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Videre var innstillet:

### § 1-2 Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. I den utstrekning det bestemmes av Kongen i forskrift gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

### § 1-3 Definisjoner

I loven her menes med

- a) pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- b) pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge;
- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;
- d) helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten;
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Presidenten vil så la votere over § 2-1 og § 2-3. § 2-2 vil presidenten komme tilbake til.

Komiteen hadde innstillet:

## Kapittel 2 Rett til helsehjelp

### § 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

### § 2-3 Rett til fornyet vurdering

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand.

**Presidenten:** Her foreligger et avvikende forslag, nr. 1, fra Fremskrittspartiet og Høyre:

«I lov om pasientrettigheter skal følgende bestemmelser lyde:

§ 2-1 skal lyde:

§ 2-1 *Rett til helsehjelp*

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist.

Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten inen samme kostnadsramme rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning.

Proposisjonens forslag til §§ 2-1, 2-2 og 2-3 blir henholdsvis § 2-2, § 2-3 og § 2-4.

§ 2-3 skal lyde:

§ 2-3 *Rett til fornyet vurdering*

Pasienten har uten henvisning fra allmennlege rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten.»

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

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre bifaltes innstillingen med 53 mot 22 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 21.02.58)

Videre var innstillet:

### § 2-4 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpsikiatriske senter behandlingen skal

foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

**Presidenten:** Her foreligger et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet.

Forslaget lyder:

«§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 *Rett til valg av sykehus*

Pasienten har rett til valg av behandlingssted som omfattes av de offentlige helseplaner inkludert private spesialister med driftsavtaler. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Reiseutgifter ved fritt sykehusvalg dekkes av Rikstrygdeverket, fylkeskommunen og pasienten med en tredjedel hver. Pasientens andel begrenses oppad til kr 400, det øvrige deles likt mellom Rikstrygdeverket og fylkeskommunen.»

Høyre har varslet at de går imot andre ledd. Det votes derfor først over forslaget fra Fremskrittspartiet, så over komiteens innstilling til første ledd, og til sist over komiteens innstilling til tredje ledd.

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

1. Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 63 mot 12 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 21.03.37)
2. Komiteens innstilling til § 2-4 første ledd bifaltes enstemmig.
3. Komiteens innstilling til § 2-4 andre ledd bifaltes med 65 mot 10 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 21.04.09)

**Presidenten:** Presidenten vil så la votere over § 2-2 og § 2-5.

Komiteen hadde innstillet:

### § 2-2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

### § 2-5 Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.



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

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

**Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon****§ 3-1 Pasientens rett til medvirkning**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

**§ 3-2 Pasientens rett til informasjon**

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

**§ 3-3 Informasjon til pasientens nærmeste pårørende**

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

**§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig**

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, gjelder første, annet og tredje ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

**§ 3-5 Informasjonens form**

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.

**§ 3-6 Rett til vern mot spredning av opplysninger**

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

**Kapittel 4 Samtykke til helsehjelp****§ 4-1 Hovedregel om samtykke**

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

**§ 4-2 Krav til samtykkets form**

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Departementet kan gi forskrifter om krav til skriftlighet eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

#### § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og
- b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som angitt i § 4-8.

#### § 4-4 Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. annet ledd, høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

#### § 4-5 Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn mellom 16 og 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Helsehjelp kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

#### § 4-6 Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Annen helse-

hjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket.

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

#### § 4-7 Om pasienter som er umyndiggjort

Pasient som er umyndiggjort etter lov av 28. november 1898, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av den umyndiggjorte.

#### § 4-8 Om pasienter uten samtykkekompetanse som ikke har nærmeste pårørende

Den som yter helsehjelp, kan i samråd med annet kvalifisert helsepersonell samtykke til helsehjelp for pasienter som mangler samtykkekompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

#### § 4-9 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

**Presidenten:** Her foreligger det to avvikende forslag fra Fremskrittspartiet, forslagene nr. 2 og 5. Forslag nr. 5 erstatter forslaget som står i innstillingen under forslag nr. 2 når det gjelder § 4-9 første ledd.

Forslag nr. 2 lyder:

«§ 3-4 skal lyde:

*§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig*

Er pasienten under 18 år skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 18 år etter barnevernlovens § 4-8 eller § 4-12, gjelder tilsvarende for barneverntjenesten.

§ 3-6 andre ledd skal lyde:

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, informeres om at opplysningene er gitt, og hvilke opplysninger det dreier seg om.

§ 4-1 første ledd skal lyde:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens informerte samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller

annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må det dokumenteres at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

§ 4-3 første ledd skal lyde:

Rett til samtykke til helsehjelp har myndige personer med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

§ 4-4 første og andre ledd skal lyde:

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 18 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp. »

Forslag nr. 5 lyder:

«§ 4-9 første ledd skal lyde

Pasienten har ikke rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.»

Presidenten lar først votere alternativt mellom de respektive paragrafer og ledd i innstillingen og forslagene fra Fremskrittspartiet. Når det gjelder § 3-6, voteres det alternativt mellom andre og tredje ledd i innstillingen og andre ledd i forslag nr. 2.

Deretter voteres det over § 4-5 tredje ledd. Fremskrittspartiet har her varslet at de vil stemme imot.

Til slutt voteres det over de øvrige paragrafer og ledd under kapitlene 3 og 4.

### V o t e r i n g

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til §§ 3-4, 3-6 andre og tredje ledd, 4-1 første ledd, 4-3 første ledd, 4-4 første og andre ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet, nr. 2 og mellom komiteens innstilling til § 4-9 første ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet, nr. 5, bifaltes innstillingen med 63 mot 11 stemmer.  
(Voteringsutskrift kl. 21.05.40)
2. Komiteens innstilling til § 4-5 tredje ledd bifaltes med 64 mot 11 stemmer.  
(Voteringsutskrift kl. 21.06.08)
3. Komiteens innstilling til de øvrige paragrafer og ledd under kapitlene 3 og 4 bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

### Kapittel 5 Rett til journalinnsyn

#### § 5-1 Rett til innsyn i journal

Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

#### § 5-2 Retting og sletting av journal

Pasienten eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

#### § 5-3 Overføring og utlån av journal

Pasienten har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel. Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

### Kapittel 6 Barns særlige rettigheter

#### § 6-1 Barns rett til helsekontroll

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-2.

#### § 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.

#### § 6-3 Barns rett til aktivitet i helseinstitusjon

Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand.

#### § 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon

Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om grunnskolen.

Ungdom har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om videregående opplæring.

Førskolebarn har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om grunnskolen.

## Votering:

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

### Kapittel 7 Klage

#### § 7-1 Anmodning om oppfyllelse

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens representant etter første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

#### § 7-2 Klage

Dersom den som yter helsehjelp, avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det klages til fylkeslegen. Klagen sendes til fylkeslegen.

Reglene i § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende for klage etter denne paragraf.

#### § 7-3 Klagens form og innhold

Klage til fylkeslegen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter fylkeslegen en kort frist for rettelser eller utfylling.

#### § 7-4 Anmodning om administrativ reaksjon

Pasienten eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om at helsepersonell ilegges administrativ reaksjon etter helsepersonelloven § 72. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

#### § 7-5 Frist for anmodning og klage

Fristen for anmodning etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Fristen avbrytes når anmodningen er fremmet.

Fristen for å klage til fylkeslegen etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

#### § 7-6 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage gjelder så langt de passer for fylkeslegens behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

### Kapittel 8 Pasientombud

#### § 8-1 Formål

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

#### § 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Alle fylkeskommuner skal ha et pasientombud. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

#### § 8-3 Rett til å henvende seg til pasientombudet

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

#### § 8-4 Behandling av henvendelser

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

#### § 8-5 Pasientombudets rett til å få opplysninger

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Reglene i tvistemålsloven § 204 til § 209 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

#### § 8-6 Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

Pasientombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

#### § 8-7 Pasientombudets oppgaver

Pasientombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasientombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

## § 8-8 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasientombud.

**Presidenten:** Her foreligger et avvikende forslag, nr. 2, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«§ 7-1 skal lyde:

## § 7-1 Klagerett

Avgjørelse etter § 2-1 kan påklages av pasient eller av pårørende når disse på egenhånd har søkt om helsehjelp pga. omsorg for pasient.

Pasient som har fått avslag på krav om vurdering etter § 2-2 på krav om fornyet vurdering etter § 2-3 eller på ønske om å bytte sykehus etter § 2-4 kan påklage avgjørelsen.

Pasient eller pårørende som mener bestemmelsen om rett til medvirkning og rett til informasjon, rett til innsyn, retting og sletting av journal og rett til selvbestemmelse ikke er overholdt, kan klage over brudd over helsepersonells plikter etter helsepersonelloven.

§ 8-1 skal lyde:

## § 8-1 Formål

Pasientombudet skal arbeide for at pasienter ikke utsettes for urett og for at helsepersonell ikke forsømmer sine plikter. Dessuten skal pasientombudet arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig og har taushetsplikt etter helsepersonelloven.

§ 8-2 skal lyde:

## § 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Ombudene skal være et statlig ansvar med ombud i samtlige av landets fylkeskommuner. Pasientombudenes ansvar og arbeidsområde skal omfatte spesialisthelsetjenesten, både somatikk og psykiatri, og primærhelsetjenesten.

§ 8-7 sjettede ledd skal lyde:

Pasientombudet skal kunne treffe enkeltvedtak i saker regulert ved forskrifter.»

Det voteres alternativt mellom de respektive paragrafer og ledd i innstillingen og forslaget fra Fremskrittspartiet, deretter over de øvrige paragrafer og ledd under kapitlene 7 og 8.

## V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til §§ 7-1, 8-1, 8-2 og 8-7 sjettede ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet bifaltes innstillingen med 64 mot 11 stemmer.  
(Voteringsutskrift kl. 21.07.05)
2. Komiteens innstilling til de øvrige paragrafer og ledd under kapitlene 7 og 8 bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

**Kapittel 9 Ikrafttredelse og endringer i andre lover**

## § 9-1 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

## § 9-2 Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft gjøres følgende endringer i andre lover:

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5-16 siste ledd lyde:

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i denne paragrafen, om dekning av utgifter ved valg av sykehus etter pasientrettighetsloven, og om stønad til luftambulansetransport når selskapet ikke har avtale med trygden.

## 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. 2

**Presidenten:** Under debatten har Ulf Erik Knudsen på vegne av Fremskrittspartiet satt fram følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen snarest legge frem forslag om lovrevisjon der medlemskap i studentsamskipnaden gjøres frivillig.»

Dette forslaget blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende Stortinget.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

## L o v

om endringer i lov av 28. juni 1996 nr. 54 om studentsamskipnader.

## I.

I lov av 28. juni 1996 nr. 54 om studentsamskipnader gjøres følgende endringer:

§ 6 andre ledd skal lyde:

Studentene skal være representert i styret. Dersom de ønsker det, kan studentene velge å ha flertall av stemmene i styret.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 12 skal lyde:

Alle studenter skal betale en semesteravgift til studentsamskipnaden. En student kan ikke tilpliktes å betale semesteravgift til mer enn en studentsamskipnad for samme tidsrom.

*Sammen med semesteravgiften kan det kreves inn bidrag til studentbasert internasjonalt hjelpearbeid. Bidrag til studentbasert internasjonalt hjelpearbeid skal være frivillig.*

Vedkommende utdanningsinstitusjon har ansvar for å kreve inn semesteravgift og bidrag til studentbasert internasjonalt hjelpearbeid etter forskrift gitt av departementet. Dersom studentene ikke gis adgang til å reservere seg mot innbetaling av bidrag til internasjonalt hjelpearbeid i forbindelse med innbetalingen, skal de kunne kreve refusjon i ettertid.

Den som ikke betaler semesteravgiften, får ikke adgang til eksamen ved utdanningsinstitusjonen.

Styret fastsetter hvor stor semesteravgiften skal være. Alle vedtak som vedrører fastsettelse og økning av semesteravgiften skal godkjennes av departementet.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet har varslet at de går mot.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 64 mot 11 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 21.08.36)

Videre var innstillet:

## II.

Loven trer i kraft straks.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**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. 3

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

## L o v

om endringer i lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler.

## I.

I lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler gjøres følgende endringer:

Ny § 2a skal lyde:

§ 2a Forsøksvirksomhet

*Departementet kan, etter innstilling fra styret, vedta at det kan gjøres avvik fra loven og forskriftene til loven i forbindelse med tidsavgrensede pedagogiske eller organisatoriske forsøk.*

§ 39 nr. 1 skal lyde:

Når kapasitetshensyn eller ressurs-hensyn krever det, kan Kongen etter forslag fra styret, regulere adgangen til det enkelte studium eller deler av det. *Regulering av opp-tak til universitetene skal skje i tråd med retningslinjer som er forelagt Stortinget.*

§ 57 nr. 3 skal lyde:

Departementet kan gi *institusjoner* som driver høgre utdanning og forskning/kunstnerisk utviklingsarbeid, løyve til å bruke tittel som er vernet etter nr. 1 og 2. Ikke-statlig institusjon som er godkjent etter reglene i lov av 11. juni 1986 nr. 53 kan bruke tittel som er nevnt etter nr. 1. Bedømmelsen av kvalifikasjonene skal i det vesentlige være den samme som ved institusjon som går inn under denne lov.

Ny § 57a skal lyde:

§ 57a Bevilling som statsautorisert translatør

*Departementet gir bevilling som statsautorisert translatør. Departementet kan gi forskrifter om vilkårene knyttet til slik bevilling. Tittelen statsautorisert translatør kan bare benyttes av den som er gitt bevilling i henhold til denne bestemmelse.*

## II.

Loven trer i kraft straks.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**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. 4*

**Presidenten:** Under debatten har Ursula Evje på vegne av Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti satt fram det forslaget, som er inntatt på side 3 i innstillingen.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slike vedtak:

A .

L o v

om endringar i lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova).

I.

I lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa blir det gjort følgjande endringar:

§ 1-1 tredje leddet skal lyde:

For grunnskoleopplæring og vidaregåande opplæring spesielt organisert for vaksne som kommunen eller fylkeskommunen har ansvaret for, gjeld §§ 1-2, 1-3, 2-3 andre leddet, 3-1 sjuande leddet, 3-4 første leddet, 7-5, 10-1, 10-8, 13-5, 14-1, 15-1 første leddet og 15-2. For spesialundervisning for vaksne etter § 5-2 gjeld kapittel 5.

§ 2-3 andre leddet skal lyde:

Departementet gir forskrifter om fag- og timefordeling, sentrale arbeidsmåtar og kunnskaps- og ferdighetsmål og hovudmoment i opplæringa i dei einskilde faga, knytta til hovudstega i grunnskolen (læreplanar). Departementet gir forskrifter om vurdering av elevar og privatistar, og klage på vurdering, om eksamen og om dokumentasjon.

Overskrifta til § 2-6 skal lyde:

*Teiknspråkopplæring i grunnskolen*

§ 2-6 nytt fjerde ledd skal lyde:

*Før kommunen gjer vedtak etter første og tredje leddet, skal det liggje føre ei sakkunnig vurdering.*

§ 3-3 sjettede leddet skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter om avvik frå denne opplæringsordninga for særskilde, små fag, for fag med særskilt store krav til teori, for fag med særskilde sertifiseringskrav, for lærlingar som ikkje fell inn under § 3-1 og for lærlingar med særskilde behov. Departementet gir forskrifter om kva fag som skal ha læretid i bedrift.

§ 3-4 første leddet skal lyde:

Departementet gir forskrifter om kurstilbod, fag- og timefordeling og om læreplanar som fastset innhaldet i opplæringa og korleis opplæringa skal gjennomførast. Departementet gir forskrifter om vurdering av elevar, lærlingar og privatistar, om klage på vurdering, om eksamen, om fag- og sveineprøve og om dokumentasjon. Departementet gir forskrifter om godskriving av tidlegare gjennomgådd opplæring eller praksis.

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

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

Ny § 3-9 skal lyde:

*Teiknspråkopplæring i den vidaregåande skolen*

*Ungdom som har rett til vidaregåande opplæring etter § 3-1 og som har teiknspråk som førstespråk, eller som etter sakkunnig vurdering har behov for slik opplæring, har rett til å velje vidaregåande opplæring i og på teiknspråk i eit teiknspråkleg miljø etter andre leddet, eller rett til å velje å bruke tolk i ordinære vidaregåande skolar. Det same gjeld vaksne som er tekne inn til vidaregåande opplæring utan rett etter § 3-1. Før fylkeskommunen gjer vedtak om slik opplæring, skal det liggje føre ei sakkunnig vurdering.*

*Med teiknspråkleg miljø er meint skolar som har tilrettelagde opplæringstilbod i og på teiknspråk for hørselsheima elevar.*

*Retten til opplæring i og på teiknspråk etter andre leddet er avgrensa til dei kurstilboda desse skolane gir. Delar av dette opplæringstilbodet kan givast med tolk.*

*Omfanget av opplæringa i tid og innhaldet i opplæringa blir fastsett i forskrifter etter § 3-2 og § 3-4 i denne lova.*

*Departementet kan gi nærmare forskrifter, mellom anna om inntak.*

**Presidenten:** Til andre ledd foreligger et avvikende forslag fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«§ 3-9 andre ledd skal lyde:

Med teiknspråkleg miljø er meint skolen der teiknspråk er hovudspråket, og der alle tilboda er tilrettelagde for hørselsheima.»

Det voteres først alternativt mellom innstillingens andre ledd og dette forslaget, deretter over komiteens innstilling til de øvrige ledd.

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

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til § 3-9 andre ledd og forslaget fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti bifaltes innstillingen med 57 mot 16 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 21.10.32)

2. Komiteens innstilling til de øvrige ledd i § 3-9 bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 10-3 skal lyde:

*Personell ved leirskolar*

*Undervisningspersonalet ved leirskolar med fast pedagogisk bemanning skal vere tilsett i den kommunen der leirskolen ligg. Departementet kan gi forskrifter om kompetansekrav for personalet ved faste leirskolestader.*

**Presidenten:** Fremskrittspartiet og Høyre har varslet at de går imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 51 mot 22 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 21.11.07)

Videre var innstillet:

II.

Lova tek til å gjelde frå den tida Kongen fastset. Det kan fastsetjast at dei ulike reglane i lova skal ta til å gjelde frå ulik tid.

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.

Videre var innstillet:

B .

Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding basert på en vurdering av organiseringen og økonomien forbundet med en rettighetsfestet adgang til opplæring i punktskrift for svaksynte og blinde som tillegg til ordinær undervisning for blinde og svaksynte. Opplæringen skal foregå enten i punktskriftmiljø eller integrert i den ordinære skole etter elevens eget ønske.

**Presidenten:** B blir i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende Stortinget.

S a k n r . 5

*Referat*

**Presidenten:** Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 21.10.

---