

Møte tirsdag den 16. februar kl. 10President: **K i r s t i K o l l e G r ø n d a h l**

D a g s o r d e n (nr. 52)

- Innstilling frå sosialkomiteen om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 (Deltaking og likestilling) (Innst. S. nr. 85 (1998-99), jf. St.meld. nr. 8 (1998-99))
- Interpellasjon fra representanten John I. Alvheim til sosialministeren:
«Ca. 200 sterkt syke og nedkjørte narkomane døde av overdose i 1998, det høyeste antall overdosedødsfall i Norge på ett år. Det kan bli like mange og kanskje flere slike dødsfall i 1999 om ikke ekstraordinære tiltak settes inn på gateplanet i Oslo umiddelbart.
Vil statsråden som representant for en Regjering som flagger menneskeverd og livskvalitet høyt, også inkludere de narkomanes krav om livskvalitet ved snarest å sørge for konkrete og differensierte hjelpetiltak på gateplanet i Osloregionen?»
- Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem lovforslag som forbyr omskjæring av guttebarn, som ikke har medisinske årsaker (Innst. S. nr. 82 (1998-99), jf. Dokument nr. 8:6 (1998-99))
- Referat

*Minnetale over tidligere stortingsrepresentant Martin Skaaren***Presidenten:** Ærede medrepresentanter!

Tidligere stortingsrepresentant Martin Magnus Skaaren er død, nær 94 år gammel.

Skaaren var født 30. april 1905 i Sør-Trøndelag. Allerede i 1920 begynte han som aktiv fisker. I tillegg drev han småbruket Skåren, der han bodde hele sitt liv. Martin Skaaren kom tidlig med i kommunalpolitikken som representant for Høyre. Allerede i 1931 ble han medlem av skolestyret. Fra 1935 var han medlem av Kvenvær kommunestyre og formannskap. Disse vervene hadde han uavbrutt helt fram til 1961. Han ble oppnevnt som ordfører ved frigjøringen i 1945 og var senere valgt ordfører i årene 1946-61. I tillegg hadde Martin Skaaren en lang rekke kommunale, fylkeskommunale og andre offentlige verv. Han var politisk aktiv langt inn i pensjonisttilværelsen.

Ved valget i 1961 ble Martin Skaaren valgt til Stortinget for Høyre fra Sør-Trøndelag. Han ble gjenvalgt i 1965, men i 1969 frasa han seg gjenvalg til tross for at alt lå til rette for renominasjon uten motkandidat. På Stortinget var Martin Skaaren hele tiden medlem av kommunalkomiteen – en komite som var som skapt for en person med så lang erfaring fra kommunalpolitikken. Han var naturlig nok spesielt opptatt av spørsmål som hadde med utkantdistriktenes – og særlig kystbefolkningens – interesser å gjøre. I 1960-årene var diskusjonen om kommunesammenslutninger en stor sak i Stortinget. Martin

Skaaren var i ettertid svært fornøyd med at han, som talsmann for mindretallet i kommunalkomiteen, klarte å få flertall for å beholde Ørland, Bjugn og Rindal som selvstendige kommuner. Han var også en sterk forkjemper for en rask utbygging av elektrisitetsforsyningen i utkantdistriktene.

Martin Skaaren haget ikke etter personlig PR, men han var genuint opptatt av å være en ombudsmann for sitt fylke og for Sør-Trøndelags innbyggere. Gjennom sine åtte år på Stortinget arbeidet han utrettelig med å ordne vanskelige saker for kommuner og enkeltpersoner, ikke minst overfor departementene.

Martin Skaaren var en godviljens mann, lite opptatt av å score politiske poenger, men desto mer innstilt på å finne praktiske løsninger på tingene. Han hadde venner i Stortinget på tvers av alle partilinjer og nøt stor respekt for sitt arbeid som en god ambassadør for sitt valgdistrikt.

Vi minnes Martin Skaaren og lyser fred over hans minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

Presidenten: Representantene Ulf Erik *Knudsen*, Øystein *Djupedal* og Dag Terje *Andersen*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Torstein *Rudihagen* fra og med 16. februar og inntil videre
- fra Kristelig Folkepartis stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Anne Brit *Stråtveit* fra og med tirsdag 16. februar og inntil videre

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

- Søknadene behandles straks og innvilges.
- Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
For Vest-Agder fylke: Sigmund *Kroslid*
For Oppland fylke: Kjell Ivar *Fossnes*
- Sigmund *Kroslid* og Kjell Ivar *Fossnes* innvelges i Lagtinget for den tid de møter for representantene Anne Brit *Stråtveit* og Torstein *Rudihagen*.

Presidenten: Sigmund *Kroslid* og Kjell Ivar *Fossnes* er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresident

Presidenten: Presidenten vil forslå at det velges en settepresident for Stortingets møte i dag – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresident.

Tom Thoresen (A): Jeg foreslår Oddbjørg Ausdal Starrfelt.

Presidenten: Oddbjørg Ausdal Starrfelt er foreslått som settepresident. – Andre forslag foreligger ikke, og

Oddbjørg Ausdal Starrfelt er enstemmig valgt som settepresident for dagens møte.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

Presidenten: Representanten Annelise Høegh vil fremsette et privat forslag.

Annelise Høegh (H): På vegne av Per-Kristian Foss og meg selv vil jeg fremsette et forslag om endring i verdipapirfondloven slik at det gis adgang til å opprette ideelle verdipapirfond.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1

Innstilling frå sosialkomiteen om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 (Deltaking og likestilling) (Innst. S. nr. 85 (1998-99), jf. St.meld. nr. 8 (1998-99))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 15 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 25 minutter, Fremskrittspartiet 10 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Høyre 10 minutter, Senterpartiet 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Venstre 5 minutter og Tverrpolitisk Folkevalgte 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker 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.

– Det anses vedtatt.

Bendiks H. Arnesen (A) (ordfører for saken): Stortinget behandlet for mindre enn et år siden resultater og erfaringer med de to foregående handlingsplaner for funksjonshemmede. Komiteen ser positivt på at handlingsplanen denne gang legges fram som stortingsmelding, og komiteen finner at den foreliggende handlingsplanen gir en god analyse og beskrivelse av dagens situasjon for mennesker med funksjonshemming.

De to tidligere perioder med handlingsplaner for funksjonshemmede har vært av stor betydning for å synliggjøre funksjonshemmedes levekår. Disse to planperiodene har lagt et godt grunnlag for den foreliggende plan og for komiteens arbeid med denne.

La meg understreke at også ved denne behandlingen av spørsmål knyttet til funksjonshemmede har jeg opplevd et stort engasjement fra alle partier for å finne gode løsninger på de store oppgavene som ligger foran oss.

Den foreliggende innstilling bærer preg av stor enighet om hovedtrekkene i planen. Handlingsplanen inneholder fire satsingsområder:

- et tilgjengelig samfunn
- planlegging og brukermedvirkning
- funksjonshemmedes rettigheter
- yrkesaktivitet for funksjonshemmede

I høringer med de funksjonshemmedes organisasjoner har jeg også fått et klart inntrykk av at dette er i tråd med det de ser som de viktigste satsingsområdene.

La meg understreke at disse fire hovedområdene har et svært omfattende innhold. Det er like gjerne først som sist grunn til å minne om at vi ennå har langt igjen før vi når de mål som her er satt. Det må gjøres en stor innsats i tida som kommer for å sikre nok ressurser til at planen kan gjennomføres i tråd med de lovnadene som her foreligger. Målet med denne innsatsen må være å utvikle godt tilrettelagte ordninger i samfunnet for alle, sånn at det blir minst mulig behov for tilrettelegging for den enkelte.

I de tilfeller det er nødvendig med spesialordninger, må dette etableres i et nært samarbeid med den enkelte funksjonshemmede selv, på en måte som gir størst mulig grad av selvstendighet og som medvirker til bedre livskvalitet. Dette er det full enighet om i komiteen, og jeg synes vi er godt i gang med å nå disse målene.

La meg også få understreke at uten de funksjonshemmedes organisasjoners konstruktive og oversiktlige innspill hadde dette arbeidet blitt langt vanskeligere. Organisasjonene har store kunnskaper om og god oversikt over muligheter og utfordringer. For komiteen har denne informasjonen vært meget nyttig.

Komiteen er tilfreds med at brukermedvirkning i så stor grad er trukket fram som et grunnleggende prinsipp. Funksjonshemmede skal, som andre, delta i utformingen av det samfunnet vi alle skal leve i. Mennesker med funksjonshemming skal ha de samme mulighetene, rettighetene og pliktene i samfunnet som alle andre.

Komiteen ser det som viktig å fjerne hindringer for deltakelse enten det angår transport, utdanning, fritidstilbud, kultur, jobbmarked, informasjon eller tilgjengelighet til bygninger og anlegg. Krav om fysisk tilgjengelighet til bygg må gjelde både for privat og offentlig virksomhet. Lovgivning er et godt virkemiddel for å oppnå målsettingen om fysisk tilgjengelighet, og adgangen til å gi dispensasjoner fra slike bestemmelser må begrenses.

Det er positivt at det blir utarbeidet en ny oppdatert handlingsplan for tilgjengelighet i statlige bygg, men det er viktig at denne planen også omfatter de mange bygg hvor staten er leietaker, og som rommer viktige tjenestetilbud for publikum.

I et tilgjengelig samfunn må det også være naturlig at funksjonshemmede skal ha mulighet til organisatorisk og politisk deltakelse, og det må selvsagt være mulig for funksjonshemmede å la seg velge inn i kommunestyre, i fylkesting og i Stortinget.

Min påstand er at denne muligheten fortsatt ikke er så klar som den skal være. Dette gjelder ikke bare i kommuner og fylker, men også her i Stortinget. Det er en kjent

sak at deler av stortingsbygget – stortingssalen, presidentplassen og denne talerstolen – ikke har den grad av tilgjengelighet som er nødvendig. Dette er utvilsomt et hinder for at funksjonshemmede skal kunne la seg velge til Stortinget.

Et samfunn hvor grupper av befolkningen er forhindret fra å delta i demokratisk folkevalgte organer, er ikke et tilgjengelig samfunn. En samlet komite mener derfor at det må foretas en utredning av hvordan stortingsbygget i sin helhet kan gjøres tilgjengelig for funksjonshemmede.

Tilrettelagt transport er også et meget viktig tiltak for å gjøre samfunnet mer tilgjengelig. Her framkommer det store fylkesvise forskjeller på tilbud som blir gitt, og det meldes om reduksjoner i tilbudet for inneværende år. Dette er en utvikling som ikke er i tråd med målsettingen om en bedret tilgjengelighet.

Fra Arbeiderpartiets side foreslo vi å få vurdert en innføring av retningslinjer for kvalitet og kvantitet når det gjelder spesialtransport, men dette forslaget fikk bare støtte fra Sosialistisk Venstreparti i komiteen.

Bedre tilgjengelighet er også i høyeste grad nødvendig for mennesker med skjulte funksjonshemninger. Jeg tenker her på personer med psykiske lidelser, de som har lese- og skrivevansker, de som har astma og allergiplager og mange, mange flere. Også for disse er det for store hindringer i forhold til utdanning, jobb, fritid mv. Det er bekymringsfullt at også personer med skjulte funksjonshemninger faller ut når det gjelder tilbudet om videregående opplæring. Dette er forhold som raskt også vil virke negativt for senere yrkesvalg og deltakelse i arbeidsliv og sosialt fellesskap. Slike forhold må det sterkt fokuseres på i oppfølgingen av handlingsplanen.

La meg også si noe om det forslaget som gjelder Petø. Petø-metoden, eller konduktiv opplæring, er et helhetlig opplæringssystem som i hovedsak har barn med hjerne-skader som målgruppe. Metoden har sin opprinnelse i Ungarn, og mange fra Norge har reist dit for å få dette tilbudet til sine barn. Resultatene av denne helhetlige opplæringen og behandlingen har vært oppsiktsvekkende gode. Gjennom flere år har det vært gjennomført prosjekter flere steder i landet hvor fagfolk fra Ungarn har bistått. Med de gode resultatene dette har gitt, synes jeg det er på tide å komme videre med tiltakene. Jeg er glad for at et flertall i komiteen, bestående av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Høyre, står sammen om et forslag som gjør dette mulig.

La meg til slutt si at jeg er glad for at handlingsplanen har med et punkt om norsk bistand i forhold til funksjonshemmede, og at en samlet komite har sluttet seg til dette. I de fattige delene av verden er funksjonshemmede de fattigste av de fattige. Dette er noe vi ikke kan overse i vårt arbeid for funksjonshemmede.

Jeg tar opp det forslaget som står i innstillingen.

Presidenten: Bendiks H. Arnesen har tatt opp det forslaget han refererte til.

John I. Alvheim (Frp): St.meld. nr. 8 inneholder fire satsingsområder for funksjonshemmede fram til år 2001:

Vi skal ha et inkluderende og tilgjengelig samfunn også for de funksjonshemmede. Det skal tas i bruk mer og sterkere brukermedvirkning i denne omsorgen, noe som er svært positivt. De funksjonshemmedes rettigheter skal styrkes og utvides, og forholdene skal bedre tilrettelegges for yrkesaktivitet for de funksjonshemmede.

Den foreliggende innstilling er stort sett enstemmig fra komiteens side, noe som betyr at det er tverrpolitisk enighet om å bedre de funksjonshemmedes situasjon totalt i samfunnet.

På vegne av mitt parti vil jeg særlig understreke nødvendigheten av en jevn og tilstrekkelig årlig ressurstilgang som gjør det mulig å gjennomføre de ulike forslag i planperioden. Jeg er godt fornøyd med den ekstra satsing når det gjelder ressurser som det er lagt opp til i budsjettet for 1999, en økning i forhold til foregående år på 66 mill. kr.

I den foreliggende innstilling understreker Fremskrittspartiet i sine merknader det store antall eldre som blir funksjonshemmet i forbindelse med sykdommen Alzheimer, som fortrinnsvis rammer mennesker mellom 60 og 75 år. Denne sykdommen gir rask og sterk funksjonshemning med tap av livskvalitet, og disse menneskene blir meget raskt institusjonstrengende. Hele 70 pst. av pasientene i norske sykehjem er senil demente. Et nytt medikament som nå er på markedet, nemlig Aricept, kan i begynnerfasen av Alzheimer opprettholde god livskvalitet og utsette institusjonspleie fra ett til to år. Jeg vil derfor sterkt beklage at Rikstrykdeverket så langt ikke har villet tillate å forskrive medikamentet på blå resept. Det ligger et Dokument nr. 8-forslag om dette til behandling i sosialkomiteen, fremsatt av Fremskrittspartiet. Jeg vil sterkt henstille til de øvrige partiene i komiteen å støtte dette forslaget, først og fremst ut fra et menneskelig aspekt, men det er også grunn til å tro at det vil være fornuftig samfunnsøkonomisk å kunne forskrive dette medikamentet på blå resept – fremfor alt er det et rettferdighetsprinsipp som Fremskrittspartiet mener man i stor grad må ta hensyn til, slik at ikke bare de rike kan skaffe seg dette medikamentet, men også de som har dårlig økonomi.

Fremskrittspartiet har ment og mener fortsatt at høreapparater må behandles på lik linje med andre tekniske hjelpemidler og dermed være fritatt for egenandeler. Jeg har aldri forstått hvorfor det skal være en forskjell når det gjelder egenbetaling for eksempelvis rullestolbrukere og hørselshemmede som trenger høreapparater. Fremskrittspartiet har i innstillingen fremmet forslag om å fjerne egenandelene på høreapparater, og jeg tar opp dette forslaget i denne sammenhengen.

Jeg vil si meg glad for at departementet tar til orde for et tettere samarbeid mellom hørselssentralene og hørselskontorene som drives av organisasjonene. Jeg er likeledes glad for at departementet i form av rundskriv anmoder våre større sykehus om å anskaffe transportable teksttelefoner nettopp for hørselshemmede.

Jeg mener at jeg har belegg for å si at mange klienter opplever store problemer med attføringsapparatet. En av grunnene til dette kan etter mitt skjønn være at den medi-

sinske attføringen er blitt for kortvarig, og at den yrkesmessige attføringen på den annen side ikke er profesjonell og god nok, og at mange mennesker av disse grunner møter veggen og ender opp som sosialklienter eller uføretrygdede. Jeg finner at samarbeidet mellom den medisinske attføring, den yrkesmessige attføring og trygdesystemet er for dårlig formalisert. Jeg tror man kunne oppnå store gevinster ved en samlokalisering av disse nevnte etatene.

Jeg er veldig glad for at det ble mulig å skaffe flertall i komiteen for Arbeiderpartiets forslag om videreutvikling av Petø-metoden for denne mindre gruppen pasienter, hvor man erfaringsmessig har opplevd at foreldrene har måttet bruke betydelige private midler for å få en skikkelig habilitering av disse barna.

Presidenten: John I. Alvheim har tatt opp det forslaget han refererte til.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Som det går fram av redegjørelsen til saksordføreren, er det stor politisk enighet i denne saken. Når partiene forplikter seg så sterkt, gir det håp om at funksjonshemmede skal nå målet om full deltaking og likestilling, som stortingsmeldingen har som undertittel. Prinsippet om at samfunnet ikke må gjøre oss funksjonshemmet, synes Kristelig Folkeparti er en positiv tilnæringsmåte. Dermed fokuseres det mer på manglende tilrettelegging av omgivelsene, miljøet og de barrierene en funksjonshemmet møter for å kunne fungere optimalt.

Blir samfunnet tilstrekkelig tilrettelagt, trenger ikke en skade eller sykdom bli noe handikap. Finnes det heis, kan bevegelsehemmede likevel nå høyere etasjer. Finnes det bøker med punktskrift, kan blinde lese. Datautstyr hjelper dyslektikere, tekstelefon hjelper døve osv. Endelig skal det tilrettelegges for bedre tilgjengelighet ved landets trygdekontorer. Det burde være en selvfølge at offentlige kontorer kan besøkes av de brukerne tjeneren er etablert for. En samlet komite mener at kommunene ikke så lett må gi dispensasjon fra krav om tilgjengelighet i nybygg. Kristelig Folkeparti støtter også at kommunene bør stille krav om tilgjengelighet når fastlegeavtaler skal inngås. Vi mener at alle kontorer der helse- og sosialpersonell utøver sin praksis, bør være tilgjengelige for bevegelses- og orienteringshemmede.

Jeg var i USA i høst, og jeg må bare innrømme at vi ligger langt etter når det gjelder offentlig tilrettelagt kollektivtransport. Noen fylkeskommuner har redusert dette transporttilbudet betraktelig. Det kan hindre funksjonshemmede i å ta utdanning og arbeid.

Kristelig Folkeparti er tilfreds med at stortingsmeldingen legger stor vekt på såkalt skjulte funksjonshemninger. Det som ikke er så synlig, blir ofte ikke forstått og akseptert. Det gjelder alt fra astma og diabetes til lese- og skrivevansker. Det arbeides for at døve kan få inn døvetoalk på fjernsynsskjermen. Målet er å få teksten programmene automatisk. Det skal utvikles en tegnordbok, noe jeg vet barnehagepersonell vil sette pris på. Et treårig prosjekt med tegnspråketeater blir et spennende tiltak.

Spennende blir det også å følge bruken av omsorgslønn. NOVO har regnet ut at 100 000 mennesker her i landet har tungt belastende omsorgsoppgaver, mens kun 3 500 faktisk mottar omsorgslønn. Ordningen må bli bedre kjent for dem som trenger den.

Skal brukervedvirkning og rettigheter ha noen verdi, er det avgjørende at de funksjonshemmede kjenner sine rettigheter. Det skal lages en CD-ROM, som blir et godt informasjonsverktøy og gir bedre mulighet for samarbeid, respekt og forståelse mellom bruker og den som tilrettelegger lokalmiljøet.

Kristelig Folkeparti synes det er bra at handlingsplanen blir utgitt i punktskrift, stor skrift, på lyd-kasset og video med tegnspråk. Vi støtter også at den gis ut i en lettlest kortversjon og på engelsk. Det kan lette hjelpen for dem som ennå ikke behersker norsk tilfredsstillende. At valgmaterieil til høsten blir tilgjengelig for alle, blir en viktig målsetting.

Det er to komitemerknader som Kristelig Folkeparti har problemer med å støtte. Begge handler om i hvor stor grad Stortinget skal detaljstyre. Den første handler om hvorvidt et bestemt medikament skal komme inn under ordningen med blå resept. Den andre handler om et bestemt pedagogisk/terapeutisk tilbud, spesielt for barn og unge med cerebral parese. Erfaringene er delte. Noen mener det er på kollisjonskurs med integreringstanken her i landet. Andre hevder at de fleste barna i forsøksprosjektene hadde motorisk fremgang og ble mer selvstendige, og ikke minst var foreldrene tilfreds.

Foreldrene skal nå, sammen med en gruppe som departementet har satt ned, evaluere denne og andre alternative behandlingsmetoder for hjerneskadde barn. Kristelig Folkeparti vil avvende denne rapporten før vi bestemmer oss.

Tiden strekker ikke til for å snakke om personlige assistenter og muligheten for økt yrkesaktivitet blant funksjonshemmede. Mer fleksible ordninger trengs. Kombinasjonen arbeid og trygd er bra. Kristelig Folkeparti støtter at en kan få uførepensjon med lavere uførhetsgrad enn 50 pst.

Det skal avgis årlige rapporter om status for funksjonshemmede. Jeg ser fram til det og håper at vi lykkes i å gi funksjonshemmede innflytelse over eget liv, og at vi greier å lage et samfunn som er godt for alle.

Sonja Irene Sjøli (H): Høyre er tilfreds med at regjeringen Bondevik, i motsetning til regjeringen Jagland, presenterer handlingsplanen for funksjonshemmede som en stortingsmelding. Planen er nå blitt en sak for Stortinget, for alle partier og for hele det politiske miljøet.

Den fremlagte handlingsplanen er et godt bidrag til å bedre forholdene, og jeg vil gi honnør til saksordføreren for et godt og grundig arbeid. Handlingsplanen gir en god beskrivelse av de problemer, muligheter og utfordringer de funksjonshemmede har i sin hverdag i møte med storsamfunnet. Men det mangler en tidsplan for gjennomføringen, og det er heller ingen oversikt over hvordan de midler som bevilges, skal fordeles. Dette er en svakhet ved planen.

All politikk, også politikk for funksjonshemmede, må bygge på respekt for den enkelte og den enkeltes integritet. Funksjonshemmede er ikke en homogen gruppe, de er like forskjellige som funksjonsfriske. I denne erkjennelsen ligger en stor utfordring.

Utgangspunktet for Høyre er å utvikle et samfunn som er godt tilrettelagt for alle, slik at det blir minst mulig behov for å tilrettelegge for den enkelte. Men fortsatt er det både fysiske og psykiske barrierer overfor mennesker som er litt annerledes, som skiller seg ut fra flertallet. Men forskjelligheten er ikke et handikap. Er vi funksjonshemmet i én sammenheng, kan vi utmerket godt være funksjonsdyktige i andre sammenhenger. Det er altså løsningen på problemene som er annerledes, ikke de grunnleggende behovene.

Mange funksjonshemmede er hemmet i sin livsutfoldelse, mer enn det som er nødvendig i forhold til den funksjonshemmingen de har, og dette er de fordi samfunnet ikke har lagt godt nok til rette på en rekke områder. Samfunnet i seg selv kan i mange tilfeller virke hemmende. Derfor er det avgjørende med en helhetlig politikk som virker funksjonsfremmende.

Tilgjengelighet må gjelde overalt, slik at de funksjonshemmede blir mest mulig selvhjulpne og har mulighet for aktiv deltakelse i samfunnet. Det må også gjelde i politisk virksomhet – i kommunestyre, fylkesting og her i Stortinget. Ikke minst er tilgjengeligheten til utdanningsinstitusjoner viktig. Lik rett til utdanning må være en prioritert oppgave.

Norges Handikapforbunds Ungdom har fremmet forslag om et IT-utdanningstilbud inkludert bo- og service-tilbud for sterkt funksjonshemmede ved en av våre høyskoler. Dette synes Høyre er et positivt forslag, og jeg viser til forslag fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og SV, hvor vi ber Regjeringen vurdere etablering av et slikt tilbud lagt til Høgskolen i Hedmark, avdeling Rena.

Informasjonsprosjektet «Et samfunn for alle» tar for seg lokal samordning, helhetstenkning og brukermedvirkning. Det produseres et informasjonsverktøy som funksjonshemmede og tilretteleggere kan bruke sammen for å finne gode løsninger som best mulig kan ivareta den enkeltes behov. Det lages i den sammenheng en CD-ROM som skal inneholde oppdatert informasjon om brukergrupper, lover og rettigheter, hjelpemiddelområde og lokal forvaltning. Dette er et svært positivt tiltak for å få rask oversikt over mulighetene, slik at tilpasningen og tilretteleggingen for den enkelte funksjonshemmede blir enklere og går raskere.

I forbindelse med budsjettet for 1999 fjernet Regjeringen egenandelen for digitale høreapparater for barn under 18 år. Høyre står sammen med Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet om et forslag hvor vi ber Regjeringen foreta en vurdering av om høreapparat kan betraktes som et teknisk hjelpemiddel og komme inn under de samme regler for egenandeler som andre tekniske hjelpemidler.

Tiltak med Petø-metodikk er gjennomført flere steder i Norge og har gitt en bedre livssituasjon både for de

funksjonshemmede og deres pårørende. Ikke minst har det bidratt til å øke tilgjengeligheten i samfunnet. Høyre står sammen med Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og SV om et forslag hvor vi ber Regjeringen igangsette tiltak for å skaffe til veie kvalifisert personell som kan sikre en videreutvikling av Petø-metodikk som et tilbud i habiliteringstjenesten, og fremlegge forslag til finansieringsmåte.

Ordningen med personlig assistent er for mange helt avgjørende i forhold til aktiv deltakelse i samfunnet på egne premisser. En lovfesting av denne ordningen, kombinert med øremerkede tilskudd, vil gi tilbud til enda flere brukere. Etter hvert som dette tilbudet blir godt etablert og utbygd, bør en imidlertid vurdere å legge tilskuddet inn som en del av rammeoverføringene til kommune, slik at det blir en del av det ordinære tilbudet.

Det må være en selvfølge at alle som har en funksjonshemming, skal ha de samme rettigheter og plikter i forhold til samfunnet som funksjonsfriske. For å skape en slik likhet trengs det på mange områder egne hjelpemidler og tilrettelegging.

Å ha et arbeid å gå til er en grunnleggende rettighet for alle. De som blir stående utenfor arbeidslivet, har de dårligste levevilkårene. En tilrettelegging gjennom tilpasninger og fleksible løsninger på arbeidsmarkedet vil komme den enkelte og samfunnet til gode, og Høyre er svært tilfreds med at arbeids- og attføringspolitikken er inkludert i handlingsplanen.

De yrkeshemmede må få utnytte sin arbeidsevne ut fra egne forutsetninger, og Høyre mener det bør åpnes for å yte uførepensjon ved lavere uførhetsgrad enn 50 pst. Det må bli lettere å kombinere trygd og arbeid. Skal det lykkes, er det viktig med et godt samarbeid mellom de ulike etater og aktører og økt fokusering på rekruttering av funksjonshemmede også i den offentlige virksomhet. I tillegg må det arbeides videre for å lette overgangen fra skole til arbeid.

Samarbeidet mellom trygdeetaten og arbeidsmarkeds-etaten fungerer fremdeles ikke så godt som vi ønsker, og departementet må fremskynde arbeidet med en samlokalisering av trygdeetat, arbeidsmarkedsetat og sosialetat.

Mange funksjonshemmede opplever store problemer når det gjelder attføring. Regjeringen må se spesielt på dem som ikke har lyktes i den yrkesmessige attføringen, og som i mange tilfeller ender opp som sosialklienter.

Et tilgjengelig samfunn forutsetter økt kunnskap, kjennskap og kompetanse når det gjelder de funksjonshemmedes rettigheter, behov og muligheter. Derfor er det avgjørende med et godt og gjensidig samarbeid med de funksjonshemmede og deres organisasjoner for å tilrettelegge et samfunn for alle. Jeg vil gi honnør til de funksjonshemmedes organisasjoner for den enorme innsatsen og engasjementet som de viser.

Områdene brukermedvirkning, rettigheter, tilgjengelighet og yrkesaktivitet er sentrale områder i handlingsplanen. Høyre støtter hovedmålene for planperioden om at samfunnet må utformes slik at det likestiller alle innbyggerne og gir alle like muligheter for å opparbeide og opprettholde en selvstendig og sosial tilværelse. Videre

må politikken for funksjonshemmede føre til at offentlig og privat virksomhet ikke er funksjonshemmende. Tiltakene må utformes slik at de bidrar til samordning og helhet.

Et tredje hovedmål må være brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet som er helt nødvendig for å kunne gi en god kvalitet på tjenestetilbudene. I utformingen av hovedprioriteringene og satsingene er det spesielt viktig, slik at tilretteleggingen for funksjonshemmede blir med i planene i kommuner og fylker, i sektorplaner på alle nivå og i plan- og bygningsloven.

Høyre støtter forslaget fra FFO om at det startes et prosjekt for å utvikle en modell for brukermedvirkning i den regionale helseplanlegging.

Gjennomføringen av planen må følge sektorprinsippet. De vanlige instanser i samfunnet skal gi tilbud til alle. De samme instanser må ha ansvar for å supplere med spesielle ordninger for funksjonshemmede der de vanlige ordningene ikke strekker til.

Spesielt er det viktig med en koordinering av arbeidet mellom departementene når det gjelder den samlede politikken for funksjonshemmede. Høyre er derfor tilfreds med at et statssekretærutvalg skal ivareta denne oppgaven, og at Stortinget i forbindelse med de årlige budsjetter vil bli informert om oppfølgingen av handlingsplanen.

Det må være et mål for norsk utviklingspolitikk å medvirke til at behovene og rettighetene til funksjonshemmede blir ivaretatt. Jeg vil gi honnør til Funksjonshemmedes Bistandsstiftelse og det arbeidet som de utfører. De representerer en ressurs som må trekkes med i dette arbeidet fra norsk side.

Det gjenstår fremdeles store utfordringer og stor innsats for å nå målet om full tilgjengelighet, deltagelse og likestilling for funksjonshemmede. Handlingsplanen for funksjonshemmede 1998-2001 viser at vi er på god vei, men det kreves i tiden framover en betydelig innsats fra alle nivå i samfunnet.

Ola D. Gløtvold (Sp): Når man skal diskutere funksjonshemming i vid forstand, er det viktig å gjøre dette ut fra ydmykhet og respekt.

Det blir av og til framholdt at vi alle har våre funksjonshemninger, og jeg tror den påstanden er riktig, ikke minst i forhold til utilstrekkelighet og intoleranse.

Toleransespørsmålet skal jeg ikke ta opp, men man kan med en viss rett påpeke at storsamfunnet, representert ved de såkalt funksjonsfriske, har vist en slik utilstrekkelighet at vi er den fremste årsaken til det funksjonshemmende samfunn.

St.meld. nr. 8 syns jeg tar dette forhold innover seg på en riktig måte, men jeg tror vi stadig må spørre oss om vi har tilstrekkelige ressurser på det økonomiske og øvrige plan til å løse alle de funksjonshemninger vi ser at samfunnet er beheftet med, innenfor ønskede tidsrammer.

Det er muligens farlig å bli så vidt filosofisk, men kort sagt er det slik at vil vi målene, må vi også ville midlene. Heldigvis kan vi se bred politisk enighet om målene i

denne handlingsplanen, og da må vi også håpe at det er like stor enighet om prioriteringen for å nå disse.

De såkalt funksjonshemmede er ingen enhetlig gruppe; forutsetninger og behov er ulike som for ethvert annet enkeltindivid. Det kan derfor være feil å bruke skråsikre definisjoner, men Regjeringen har funnet et bra utgangspunkt for sin handlingsplan ved å understreke forståelsen av funksjonshemming som et misforhold mellom individets forutsetninger og krav fra miljøets og samfunnets side til funksjon på områder som er vesentlige for å etablere og holde ved like en selvstendig og sosial tilværelse.

Målet skal være full likestilling for funksjonshemmede, og det er også i samsvar med FNs standardregler for like vilkår for funksjonshemmede.

Det er svært positivt at en handlingsplan for funksjonshemmede nå er blitt lagt fram som stortingsmelding. Gjennom denne planen kan man konkret få framlagt de ordninger som gjelder og skal gjelde i dette arbeidet. Det gir oversikt og en helhet som er svært viktig for en samlet tilrettelegging.

Det er da viktig å få understreket at å utvikle godt tilrettelagte ordninger i samfunnet for *alle* gir minst mulig behov for tilrettelegging for den enkelte. Med andre ord, et samfunn som er tilrettelagt for funksjonshemmede, både i fysisk utforming og i måten det møter innbyggerne på, vil være et godt samfunn for alle innbyggere.

Sektoransvarsprinsippet blir understreket i handlingsplanen. Dette er svært viktig, samtidig som det ligger en stor utfordring i samordning og helhetlig utvikling av tjenestetilbud og tilrettelegging på tvers av sektor- og etatsgrenser. Det er svært positivt at planen legger vekt på tverrfaglighet, brukermedvirkning, rehabilitering og yrkesaktivitet for funksjonshemmede. Vi ser det også som viktig og positivt at funksjonshemmedes levekår får bred plass ved behandlingen av Regjeringens melding om utjevning av levekår, som kommer nå til våren.

Når det gjelder de fysiske tiltak som er nødvendige, er det spesielt viktig at kommune- og samferdselssektoren følger opp. Tiden tillater bare stikkordsmessig å nevne områder som tilgjengelighet til og i offentlige bygg, økt satsing på boliger med livsløpsstandard og et prosjekt som «Et samfunn for alle». Innen transportsektoren er det viktig å tilrettelegge all offentlig transport og kommunikasjon for alle brukere. Dessuten må det til en sterkere prioritering av tilrettelagt transport, slik at dette kan bli et reelt tilbud for alle som trenger det.

Av nye tiltak i planperioden for å bedre opplæringstilbudet for funksjonshemmede er bl.a. tiltaksplaner for funksjonshemmede på de ulike utdanningsområdene. Spesielt vil jeg nevne forsøket på å få til et høgskoleutdanningstilbud innen IT, tilrettelagt med bo- og service-tilbud for sterkt funksjonshemmede. Dette har tatt lang tid, og sentrumsregjeringen er nå den tredje regjeringen som har dette på sitt bord. Prosjektet har sine fødselsvansker og er ressurskrevende, men vi er godt fornøyd med at dialogen og samarbeidet mellom departementene, Høgskolen i Hedmark og de funksjonshemmedes organisasjoner vil gå videre, og vi ser fram til etableringen av et

IT-utdanningstilbud for funksjonshemmede. Vi støtter også det forslaget som er lagt fram her i dag.

I behandlingen av planen har alternative behandlingsmetoder for hjerneskadde barn blitt tatt opp spesielt. Det er bl.a. vist til Petø-metoden, og flertallet ønsker nå å prioritere denne metodikken gjennom sitt forslag her i dag. Sentrumsfraksjonen viser til det arbeidet Regjeringen har igangsatt med opprettelsen av en arbeidsgruppe for å vurdere ulike slike behandlingsmetoder. Dette arbeidet vil være ferdig til høsten, og vi mener det er riktig å bruke denne tiden for å få et best mulig grunnlag for tilrettelegging av slike tilbud.

Fremskrittspartiet har i innstillingen en merknad om at Regjeringen ikke har fulgt opp med forskning på nordisk basis når det gjelder alternative metoder til bruk av makt og tvang. Dette er ikke riktig, bl.a. er det et prosjekt i gang i samarbeid med Universitetet i Uppsala.

La meg til slutt oppsummere med å nevne noen flere forslag som er svært positive for arbeidet videre med hensyn til funksjonshemmedes levekår og rettigheter: bedre avlastningstilbud, forsøk med omsorgslønn og lovfesting av tilbudet om brukerstyrt personlig assistanse. Dette er viktige skritt i riktig retning.

Handlingsplanen er med andre ord en god veiviser på en lang og vanskelig vei fram til full likestilling for alle, også de funksjonshemmede.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det er generell enighet i komiteen om mange av de mål man skal sette seg i forhold til funksjonshemmede, og en handlingsplan som kan føre oss mot disse målene. Jeg skal derfor ikke gå i detalj når det gjelder planen, som jeg syns mange har kommentert på en god måte, og som ikke minst saksordfører gav en grei redegjørelse for, men det er enkelte elementer man blir opptatt av. Ett er målet, noe annet er, som forrige taler understreket, de midler man er villig til å avsette for å nå målene.

SV er helt enig med Fremskrittspartiet i at egenandeler på høreapparater må bort, fordi det må ses på som andre tekniske hjelpemidler. Det er vel lite tenkelig at folk går rundt i dette samfunnet og misbruker sine høreapparater. Det er synd at et flertall ikke ville gå inn for det.

Likeledes er spesialtransporten viktig og å kvalitets sikre den, slik at funksjonshemmede kan få transportmuligheter og nå fram til f.eks. et arbeid på linje med andre i samfunnet. Her står Arbeiderpartiet og SV alene. Det er synd at man ikke får flertall for å få det vurdert.

Så har jeg lyst til å kommentere det Fremskrittspartiet har tatt opp når det gjelder Aricept og andre medikamenter. Vi ser at det senere her i dag er et forslag knyttet til narkotikaomsorgen om Subutex eller buprenorfin. Og man har tidligere sett forslag om Fosamax og andre preparater. Det er i dag en utvikling mot at flere stortingspolitikere tar til orde for at man ikke skal detaljstyre. Sykehusene skal fristilles, og man skal ha mer markert og mindre styring. Men så våger man seg altså utpå når det gjelder enkeltpreparater – preparater med vanskelig forutsigbar effekt, og der fagfolk sier at de ikke har den ønskede effekt – og sier at det skal vi som stortingspolitike-

re bestemme. Vi skal ha de preparatene tatt i bruk, for vi tror at de har en effekt som fagfolk ikke tror at de har. Hvis det finnes noen eksempler på grotesk form for detaljstyring fra politikere, må det nettopp være på dette området. Jeg synes det er relativt spenstig at man våger seg inn på det. Når det gjelder Aricept, vil jo departementet komme tilbake med sin vurdering. Det kan da ikke være galt å vente på den vurderingen, for så eventuelt å få et stortingsflertall til å slutte seg til det.

Ellers har vi i forbindelse med budsjettbehandlingen nettopp kunnet ta stilling til midlene når vi på forhånd var enig om målene. Det er interessant etter det budsjettforliket som der kom i stand, å se hva som skjedde med midlene. Driftsutgifter knyttet til tiltak for funksjonshemmede ble kuttet med 151 000 kr. Oppfølging av ansvarsreformen for funksjonshemmede med underdekningen, som er betydelig i vertskommunene, ble foreslått styrket av Arbeiderpartiet og SV, og vi fremmet også et forslag om å få til en pris- og lønnsjustering i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Verken regjeringspartiene eller deres budsjettkamerater kunne gå inn for det. Driftsutgifter knyttet til handlingsplanen for funksjonshemmede ble kuttet med 800 000 kr som en konsekvens av budsjettforliket. Driftsutgifter knyttet til tiltak for eldre og funksjonshemmede – eldre er jo Fremskrittspartiets spesielle satsingsområde – ble kuttet med 90 000 kr, kanskje ikke noe stort beløp, men et valg stikk i strid med det man står på talerstolen og sier. Ytterligere en post knyttet til driftsutgifter på det samme området, eldre og funksjonshemmede, ble kuttet med 300 000 kr. Midler til driftsutgifter for kompetansesentra for funksjonshemmede ble kuttet med 297 000 kr. Kompetansesystemet for autister ble kuttet med 200 000 kr. Tilsynsmyndigheten, altså Statens helsetilsyn og fylkeslegene, fikk et kutt på 1 843 000 kr. Men verst av alt: Når det gjaldt bedring av funksjonsevnen i skolen, i form av IT-teknologi, hjelpemidler, data til skolen for dem som har spesielle funksjonshemninger, går man hen og kutter med 55 mill. kr. Som om det skulle finnes en masse mennesker – unge mennesker og barn – ute i dette samfunnet som er store misbrukere av datautstyr! Tenk det!

Her ser man konsekvensen av en politikk når man skal sette inn midler. Vi kan være enige om målene, men det er få partier i denne salen som er villige til å sette inn midler. Jeg håper at vi ved neste korsvei, når vi nå står så samlet i forhold til satsingen på funksjonshemmede, også kan stå samlet når vi skal bruke penger på den gruppen vi her har talt så varmt for.

May Britt Vihovde (V): Venstre hadde tilgjenge for funksjonshemma som ei av sine hovudsaker ved stortingsvalet i 1997. Me er difor svært nøgde med at dette er eit satsingsområde i den nye handlingsplanen, saman med planlegging og brukarmedverknad, funksjonshemma sine rettar og auka yrkesaktivitet.

Det er òg viktig å merka seg at eit samfunn som er godt tilrettelagt for alle, vil redusera behovet for individuelle løysingar. Det er ofte menneske med store rørslehemningar me tenkjer på som funksjonshemma. Det er

viktig at me inkluderer alle dei andre gruppene òg, ikkje minst grupper med eldre og kronisk sjuke. Berre på den måten kan ein nå FN sine mål om full deltaking og likestilling.

Planen ber preg av nytenking innan ei rekkje område, som t.d. IT-opplæring og undervisning. Fleire nye prosjekt vil bli starta, t.d. lovfesting av tilbodet om brukarstyrte personlege assistentar. Me veit at dei funksjonshemma som gruppe kjem dårlegare ut enn andre når det gjeld levkår. Ved gjennomføring av denne planen vil levkåra betra seg for mange.

Når det gjeld medverknad frå organisasjonane, bør denne aukast for å få gjennomført planen. Det er viktig at organisasjonane blir med i prosjektgruppene og utvala, og at dei verkeleg blir *høyrde*. Det er positivt at me skal få årlege rapportar når det gjeld oppfølging av handlingsplanen. Eg er elles samd med komiteen i at synleggjering av det enkelte departement sitt ansvarsområde ville vera ein fordel, ikkje minst for våre funksjonshemma sine interesseorganisasjonar.

Den nye handlingsplanen tar til orde for ei rekkje registreringar og kartlegging av enkeltmenneske for å setja i gang presise tiltak. Det er viktig for Venstre at personvernet blir praktisert likt når det gjeld menneske med funksjonshemming og menneske utan funksjonshemming. Like eins må det ikkje vera høve til å krevja uttale frå lege med mindre dette gjeld medisinsk behandling eller førebyggjande helsevern, som tilpassing av hjelpemiddel.

Me vil òg peika på at ei forpliktande serviceerklæring og eit forpliktande samarbeid mellom dei ymse hjelpeinstansane må koma i løpet av planperioden. Mange funksjonshemma må i dag venta svært lenge på hjelpemiddel eller på avgjerder i trygdeetaten. Dette fører til unødig smerte og bekymring. Ein del av serviceerklæringa må vera ein garanti om svar innan ei viss tid.

Planen tar til orde for det som vert kalla likemenn. Dette høyrer både interessant og viktig ut, og kunne med fordel fått ein større plass i planen.

Venstre har tidlegare teke til orde for at ein burde bruka skattegulrot for å få fart på ei teknisk utvikling som gir auka tilgjenge. Det trengst òg høgare kompetanse. Altfor ofte høyrer vi om tilretteleggingar som ikkje fungerer, nå seinast i samband med flytoget til Gardermoen, eller tilretteleggingar som berre fungerer for nokre få. Me må ta desse problema på alvor og auka forskingsinnsatsen for å få gode løysingar.

Igjen vil eg vise til dei skulane på Randaberg i Rogaland som er lagde til rette for svaksynte, hørselshemma og barn med fysiske handikap. I vårt teknologiske samfunn skulle dette vera enkelt å få til, om me berre ville – og det vil me!

Gunhild Øyangen (A): Ved Stortingets behandling av Handlingsplanen for funksjonshemmede for perioden 1998-2001 vil jeg starte med å gi sosialministeren ros for innholdet i planen. Den bygger riktignok på handlingsplanene fra den forrige regjering, men representerer også noen skritt framover som jeg synes statsråden skal ha honnør for.

Før jeg går inn på handlingsplanen, vil jeg si noen ord om Arbeiderpartiets prinsipielle politikk på området. Stikkordene for vår politikk og overskriften i den delen av Arbeiderpartiets prinsipp- og arbeidsprogram som omhandler funksjonshemmede, er «Deltakelse og likestilling.» Vi er derfor fornøyd med at undertittelen i Regjeringens handlingsplan er blitt nettopp «Deltakelse og likestilling».

Vårt utgangspunkt er at mennesker med funksjonshemming skal ha de samme muligheter, rettigheter og plikter i samfunnet som alle andre. For å skape slik likhet trengs det på mange områder egne hjelpemidler og tilrettelegging for funksjonshemmede. Vi vil fjerne hindringer for deltakelse enten det angår transport, utdanning, fritidstilbud, kultur, arbeidsmarked eller tilgjengelighet til bygg og anlegg. Jeg vil særlig peke på viktigheten av tilrettelegging i arbeidslivet for mennesker med flere typer funksjonshemninger. Alle har behov for å føle at de bidrar aktivt i samfunnet. Jeg frykter at kravene til effektivitet kan virke utstøtende fra arbeidslivet, og at mange mennesker skal bli presset ut og i neste omgang uføretrygdet som følge av manglende tilrettelegging og hensyntagen. Jeg vil be sosialministeren kommentere om det kan forholde seg slik. Jeg vil også gjerne vite om sosialministeren synes at ordningene med å kombinere arbeid og trygd er fleksible nok i dag.

Den foreliggende reviderte handlingsplanen bygger på stortingsmeldingen om de tidligere handlingsplanene på 1990-tallet. Under de tidligere handlingsplanene ble det bevilget 480 mill. kr til utviklingsarbeid og nye tiltak og 260 mill. kr til stimuleringsstilskudd til kommuner og fylkeskommuner.

Det må sies at det er bred politisk enighet om det meldingen har trukket opp som mål, tiltak og utfordringer i politikken overfor funksjonshemmede. Det virker også som det er bred enighet om at det finnes en rekke uløste oppgaver på feltet. Det er meget positivt at det er en slik bred enighet.

I tråd med innstillingen fra sosialkomiteen i mars trekker handlingsplanen opp følgende satsingsområder:

- et tilgjengelig samfunn
- planlegging og brukervedvirkning
- funksjonshemmedes rettigheter
- yrkesaktivitet for funksjonshemmede

Planen representerer et skritt framover når det gjelder konkretisering og tiltaksdel. Til sammen omtales 143 tiltak over 11 departementers områder. Dette er en klar forbedring i forhold til tidligere plandokumenter, og her blir det viktig at handling følger ord.

Arbeiderpartiet vil understreke at arbeidet må være sektorovergripende, og at tiltakene skjer innenfor den ordinære virksomheten. Tiltak må ses i sammenheng over offentlige etatsgjerd. Som sosialministeren vet, kan dette være vanskelig, men her må det jobbes aktivt, med brukernes interesser i fokus. Det er ofte et problem når mange faginstanser med hver sin kultur og hver sine budsjetter skal samarbeide. Særlig viktig er det å se virksomheten til arbeidsmarkedsetaten, trygdeetaten og sosialtjenesten i sammenheng.

Jeg vil peke på to områder hvor det er særlig ønskelig at Regjeringen fortsetter arbeidet i tiden framover.

For det første gjelder det konkretisering av brukermidvirkningen. Den reviderte planen er riktignok mer konkret enn tidligere planer, men når det gjelder brukermidvirkning, tror jeg det er behov for å gå i samarbeid med de funksjonshemmedes organisasjoner for å finne egnede konkretiseringer. Det gjelder bl.a. å jobbe videre med hvordan vi kan utarbeide konkrete systemer for brukermidvirkning, og da tenker jeg på hele prosessen, fra det sentrale planarbeid til tilpasning i den enkeltes livssituasjon.

For det andre gjelder det lokal planlegging og oppfølging. Planen inneholder en lang rekke tiltak på statens hånd. Det er imidlertid viktig å sørge for at kommunene blir bedre i planlegging og tilrettelegging for funksjonshemmede. La det være sagt at mange kommuner er kommet langt og allerede gjør en god jobb. Vi må sørge for at alle kommuner tar dette alvorlig og utarbeider lokale handlingsplaner.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Det er eit nytt og spennande prosjekt å leggja fram ein handlingsplan for funksjonshemma som ei stortingsmelding. Tidlegare planar har vore arbeidsdokument for Regjeringa og har vore gode å ha som bakgrunn for denne meldinga. Eg er glad for den debatten meldinga har medverka til så langt, og for den solide støtta planen no får i Stortinget.

Ei stortingsmelding forpliktar. Ti departement skal no i fellesskap og med sjølvpålagt tilbakemeldingsplikt til Stortinget syta for at alle dei mange tiltaka blir fylgde opp. 45 tiltak er alt sette i gang, og fleire skal setjast i verk i løpet av 1999. Stortingsmeldinga er ein del av Noreg sitt arbeid for å fylgja opp FN sine standardreglar for like vilkår for funksjonshemma. Standardreglane medfører ei sterk moralsk og politisk plikt frå medlemsstatane si side til å setja i verk tiltak for å sikra funksjonshemma like vilkår. Dette er viktige prinsipp når det gjeld ansvar, handling og samarbeid. Standardreglane peikar på område som er avgjerande for livskvalitet og for å oppnå full deltaking og likestilling, som er det overordna målet for Regjeringa sin politikk for funksjonshemma.

Eg er einig med alle dei som i dag har sagt at det i denne planen blir teke viktige steg, men det står òg att mykje arbeid før ein kan snakka om full deltaking og likestilling. Lat meg derfor peika på ytterlegare tre stortingsdokument som i den nærmaste tida vil ha mykje å seia for mange funksjonshemma.

Det fyrste er rehabiliteringsmeldinga – St.meld. nr. 21, Ansvar og meistring – som no ligg til behandling i Stortinget. Der er ein samordna innsats i forhold til skule og arbeid viktig, og verdien av individuelle oppfølgingsplanar i forhold til dei funksjonshemma som har eit stort tiltaksbehov, blir understreka.

Det andre dokumentet er ei stortingsmelding om utjamning i levekår. Dette er eit arbeid som no går føre seg i fleire departement. Analysane understrekar heilt klart det som òg ligg til grunn for den stortingsmeldinga vi behandlar i dag, nemleg samanhangen mellom høvet til ut-

danning, høvet til arbeid og det å ha si eiga inntekt å leva av. Det handlar både om å gjera det utdanningstilbodet som er, betre kjent og å forsterka det. Det handlar om å gjera kjent ordningar som ein i dag har i arbeidslivet, det handlar om å utvikla nye ordningar og, som m.a. representanten Gunhild Øyangen var inne på, å sjå på høvet for ei mjukare arbeidslinje enn i dag, slik at ein betre kan kombinera arbeid og trygd. I ei tid der det er så stor mangel på arbeidskraft, skulle høvet vera større enn nokon gong for at fleire funksjonshemma kunne prøva seg i arbeidslivet. Det krev noko av den einskilde arbeidstakaren og av arbeidsgjevaren, og det krev større og sterkare samarbeid enn i dag mellom t.d. sosialkontor, arbeidskontor og trygdekontor. Når det gjeld dette, har vi allerede eit prøveprosjekt på gang i samband med budsjettet for 1999.

Så er det eit tredje dokument. Det er nyleg sett i gang eit arbeid i departementet med ei stortingsmelding under overskrifta «Omsorg 2000», som eg ynskjer å leggja fram for Stortinget i løpet av hausten. Der ser vi på innhaldet og kvaliteten på dei omsorgstenestene vi tilbyr. I meldinga skal vi fokusera på aldersdemente og deira situasjon – som komiteleiaren i dag tok opp – og kva tiltak som trengst der. Likeins skal vi sjå på korleis vi på den eine sida kan utnytta den teknologien som no er under utvikling, slik at fleire funksjonshemma kan få ein meir sjølvstendig kvardag sett opp mot rettstryggleik og personvern, og dernest på behovet for å styrkja dei tilsynsordningane vi har innafor dette området.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bendiks H. Arnesen (A): Transport til skole, arbeid, fritidstilbud mv. er en av de viktigste forutsetningene for god tilgjengelighet. Gjennom media kan vi nå se at allerede marginale spesialtransporttilbud reduseres ytterligere i fylkeskommunene. Dårlig økonomi og mange nye brukere oppgis som årsak til disse reduksjonene. Dette må vel være i strid med intensjonene i den handlingsplanen vi behandler i dag. Mitt spørsmål til statsråden blir da: Hva vil statsråden gjøre for å sikre at funksjonshemmede på kort og på lang sikt får et transporttilbud som er akseptabelt for å nå de funksjonene jeg nevnte innledningsvis?

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Representanten Arnesen tek opp eit sær s viktig tema. Det er heilt rett som han peikar på, at det å ha gode transportordningar er avgjerande for svært mange funksjonshemma i forhold til den mobiliteten som vi gjerne skulle ynskja at den ein-skilde hadde.

Lat meg når det gjeld det meir langsiktige, peika på det arbeidet som no pågår med ein samla transportplan. I desse dagar har samferdselsministeren eit utkast ute til høyring i fylke og kommunar, og her blir det arbeidd med innspel både lokalt og på fylkesplan. Det er viktig at òg situasjonen for dei funksjonshemma blir teken med. Eg veit at nokre av dei lokale folkevalde er opptekne av dette, og eg veit at det nokre plassar er etablert eit så godt

samarbeid mellom brukarorganisasjonane og dei folkevalde at dette blir vareteke der. Men lat meg nytta høvet til å understreka kor viktig det er at dette òg blir fokusert i arbeidet med transportplanen. Samferdselsministeren har jo sjølv sagt, som det går fram av handlingsplanen, at han vil sjå på dei funksjonshemma sin situasjon der.

Lat oss då gå ut frå at når denne debatten i desse dagar pågår faktisk over heile landet, vil ein òg bli klar over korleis situasjonen er i dag, og kor mangelfullt tilbod mange funksjonshemma har, slik at ein allereie i budsjettet for neste år kan vareta tiltak på kortare sikt.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Einar Olav Skogholt (A): Jeg er meget glad for den brede tilslutningen i komiteen til handlingsplanen for funksjonshemmede. Jeg håper vi en gang kan komme så langt at det vil være unødvendig med egne handlingsplaner for å sikre funksjonshemmede de rettigheter som vi funksjonsfriske tar som selvfølgeligheter.

Ikke minst innenfor transportsektoren er jeg ofte overrasket over den vanskelige eller manglende tilgjengeligheten til offentlige kommunikasjonsmidler. De funksjonshemmede har en soleklar rett til å kunne bruke tog, fly, trikk osv. Jeg er overrasket over at regjeringspartiene ikke har sluttet seg til Arbeiderpartiets og SVs forslag om å vurdere en innføring av retningslinjer for kvalitet og kvantitet på spesialtransport.

Arbeid for alle er en viktig målsetting. Når ledighetstallene blir høye, iverksetter vi en lang rekke tiltak for å gi flest mulig tilbud om utdanning eller et meningsfylt arbeid. Vi bør være like sterkt opptatt av at de funksjonshemmede skal ha de samme rettighetene. Jeg har ofte registrert at arbeidsgivere har vært mer opptatt av å hjelpe en som blir funksjonshemmet, til uføretrygd enn å legge forholdene til rette for fortsatt sysselsetting, eventuelt i kombinasjon med trygd. Jeg er overrasket over å ha møtt en slik holdning hos offentlige arbeidsgivere. Det har ofte vært enklere å komme fram til gode løsninger hos private arbeidsgivere.

Men skal de funksjonshemmede konkurrere om arbeidsplassene, må de ha tilgang til de utdanningsmulighetene vi har, på alle nivå. Jeg er derfor glad for at høyere utdanning er et av satsingsområdene i Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001. Det er viktig at universiteter og høyskoler er pålagt å utarbeide egne handlingsplaner for funksjonshemmede studenter.

Men for en del funksjonshemmede er det helt nødvendig med spesiell tilrettelegging for at de i det hele tatt skal kunne ha muligheter for å gjennomføre sine studier. Norges Handikapforbunds Ungdom har fremmet forslag om et eget IT-utdanningstilbud inkludert bo- og service-tilbud for sterkt funksjonshemmede. De har foreslått og har arbeidet for å få lagt denne til Høgskolen i Hedmark avdeling Rena.

Denne saken har de funksjonshemmede arbeidet med i lang tid. Jeg ble derfor overrasket da statsråd Lilletun i spørretimen den 13. januar 1999 sa at regjeringen Bonde-

vik ikke var innstilt på å gå videre med etableringen av et eget IT-utdanningstilbud for sterkt funksjonshemmede.

Jeg ble enda mer overrasket da stortingsrepresentant Gløtvold i et større oppslag i Østlendingen lørdag 13. februar uttalte bl. a. følgende:

«Regjeringspartienes fraksjon har fått med et avsnitt hvor det legges vekt på at de erfaringene og den kompetansen som ligger i dette prosjektet i Hedmark blir ført videre,» ...«som etter dette vurderer situasjonen som vesentlig lysere enn den var etter statsråd Lillestuns uttalelser om saken like etter nyttår.»

Det er rett som representanten Gløtvold sier, at situasjonen for å få etablert et IT-studium for de funksjonshemmede er langt lysere nå enn den var etter statsråd Lillestuns uttalelser i januar.

Jeg er glad for at jeg på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Arbeiderpartiet kan ta opp det forslaget som er omdelt i salen. Vi ser gjerne at regjeringspartiene slutter seg til det framlagte forslaget, slik de også nå har gitt signal om.

Når det gjelder det konkrete forslaget som er framlagt, er Høgskolen i Hedmark avdeling Rena nevnt, på bakgrunn av at Norges Handikapforbunds Ungdom hele tiden har foreslått at studiet skulle plasseres ved Høgskolen i Hedmark. I de tre regjeringene som har arbeidet med denne saken – regjeringen Harlem Brundtland, regjeringen Jagland og regjeringen Bondevik – har det overhodet ikke vært noen diskusjon om etableringssted, men det har vært spørsmål om å skaffe økonomiske ressurser til et så kostbart studietilbud til de funksjonshemmede.

Presidenten: Einar Olav Skogholt har framsatt det forslaget han viste til.

Reidun Gravdahl (A): Å ha arbeid gir livskvalitet og innhold i hverdagen. For funksjonshemmede er dette langt fra en selvfølgelighet. Mye må legges til rette for å gjøre det mulig å ha et arbeid å gå til når en har mye annet å streve med fra før. For å få til full likestilling og muligheter til deltakelse i samfunnet kreves det økt innsats på mange plan – ikke bare fysisk tilgjengelighet, men også økt satsing på en rekke områder, som utdanning og alternative arbeidsplasser for mennesker med psykiske lidelser og andre usynlige sykdommer.

Det er bra at planen vektlegger tverrfaglighet, brukermedvirkning, rehabilitering og yrkesaktivitet. Samlokalisering og godt samarbeid mellom trygdekontor, arbeidskontor, sosialkontor og helsevesen er nødvendig for å få til en best mulig tilværelse for den enkelte som har et særskilt behov. Man vet best selv hvor skoen trykker.

Mye av arbeidslivet, som samfunnet for øvrig, er ikke innrettet og tilrettelagt for mennesker med funksjonshemminger. Det må det gjøres noe med, slik at yrkesaktivitet blir mulig.

Å legge til rette i utdanningsinstitusjonene er en god start – god utdanning muliggjør arbeid og selvforsørging.

HMS-arbeid – helse- miljø- og sikkerhetsarbeid – er viktig for å forebygge belastningsskader og faren for yrkes-

hemming. Like viktig er det å ha en god oppfølging av den enkelte arbeidstaker under langvarig sykefravær. Aktiv sykmelding og assistanse for å komme tilbake til jobb er gode tiltak, det kan til og med være den eneste muligheten til ikke å bli varig yrkeshemmet.

Sykdom eller skade som har startet med en fysisk plage, kan fort utvikle seg til en psykisk uovervinnelig barriere som kan føre til isolasjon og store problemer med å komme tilbake i arbeid og til samfunnslivet for øvrig. Derfor er det viktig at det også i små og mellomstore bedrifter gjøres en seriøs innsats innenfor HMS-arbeidet. Mange har ikke mulighet til å kunne tilpasse seg en ordinær arbeidsplass. Derfor er det bra vi har en rekke muligheter til arbeid i AMB-, ASVO- og ATS-bedrifter, eller arbeid med bistand i en ordinær bedrift.

Jeg var på bedriftsbesøk i forrige uke i et arbeidstreningssenter eid av tre kommuner med arbeidstakere fra de samme kommunene. Foruten de plassene som har statlige tilskudd, kjøper kommunene noen plasser de betaler ekstra for. Mennesker med psykiske lidelser har også arbeid i denne bedriften. Det har sine spesielle problemer, for noen av dem kommer og går uten å følge klokka eller arbeidstiden. Bedriften har sine kunder som stiller krav til rask leveranse, kvalitet og kompetanse, som fra andre underleverandører. Det er derfor mange gode hjelpearbeidere og instruktører i slike bedrifter. Det sier seg selv at en slik bedrift må ha statlig bistand for å få det til å gå rundt.

For mange kommuner har arbeidet med budsjettet for 1999 vært svært vanskelig. Arbeiderpartiet foreslo 1 milliard kr mer til kommunesektoren enn det stortingsflertallet vedtok. Dessuten ville Arbeiderpartiet omfordele 1 milliard kr.

Den dårlige kommuneøkonomien har gjort at noen som har hatt tilbud om arbeid på særskilte vilkår med tilskudd fra kommunen de bor i, har mistet dette. I tillegg har transporttilbudet blitt kraftig redusert rundt om i landet av samme årsak. Det er betenkelig at de som har en mulighet til en hverdag med den verdi å ha et arbeid å gå til, blir fratatt dette fordi stortingsflertallet har nedprioritert kommuneøkonomien. Det er å håpe på bedringer ved neste korsveg, dvs. ved behandlingen av neste års budsjett.

Dessuten må det satses mer på arbeidsmarkedsetaten for å tilrettelegge arbeid for flere med psykiske lidelser, slik som forutsatt i *den* opptrappingsplanen.

De som har prøvd å få til noe, har raskt erfart at det er nødvendig å utarbeide særskilte tiltak som gjør en i stand til å håndtere ustabil framfærte og andre vanskelige tilpasningsproblemer.

Å satse på arbeid gir deltakelse og likestilling.

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

Åse Wisløff Nilssen (KrF): Det er mange gode tiltak i handlingsplanen.

I mitt innlegg vil jeg ta opp problemstillinger som gjerne burde vært presisert litt nærmere. Begrepet «funksjonshemmet» kan virke noe uklart med tanke på merknader og innlegg her i dag. Det virker som om det er symptomer og behov for tilrettelegging som er utgangspunktet, og det kan for så vidt være en grei tenkemåte, men hvordan vil det slå ut når vi skal diskutere rettigheter, spesielt i lovs form? Som eksempel kan nevnes komiteens merknader og innlegg om Alzheimer og senildemens. Hører det hjemme i de funksjonshemmedes handlingsplan eller skal det fortsatt være i geriatrien? Og skal normal aldringsprosess, som fører til bevegelseshemming, leseproblemer og pleiebehov, være et satsingsområde innen de funksjonshemmedes handlingsplan? Til nå har det vært samarbeid for felles tilrettelegging.

Innholdet i begrepet «brukermedvirkning» bør også gjøres klarere, for det dreier seg om tre grader, eller nivåer, på medvirkning. Det første er brukermedvirkning med kompetanse på eget behov for tilrettelegging, det andre er brukermedvirkning der en representerer en diagnosegruppe, en organisasjon, og det tredje er brukermedvirkning der en representerer mange typer funksjonshemminger og mange organisasjoner.

Dessverre skjer det fortsatt såkalt kvalitetssikring etter kontakt med kun én organisasjon, og det kan bli svært galt når en vet at behovet for tilrettelegging er forskjellig for ulike grupper funksjonshemmede. Dette gjelder også IT-senter på Rena, der handikaporganisasjonen representerer de bevegelseshemmede og ikke andre grupper funksjonshemmede.

Videre er politisk deltaking i kommuner, fylkesting og storting tatt opp både i merknader og i innlegg her i dag. Men det meste av vinklingen skjer i forhold til bevegelseshemmede, hvor det også blir gjort et poeng av at denne talerstol ikke er tilgjengelig for de funksjonshemmede. Men hva med alle de funksjonshemmede vi allerede har på Stortinget, og tilgjengelighet i skriftspråket, den saksmengden vi skal gjennom? Jeg savner en verbal støtte til den uformelle dyslektikergruppen som består av stortingsrepresentanter fra de fleste partier. Vi jobber for å finne fram til hjelpemidler som letter arbeidet, i god og konstruktiv dialog med våre hjelpere her på Stortinget. Skrifttype og skriftstørrelse er bra i husets egen produksjon. Verre er det med lange setninger og vanskelige ord, ikke minst i Regjeringens stortingsmeldinger og proposisjoner. Det kan bli mye bedre. Brukermedvirkning er også et stikkord her.

Asmund Kristoffersen (A): Stortinget tar i dag et viktig skritt framover til fordel for barn med store bevegelsesvansker, spesielt barn med cerebral parese, CP, ved at Stortingets flertall slutter seg til Arbeiderpartiets forslag om å gjøre den såkalte Petø-metoden tilgjengelig i opptreningsammenheng.

Dette er et systematisk opplagt program der læringen er basert på samspill mellom barn i grupper, og der barnets foreldre hele tiden er med, mens det hele ledes av instruktører med bred tverrfaglig kunnskap basert på fysio-

terapi, barnepleie, logopedi, pedagogikk, psykologi, anatomi og nevrologi.

Det opplagte målet er å lære barna ferdigheter til å mestre dagliglivet bedre, og selvsagt med stor vekt på gangfunksjonen.

Ulempene så langt har vært at opplegget har vært dyrt for foreldrene og lite tilgjengelig siden fagpersonalet for Norges vedkommende har vært hentet fra Ungarn. I de aller fleste tilfellene har opplegget vært gjennomført uten offentlig støtte. Jeg er imidlertid kjent med at Regionssykehuset i Tromsø har gått inn i prosjektet og både faglig og økonomisk gitt sin støtte til et opplegg i Tromsø. Jeg er også kjent med at norske fagfolk bestående av bl.a. psykologisk rådgiver, barnelege, fysioterapeut og spesialpedagog har fulgt prosjektet i Tromsø over tre år og evaluert dette.

Rapporten bekrefter resultater som tilsier at dette tilbudet må nå fram til CP-rammede barn i Norge. Derfor må vi nå gjøre dette til et tilbud som det offentlige helsevesenet tar ansvar for, eventuelt i et samspill med private utøvere.

Jeg regner med at det i lang tid vil være aktuelt å bruke utenlandsk helsepersonell, men at vi alt nå vurderer hvordan vi kan bygge opp egen kompetanse hos norsk helsepersonell.

Når jeg har nevnt tiltak i Tromsø spesielt, har det sammenheng med at tiltakene der har vært mest omfattende, men jeg er vel kjent med at det også i andre deler av landet har vært gjennomført opplegg etter samme metode. Jeg har registrert at tiltakene ofte stopper opp på grunn av mangel på økonomi. Dette kan ikke Helse-Norge lenge være bekjent av.

John I. Alvheim (Frp): Jeg har en merknad til forslaget som er fremmet på vegne av Arbeiderpartiet, Framskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti. Det er disse partiene som er sammen om en flertallsmerknad i komiteen, hvor det er anført følgende:

Disse partier «er videre kjent med at Norges Handikapforbunds Ungdom har fremmet forslag om et IT-etterutdanningstilbud inkludert bo- og servicetilbud for sterkt funksjonshemmede, lagt til en av våre høgskoler. Flertallet stiller seg positivt til dette forslaget, og vil be om en snarlig avklaring».

I forslaget slik det foreligger, er stedsvalget tatt med samtidig. Det var ikke det som stod i flertallsmerknaden. Jeg vil henstille til Arbeiderpartiet å endre dette og ta ut «Høgskolen i Hedmark» og ta inn igjen det som står i merknaden, at dette skal etableres ved «en av våre høgskoler». Hvis ikke Arbeiderpartiet er villig til det, trekker Framskrittspartiet seg fra forslaget.

Unn Aarrestad (Sp): Eg er glad for at Regjeringa har teke opp problemstillingane rundt yrkesaktivitet blant funksjonshemma i denne meldinga. Her er det viktig med planar som i god tid førebur attføring og arbeid, og det må sjåast tverrsektorielt på dette for å utvikla rette typar attføringstiltak. Tiltak for å motivera og meistra i kommunal regi er eit godt døme på dette.

Det bør elles vera ei fallitterklæring for oss alle når menneske med funksjonshemmingar som gjerne vil over på yrkesmessig attføring, endar opp som sosialklientar. Her er samarbeidet mellom trygdeetat, arbeidsmarknads- etat og sosialetat viktig.

Over ein kvart million menneske i Noreg er uføretrygda. Me veit at mange av desse har ein arbeidskraftreserve som kunne vore nytta både til eige og samfunnet sitt beste. Kor mange av desse som ønskjer jobb, veit ingen, men det er truleg stor skjult arbeidsløyse. Og me veit at mange etter kvart gir opp å søkja etter arbeid. Arbeidskontora har fleire tiltak for å få utføre ut i jobb, men berre halvparten lukkast i jakta på ein tilpassa arbeidsplass.

Då bør det vera ein tankekross at staten, fylkeskommunen og kommunane er dei arbeidsgivarane som er minst flinke til å ta inn uføre arbeidssøkjjarar i faste stillingar, etter det som står i Stavanger Aftenblad 28. januar. Det burde vera ei utfordring for nettopp desse å retta opp denne statistikken. Samtidig betalar altså Rikstrygdeverket ut milliardbeløp årleg til uføretrygda. Rikstrygdeverket si siste oppteljing synte at berre 12 000 av til saman 322 000 sjukemelde gjekk på aktiv sjukemelding.

Ei undersøking frå Moss synte at berre halvparten av dei langtidssjukemelde kom tilbake til sitt vanlege arbeid. Derfor er det så viktig med tidlege tiltak, og at dei sjukemelde held kontakten med arbeidsplassen.

Ved aktiv sjukemelding kan den sjukemelde få halda fram i jobben med tilrettelagde oppgåver. Ein har tru på at aktivitet for mange er betre medisin enn å vera passiv og isolert heime. Elles må det òg vera ei hovudline for innsatsen at arbeidslivet vert slik innretta at ei funksjonshemming ikkje fører til yrkeshemming. Partane i arbeidslivet må òg engasjerast i dette. Det trur eg alle er tente med at me får til.

Einar Olav Skogholt (A): Jeg beklager hvis formuleringen i det omtalte forslaget skaper vansker og usikkerhet. Grunnen til at Høgskolen i Hedmark avdeling Rena er nevnt, er at Norges Handikapforbunds Ungdom selv har fremmet et slikt forslag, og som jeg sa tidligere, har det ikke vært uenighet i noen av de tre regjeringene som har behandlet denne saken, om hvor etableringen skulle finne sted. Problemene så langt har vel bestått i å skaffe nødvendige ressurser til å etablere et slikt undervisnings-tilbud til de funksjonshemmede.

Jeg er meget glad for at det tyder på at det vil bli kanskje en enstemmig tilslutning til det forslaget som er lagt fram. Det vil ha mye å bety for å kunne få realisert et slikt undervisningstilbud til de sterkest funksjonshemmede, og jeg håper at Regjeringen vil gripe fatt i denne saken raskest mulig og realisere de planene som har versert i departementene i lang tid.

Det har på ingen måte vært noe ønske å sniketablere et slikt tilbud i Hedmark, og jeg tror også at både behandling i regjering og i storting senere vil vise at det vil være lite debatt omkring etableringsstedet. Etter den oppfordring som representanten Alvheim har framkommet med, tillater jeg meg å foreslå at vi endrer det framlagte forslaget slik at vi stryker ordene «Høgskolen i Hedmark

avdeling Rena», og endrer det til «en av våre høgskoler». Så vil debatten framover avklare etableringssted. Som sagt håper jeg på en rask realisering av et slikt utdanningstilbud til denne gruppen.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Eg føler behov for på tampen av denne debatten å kvittera ut tre tema. Som eg sa i mitt fyrste innlegg, blir oppfylginga krevjande fordi ti departement er involverte her.

Lat meg fyrst seia til det forslaget som gjeld IT-utdanningstilbod: Det er riktig at statsråd Lilletun har eit engasjement. Eg veit at han i samarbeid med dei funksjonshemma sine organisasjonar ser på korleis ei slik utdanning kan styrkjast. Og som representanten Skogholt var inne på, er det økonomien og kva ein får for midlane totalt sett, som vil vera avgjerande for val av løysing. Men eg skal syta for at det som blir vedteke her i dag, blir bore fram, slik at den vurderinga som Regjeringa her blir beden om, både blir gjort og meld tilbake i det tempoet som eg forstår det er brei semje om.

Så til Petø-metoden. Der ynskjer eg å understreka at det allereie i Sosial- og helsedepartementet går føre seg ei vurdering både av den metoden og av alternative metodar ut frå at Petø-metoden medfører store belastningar for dei borna som gjennomgår behandlinga, og krev svært stor innsats frå familiane som det gjeld. Eg oppfatar det då slik at det her er eit fleirtal som ynskjer ein fortgang utover det arbeidet som allereie er meldt frå Sosial- og helsedepartementet – eg tenkjer på den arbeidsgruppa som er nedsett, og det resultatet som skal fram hausten 1999. Eg skal ta med meg det til helseministeren.

Så til slutt til representanten Wisløff Nilssen og det som ho var oppteken av. Det er klart at ho verkeleg set i perspektiv kor breitt engasjement som trengst når vi snakkar om full deltaking og likestilling. Ho var òg inne på Regjeringa sine eigne dokument og dei hindringane dei kunne vera for personar med lesevanskar. Kor mykje vi kan få gjort med det, står att å sjå. Men eg skal ta med meg det òg som eit viktig signal frå denne debatten i dag.

Ola D. Gløtvold (Sp): Bare noen ord i forbindelse med forslaget om IT-utdanningstilbud til funksjonshemmede. Forslagsstillerne la et forslag på bordet her i dag som vi fra regjeringsfraksjonen ikke var kjent med før i dag. Og når de nå endelig har blitt enige om hva de vil legge i dette, synes vi det er greit. Vi støtter fortsatt forslaget. Det vi hadde behov for i innstillingen, var å understreke at den erfaring og den kompetanse som dette IT-prosjektet i Hedmark knyttet til Høgskolen på Rena har, må kunne føres videre. Det har vært viktig for oss. Samtidig har det også vært viktig i dialog med de angjeldende departement å få bekreftet at dette skjer ved at departementene fortsatt har kontakt med Høgskolen i Hedmark og vil jobbe med dette. Da er det greit for oss, og vi kan være med og stemme for dette forslaget.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 1. (Votering, sjå side 1967)

S a k n r . 2

Interpellasjon fra representanten John I. Alvheim til sosialministeren:

«Ca. 200 sterkt syke og nedkjørte narkomane døde av overdose i 1998, det høyeste antall overdosedødsfall i Norge på ett år. Det kan bli like mange og kanskje flere slike dødsfall i 1999 om ikke ekstraordinære tiltak settes inn på gateplanet i Oslo umiddelbart.

Vil statsråden som representant for en Regjering som flagger menneskeverd og livskvalitet høyt, også inkludere de narkomanes krav om livskvalitet ved snarest å sørge for konkrete og differensierte hjelpetiltak på gateplanet i Osloregionen?»

John I. Alvheim (Frp): En oppnår neppe politisk karriere ved å gå på barrikadene for å bedre livssituasjonen og livskvaliteten for de sterkt ulykkelige og alvorlig syke sprøytenarkomane. Jeg har fått mange negative reaksjoner på mitt engasjement i så måte. Men jeg spør: Er ikke også de narkomane mennesker, ja faktisk våre medmennesker som i sin situasjon har krav på samfunnets hjelp til å komme bort fra det helvetet de gjennomlever daglig, et liv i fornedrelse, preget av kriminalitet, prostitusjon, raskt sviktende fysisk og mental helse? De opplever utstøtning og trakassering også innen hjelpeapparatet. Disse menneskene ble født inn i verden med de samme mulighetene som du og jeg. De fleste hadde foreldre med store forventninger til sitt avkom, men noe gikk galt i den sene barndom eller den tidlige ungdom.

De siste ti årene har over 1 000 unge menneskeliv gått tapt ved overdose, siste året hele 200, et antall som er det høyeste i hele Vest-Europa folketallet tatt i betraktning. En slik skremmende utvikling må bety at behandlingstilbudene og den politikk som har vært ført overfor de tyngste stoffmisbrukere, har spilt fallitt, og at behandlingsstrategien umiddelbart må legges om. Ansvar for behandling av de tunge narkomane må være helsevesenets. De sprøytenarkomane er alvorlig syke mennesker, som i tillegg til den daglige heroinforgiftningen har pådradd seg en rekke somatiske lidelser. Det nytter ikke å satse på gårdsdagens behandling med målsetting om stoffrihet og en behandling preget av moralisme, fordømmelse og tvang. For mange fagpersoner i fremtredende posisjoner i vårt behandlingsapparat med et slikt syn kan være en alvorlig brems i forhold til nye behandlingsformer.

Å overføre ansvaret for de sprøytenarkomane til helsevesenet vil i seg selv føre til en sterkere ansvarsmobilisering og gi større rettigheter til den enkelte i denne pasientgruppen.

Det finnes i dag syntetiske medikamenter med dokumentert god effekt, eksempelvis metadon, som har vært prøvd ved et eget prosjekt på Gaustad i årene 1994-97. I de seneste år er også et nytt medikament, nemlig Subutex, tatt i bruk med dokumentert god effekt i utlandet og også sporadisk i vårt eget land. Subutex er lettere å administrere enn metadon og er enklere å trappe ned ved ønske om stoffrihet. Subutex er imidlertid ikke godkjent

for allment bruk i Norge. Endelig vil jeg nevne behandlingen med narkose for avgifting av sprøytenarkomane, som særlig i USA og Canada er mye brukt, og som bl.a. var tenkt satt i gang ved Aker sykehus, men prosjektet ble av en eller annen grunn stoppet.

Prøveprosjektet på Gaustad var særdeles vellykket. De fleste klientene fikk en betydelig bedre livskvalitet. De kunne fungere sosialt i forhold til familie og nærmiljø. Mange kom tilbake til arbeidslivet, flere fortsatte sin utdannelse, og det ble ikke observert overdosedødsfall. Opptakskriteriene var imidlertid restriktive, noe som medførte at bare et lite mindretall fikk metadonbehandling. I innstillingen til narkotikameldingen, Innst. S. nr. 184 for 1996-97, anbefalte en enstemmig sosialkomite å lempe på inntakskriteriene, som gikk på bl.a. alder og en mer fleksibel praksis av kriteriene, slik at mennesker som ville ha nytte av behandlingen, ikke ble avskåret. I 1997 ble det gjort vedtak om å tilby metadonbehandling i alle regioner samt å bygge opp et større metadonprosjekt og kompetansesenter i Oslo med ansvar for behandling av 300 mennesker. Det er sterkt å beklage at en i løpet av ett år ennå ikke har maktet å tilby metadonbehandling til mer enn ca. 200 klienter på landsplan.

Jeg stiller meg sterkt kritisk til det faglige gigantprosjektet som er under etablering på Ullevål sykehus, MARIO, hvor betydelige deler av de tilmålte ressursene går til faglig profesjonsutvikling, og hvor man forutsetter en fagstab på hele 80 personer som skal ivareta poliklinisk behandling av 300 pasienter. Samtidig opplyses det at 300 klienter ferdig klarerte for metadonbehandling ved dette prosjektet må vente i tre-fire måneder på slik behandling. Statistisk vil denne ventetiden tilsa at et titalls mennesker vil måtte dø i denne ventekøen. Dette prosjektet kan neppe betraktes som et akutt strakstiltak på gateplanet, og det var jo nettopp det vi nå trengte. Jeg vil henstille til sosialministeren å gå inn i prosjektet ved Ullevål og sørge for at ressursene kommer pasientene og pasientbehandlingen til gode.

Om det er vilje, har vi nå muligheter til meget raskt å gi behandling til alle de sprøytenarkomane som i dag er i en livstruende situasjon. Vi må så raskt som mulig ta i bruk de medikamenter vi har til rådighet for å redde flest mulig liv. Behandling med Subutex kan meget raskt etableres ved våre kompetansesentre innen rusmiddelomsorgen. Det må imidlertid skje en radikal endring av opptakskriteriene for slik behandling, både når det gjelder alder og misbrukstid. Sett fra et helsemessig synspunkt kan det ikke være riktig å kreve ti års bruk av heroin for å få tilbud om metadonbehandling. Etter så lang tids bruk er pasienten både fysisk og psykisk livsvarig skadet.

I de større byene bør det etableres spesielle helsetilbud for de narkomane, slik at deres helsesituasjon generelt kan følges opp. De narkomane vil ikke kunne gjøre seg nytte av de vanlige tilbud i primærhelsetjenesten. Der blir de avvist, utstøtt og delvis trakassert.

Sosialministerens svar på spørsmål i spørretimen nylig fra representanten Einar Olav Skogholt om strakstiltak var særdeles skuffende. Nedsettelse av en arbeidsgruppe og mer tvang var sosialministerens forslag til

strakstiltak. Det er gårsdagens løsninger sosialministeren her foreslår.

Vi trenger ikke flere utredninger. Vi har kunnskap nok fra inn- og utland til å sette i gang. Og når denne arbeidsgruppen som sosialministeren har nedsatt, verken har fremtredende representanter fra Fagrådet innen rusvern i Norge eller representanter fra de institusjonene som er de tyngste og største innen narkotikabehandlingen, så sier det også noe om viljen til å tenke nytt.

Når det gjelder utvidet tvangsbehandling, er jeg meget skeptisk. Det må i hvert fall være behandlingsplasser å vise til hvis man skal gå til tvangsbehandling av narkomane, og disse behandlingsplassene finnes i dag ikke.

Jeg vil kort oppsummere:

1. Overfør ansvaret for behandling av de sprøytenarkomane til helseavdelingen i Sosial- og helsedepartementet.
2. Pålegg metadonprosjektet på Ullevål å starte behandlingen av de 300 personene i Oslo som er klarert for metadonbehandling, straks!
3. Godkjenn preparatet Subutex foreskrevet av psykiatere og indremedisinere for behandling av heroinmisbrukere!
4. Foreslå øremerket bevilgning for investering og drift av helsestasjoner for narkomane i Oslo og andre større byer!
5. Sørg for at Aker sykehus får anledning til å igangsette avgifting ved bruk av narkose.

Til slutt tar jeg opp de forslagene fra Fremskrittspartiet som ligger på representantenes plasser.

Presidenten: John I. Alvheim har teke opp dei forslaga han viste til.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Svaret på representanten Alvheim sitt spørsmål er ja. Eg har nytta mykje tid det siste året for nettopp å gjera situasjonen for dei mest forkomne stoffmisbrukarane betre. Arbeidet vil bli forsterka i 1999. Helseministeren og eg var i førre veke til stades ved opninga av det hittil nyaste tiltaket for denne gruppa; eitt av fem nye lågterskel helsetilbod til narkomane i Oslo. Departementet gjev tilskot til drifta av helsestasjonane, og vi har stilt midlar til rådvelde til evaluering av tiltaket for eventuelt å ha høve til å overføre erfaringane til andre byar.

Kriminalpolitisentralen har førebels registert i alt 270 dødsfall i samband med narkotika i 1998. Det er ein kraftig auke sidan 1997, då talet var 177. For fyrste gong var det like mange som døyde av narkotika utanom som i Oslo – 136 mot Oslo sine 134. Av dei som dør i Oslo, kjem om lag fjerdeparten frå andre kommunar. Dette synner at overdoseproblemet ikkje lenger er eit særskilt Oslo-fenomen.

Av dei 270 døde i 1998 var det 226 menn og 44 kvinner. Gjennomsnittsalderen til mennene var 35,5 år og til kvinnene 33,8 år. Bak kvart einaste tal i statistikken er eit menneske som hadde store problem å stri med, og som fekk eit altfor kort liv. Familie og vener sit igjen i sorg, ofte med ei rad spørsmål dei aldri fekk svar på.

Fleire faktorar verkar inn på mengda dødsfall på dette området. Generelt kan ein seia at det er fleire eldre misbrukarar som er fysisk og psykisk meir forkomne. Det er i hovudsak heroinet som tek liv, og dei fleste som dør, har misbrukt dette stoffet i fleire år. Tilgangen på heroin har lenge vore stor, og prisane går ned. Heroin i kombinasjon med alkohol og vanedannande lækjemiddel aukar faren for overdose med dødeleg utgang. Vi veit òg at misbrukarar som har vore i behandling, i fengsel eller har vore rusfrie ein periode av andre grunnar, mistar toleransen for heroin og får såleis auka risiko for overdose.

Eg har på nært hald fylgt arbeidet i Oslo siste året. Ei arbeidsgruppe, sett ned av Oslo kommune, la i april 1998 fram ein rapport med forslag til tiltak mot overdoseproblemet. Mange av tiltaka er sette i verk av kommunen. Det er oppnemnt ei tverretatleg styringsgruppe på politisk og administrativt nivå for å betra samordninga av innsatsen. Tilsette i offentlege og private verksemdar som kjem i kontakt med narkomane, t.d. på serveringsstader og i hospits, har fått opplæring i fyrstehjelp. Tilsette i institusjonar og fengsel skal nytta utskrivingsamtalane til m.a. å informera om farane for overdose ved bruk av heroin etter lengre opphald. Det er øyremerkte senger i institusjonar som kan ta imot klientar som har teke overdose. Behandlingsinstitusjonane har fått instruks om «å halda døra open» ein periode for klientar som fell ut av eit opplegg.

Mange av dei tungt belasta misbrukarane har dårleg helse og er særleg utsette for smitte av alvorlege sjukdomar som tuberkulose, hiv/aids, hepatitt og kjønssjukdomar. Ofte kjem dei for seint til eller held seg vekk frå den vanlege primærhelsetenesta. På dei nyopna helsestasjonane vil sjukepleiar gje enkel behandling, skifta på sår og byllar og driva smitteførebyggjande arbeid. Helsestasjonane gjev òg høve til å møte misbrukarane i trygge omgjevnader med rettleiing og orientering om behandlingssopplegg. Ein lækjar vil sirkulera mellom dei fem lågterskeltilboda, som òg vil samarbeida med ambulansenesta og dei andre tiltaka for rusmiddelmissbrukarar i kommunen.

Sosial- og helsedepartementet har sidan 1992 gjeve tilskot til tiltak for tungt belasta rusmiddelmissbrukarar i Oslo og etter kvart òg i andre større bykommunar. I 1999 får Oslo av Stortinget si løyving til utvikling av sosialtenesta og tiltak for rusmiddelmissbrukarar og tilskot til ei rekkje tiltak for dei mest problembelasta narkomane, mellom desse tilskot til den oppsøkjande tenesta og det særskilde helsetilbodet eg nett nemnde. Òg Tromsø, Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand, Arendal, Tønsberg og Drammen får tilskot frå denne løyvinga til lokalt tilpassa tiltak for den same målgruppa.

Tilbodet om metadonassistert rehabilitering er eit viktig supplement til dei medikamentfrie behandlingstiltaka og dei særskilde tiltaka som rettar seg mot misbrukarar i akuttsituasjonar og i tilfelle overdosar. Gjennom denne regjeringa si satsing, som Stortinget har slutta seg til, er tilbodet bygt ut til å vera landsdekkjande. Ved Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo var det pr. 11. februar i år etter senteret sine eigne opplysningar 239 kli-

entar inntekne til behandling frå helseregion 1 og 322 Oslo-klientar på søkjarlista. I Hordaland er 27 misbrukarar tekne imot til behandling, og 15 er på veg inn. I Vest-Agder er det 11 til behandling og tre på veg inn. Dei andre godkjende tiltaka byrjar inntaket i løpet av mars og april.

Trass i alt som vert gjort frå kommunane og staten si side, ser vi at hjelpa anten ikkje er der, eller at ein kjem til kort i altfor mange situasjonar når rusmiddelmissbrukarar treng hjelpa mest. Mange av oss kjenner at tolmodet vert sett på prøve i høve til at det tek tid å etablera eit individuelt tilpassa metadontilbod til alle som vonleg kan få nytte av det.

Samstundes veit vi at hjelpa må vera kvalifisert. Hadde vi opna for at alle lækjarar kunne skriva ut kva som helst av metadon og liknande lækjemiddel til alle misbrukarar som ynskte det, hadde det bore gale av stad. Vi veit at metadon som er skriva ut utan tilstrekkeleg kontroll og oppfølging, gjer vondt verre. I Noreg har vi valt å satsa medvite på at metadon skal vera eit verkemiddel for noko meir enn å halda pasienten under kontroll. Å ta metadon er ikkje i seg sjølv ei behandling som heilar opiatmissbruk. Ein lækjar som byrjar å skriva ut metadon, vil ta på seg eit pasientansvar som vil vara heile livet ut. Det må i staden byggjast opp eit forsvarleg kontroll- og tiltaksapparat i kommunane rundt kvar einskild klient som får tilbod om metadon gjennom individuelle tiltaksplanar. Samstundes er det naudsynt med stabile butilhøve. Utvidinga til nye misbrukarar går no fort, men både kompetansen og tiltaksapparatet må utviklast i eit forsvarleg tempo, slik at klientane får den oppfylginga som er naudsynt for å lukkast.

Det er debatt både nasjonalt og internasjonalt om dei såkalla skadereuserande tiltaka for narkomane, m.a. tilgangen på reine sprøyter, «sprøyterom» i tydinga offentleg innreidde stader der misbrukarane kan injisera med tilsyn av helsepersonell, og utskrivning av metadon og andre vanedannande lækjemiddel. Nokre land har gått langt i å syta for slike tiltak. Andre land har ei meir atterhalden og restriktiv haldning, og meiner at når ein ikkje får større skadereduksjon, er det det same som å ta steg i retning av ei liberalisering av narkotikapolitikken og legalisering av narkotikamisbruk.

Sjølv meiner eg det må vera mogleg og rett å ha fleire tankar og strategiar i hovudet på ein og same gong. Det finst ikkje eitt einskilt tiltak åleine som kan løysa rusmiddelmissbrukarane sin trong for hjelp og behandling. Vi må ha eit mangfald av ulike tiltak. Vi må både halda ved like og styrkja det medikamentfrie hjelpetilbodet i og utanfor døgninstitusjonane. Det er difor eg har sett ned ei arbeidsgruppe – ein behandlingssamordning, om ein vil – som, i samsvar med Stortinget sitt ynske, går gjennom tiltaka for rusmiddelmissbrukarar. Gruppa er godt i gang med arbeidet. Den ser på talet på behandlingss plassar i høve til etterspurnaden og kva manglar som er i dag, på tiltak for å vidareutvikla kvaliteten i tilbodet og på om det er naudsynt å føreslå forandringar i dei noverande administrative og finansielle ansvarstilhøva. Gruppa skal vera ferdig med dette arbeidet før sommaren. Eg vil

koma tilbake til Stortinget i samband med stortingsmeldinga «Omsorg 2000», som eg nemnde i den førre saka.

Samstundes må vi vera viljuge til å vurdera nye forsøk og nye tiltak når vi ser at det som er sett i verk til no, ikkje når mange nok. Eg vil i lag med norsk ekspertise allereie om to veker vitja Frankrike for å få direkte kunnskap om dei erfaringane dei har med buprenorfin. Eg vil ha med meg representantar både frå metadonsenteret i Oslo og frå Fagrådet innen rusvernet i Norge for å vurdera ei eventuell oppfølging.

John I. Alvheim (Frp): Jeg takker statsråden for svaret. Det positive med statsrådens svar var det siste som ble sagt, nemlig at statsråden var interessert i og opptatt av å vurdere nye tiltak. Det synes jeg er hyggelig å registrere, og jeg ønsker lykke til på reisen til Frankrike når det gjelder dette medikamentet, som man der har brukt lenge og med god erfaring. Men vi trenger ikke å finne opp kruttet på nytt i dette landet. Når vi har solid utenlandsk dokumentasjon, og også en snev av god dokumentasjon fra eget land, skulle det ikke være nødvendig å foreta den ene utredningen etter den andre for å komme i gang.

Jeg avviser tanken om at metadonbehandling er å betrakte som en legalisering. Det avviser jeg kontant. Det er riktig at de fleste av dem som får metadon, er i en så langt fremadskreden situasjon at de kanskje blir avhengig av metadon i hele sitt liv. Men vi redder deres liv! Vi gir dem en normalisert livssituasjon og livskvalitet, og det synes jeg er særdeles viktig å ha for øye også i forhold til disse.

Sosialministeren svarte ikke på mine tanker rundt å flytte de sprøytenarkomane bort fra klientrollen i sosialomsorgen som de er beheftet med, og over til en pasientrolle i helsevesenet. Jeg tror at det i seg selv å oppjustere omsorgen for de narkomane, slik at de ikke blir sammenlignet med den store gruppen sosialklienter, ville være en utrolig god begynnelse. De er ikke sosialklienter – de er syke mennesker, de er pasienter! Det må vi holde fast ved, og ut fra de synspunkter må vi også legge til rette for den behandlingen som skal gis.

Ellers er jeg godt fornøyd med de lavterskeltilbud som nå er etablert i Oslo, og jeg vet sosialministeren har hatt en sterk hånd med i det. Det setter jeg stor pris på og er veldig glad for. Men det er ikke bare Oslo, som det ble sagt. Vi trenger faktisk disse tiltakene i alle de større byene nå. Og det var overraskende å høre at det ikke bare var 200 døde, men 270. Det gjør situasjonen enda mer alvorlig, sett fra mitt ståsted.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Eg er glad for nye tre minutt til å utdjupe mitt svar, for ikkje å bli misforstått slik at nokon kunne tru at eg valde ikkje å svara på somme av Alvheim sine spørsmål.

Lat meg ta det med organiseringa fyrst. Det er ingen tvil om at svært mange rusmiddelmissbrukarar er pasientar. Dei er storforbrukarar av helsetenester, og dei får sine helsetenester på lik linje med andre pasientar. For å nå endå fleire av dei med helsetenester er desse helsesta-

sjonane sette i gang. Men eg vil ta avstand frå å gjera rusvernet til eit reint helsespørsmål. Det meiner eg både er å neglisjera dei samansette sosiale årsakene som ofte ligg til grunn for rusmiddelmissbruk, og å oversjå potensialet til motivasjon og vekst hjå den enkelte. Det vil vera til stades hjå mange og må utviklast, og det krev eit samansett hjelpetilbod utover helsetenester.

Så er spørsmålet: Kva er tildeling av metadon? Etter vedtak i Noreg brukar ein termen «metadonassistert rehabilitering» nettopp for å understreka den same trua på at den enkelte rusmiddelmissbrukar, så langt det let seg gjera, skal fylgjast opp med bustadtilbod, utdanning, arbeid – kva det måtte vera – for å gjera det mogleg for han eller ho å få eit rusfritt liv på sikt. Skal ein lukkast med det, seier det seg sjølv at det er heilt naudsynt med ein tiltaksplan rundt den enkelte dette gjeld, og då er det nok òg i botnen for eit opplegg behov for fagkompetanse som tek hand om dette i samarbeid med kommunane.

Så til erfaringar frå Frankrike og andre land. Der er det vellukka erfaringar med buprenorfin som alternativ til metadon. Men det er òg høg risiko ved bruk av dette stoffet, fordi det er i tablettform, blir knust og kan takast med sprøyte, i motsetnad til metadon, som blir gjeven i flytande form, utblanda i søt saft. Det er òg stor usemje om bruken av Subutex i fagmiljø i Noreg. Om det ikkje hadde vore det, hadde det vel her vore eit sterkt press frå lang tid tilbake for å utvikla dette tilbodet i Noreg. Så her meiner eg vi må hausta erfaringar og sjå på dei vurderingane som er gjorde.

Gunhild Øyangen (A): Overdosesituasjonen i Norge er ekstraordinær. Den siste tiden har vi sett en dramatisk økning i tallet på overdosedødsfall, og problemet sprer seg utover landet. I fjor døde langt over 200 mennesker, hvorav om lag 140 i Oslo.

Overdosedødsfallene representerer et av våre mest alvorlige sosiale problemer. Dessverre er det mye som kan tyde på at overdosedødsfallene bare representerer toppen av et isfjell. Det er en ekstraordinær situasjon, som krever ekstraordinære tiltak, og etter mitt syn må vi ta situasjonen mye mer alvorlig enn hittil. Fra Arbeiderpartiets side legger vi derfor fram en tipunksplan ut fra den svært kritiske situasjonen vi opplever. Forslagene er en blanding av straktiltak og mer langsiktige, forebyggende tiltak.

I løpet av 1990-tallet har om lag 1 000 mennesker møtt overdosedøden. Vår oppgave er ikke å moralisere over de ulykkelige menneskene. Vår oppgave er å treffe skadereduserende tiltak som kan redde medmennesker. Vi kan ikke unnlate å ta i bruk virkemidler som vi vet fungerer – så lenge det settes over 2 000 overdoser årlig, hvorav over 200 med dødelig utgang, kan vi ikke unnlate å prøve skadereduserende tiltak vi vet virker. Erfaringene med metadonassistert behandling er god. Behandlingen hjelper tunge narkomane til en lettere og mer verdig tilværelse. Arbeiderpartiet foreslår derfor at tilbudet om metadonassistert behandling gjøres landsomfattende – fordi dette ikke er gjennomført.

(Øyangen)

Pr. i dag venter om lag 500 tunge narkomane på metadonbehandling. Med dagens kapasitet kan det gå flere år før de narkomane får den behandling de mer enn noe annet ønsker. I løpet av den tiden vil en del av dem med sikkerhet sette overdose. Det haster derfor med å få på plass supplerende tiltak. Arbeiderpartiet foreslår at de tunge misbrukerne som venter på metadon, får tilbud om behandling med Subutex. Erfaringene med Subutex, særlig i Frankrike, men også i Skien, er meget gode. Subutex-behandling kan iverksettes på kort varsel, det er enkelt å administrere, og økonomisk sett er det et rimelig tilbud. Legemidlet er allerede godkjent til bruk på visse vilkår i Norge, og jeg tror statsråden er kjent med at det er faktisk et press fra fagmiljøene om å ta det mer i bruk.

Arbeiderpartiet vil videre ha utredet de prinsipielle og praktiske sidene ved såkalte sprøyterom. Erfaringene fra Frankfurt kan tyde på at sprøyterom bemannet med helsepersonell har resultert i nedgang i tallet på overdosedødsfall. Hensiktsmessigheten med sprøyterom må derfor utredes straks, og eventuelle motargumenter må også belyses. Fagmiljøene ser et nytt overdosemønster, der om lag halvparten av overdosene settes av folk som ikke er kjent av behandlingsapparatet fra før. Dette betyr at tiltak må settes i verk med sikte på bedre kartlegging og mer oppsøkende arbeid i kommunene.

For mange overdoseofre er dårlig allmennhelsetilstand en fellesnevner. Det må derfor settes inn tiltak som oppsøkende helseteam i byene, ulike lavterskeltilbud for de narkomane og også helsevurdering og helserådgivning i tilknytning til sprøytebussen i Oslo. Det haster med å få på plass strakstiltakene som kan hjelpe dagens narkomane. På lang sikt vil det være avgjørende viktig å styrke det forebyggende og holdningsskapende arbeidet blant barn og unge. Kun med aktiv forebygging på et bredt plan kan vi ta narkotikaproblemet ved roten.

Så til forslagene som er fremmet av Arbeiderpartiet: Det er gjort en retting i forslag nr. 4 som er omdelt i salen. Tallet 500 er tatt ut. Forslag nr. 6 rettes til:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etablert oppsøkende helseteam og lavterskel helsetilbud for narkomane i de større byene.»

Videre er Arbeiderpartiets forslag, som er fremmet av meg selv, såpass omfattende at jeg derfor vil foreslå at det sendes til sosialkomiteen til behandling.

Presidenten: Gunhild Øyangen har då teke opp forslaga på vegner av Arbeidarpartiet, med dei endringane ho refererte.

Are Næss (KrF): Rusgifter og andre avhengighets-skapende stoffer forårsaker tragiske dødsfall. Som interpellanten påpeker, har det i 1998 vært ca. 200 overdosedødsfall som følge av narkotika. Tallmessig representerer dette bare en liten brøkdel av dødsfall på grunn av avhengighetsskapende stoffer, først og fremst tobakk, som hvert år er skyld i 7 000-8 000 dødsfall i Norge, dvs. et dødsfall omtrent hver time i døgnet, alle årets dager, der nest alkohol, med antatt rundt 1 500 dødsfall pr. år. Både

tobakk og alkohol fører ofte til langvarig sykdom, men også plutselige dødsfall. Ulykker i forbindelse med alkohol er bl.a. den største dødsårsak blant ungdom under 25 år. I tillegg til ulykker har vi også drap og selvmord. Dessuten er det viktig å huske at alkohol spiller en økende rolle i dødsfall som tilskrives narkotikaoverdoser. Blandingsmisbruk er som kjent en stadig viktigere årsak til overdosedødsfall.

De tragiske dødsfallene som skyldes overdose av narkotika, er på mange måter altså et dramatisk uttrykk for toppen av et isfjell. Når vi ønsker å forebygge og hindre disse over 200 dødsfallene, må vi også satse på forebyggende arbeid mot de bortimot 10 000 årlige dødsfall som skyldes rusgifter og andre avhengighetsskapende stoffer.

Vi må også ha klart for oss at overdosetallet alene ikke er det eneste målet på effekten av en nasjonal narkotikapolitikk. Når det gjelder de konkrete tiltak, vil jeg vise til sosialministerens innlegg. Jeg er spesielt glad for den nye feltpleien som Oslo kommune har åpnet som helsetilbud for hovedstadens rusmiddelmissbrukere. Som interpellanten påpeker, er det snakk om pasienter med en rekke ulike sykdommer. Det er blitt sterkt fokusert på metadonbehandling. Slik behandling krever en motivert stab, aktiv rådgivning og klar struktur. Å utdele metadon uten aktiv oppfølging har liten positiv effekt på atferd og livskvalitet. Det tar derfor tid å bygge opp dette tilbudet, som Stortinget allerede har vedtatt skal være landsomfattende. Det er derfor ingen grunn til å vedta dette en gang til i dag, slik som Arbeiderpartiet foreslår.

Jeg merker meg med undring at Arbeiderpartiet nå også vil slå inn på den nye praksis å starte behandling med navngitte medikamenter på grunnlag av en interpellasjonsdebatt. Jeg anser meg ikke som kompetent til å dele ut slike resepter, og det tror jeg med respekt å melde heller ikke Stortinget som helhet er.

Et annet av Arbeiderpartiets forslag stikker seg også ut. Her ber Arbeiderpartiet om at Regjeringen skal utrede etablering av sprøyterom bemannet med helsepersonell. Dette betyr i klartekst at helsepersonell i så fall skal være til stede, eller for den saks skyld assistere ved bruk av illegale stoffer. Dette er et forslag som vil innebære en om ikke juridisk, så i hvert fall praktisk legalisering av narkotikamisbruk. Hvis det er det Arbeiderpartiet egentlig ønsker å utrede, synes jeg det hadde vært mer skvært å si det rett ut. Etter mitt syn er det ikke helsepersonells oppgave å assistere ved narkotikamisbruk. Det er heller ikke Stortingets oppgave å drive den form for regjereri som Arbeiderpartiets mange og detaljerte forslag legger opp til.

Annelise Høegh (H): De tragiske overdosedødsfallene øker. Det ser dessverre ut som de gjør det år for år. Jeg er enig med statsråden i at vi derfor trenger et mangfold av tiltak. Når overdosedødsfallene har økt det siste året, henger det ikke minst sammen med at heroin nå er lettere tilgjengelig og prisene lavere enn noen gang før. Derfor må man i kampen mot overdoser ikke bare rette seg inn mot misbrukerne, men også gi politiet de økte ressurser de trenger for å kunne begrense omsetningen av heroin.

Og vi må ha et mangfold av forebyggende tiltak, slik at ungdom ikke begynner på en narkotikaavhengighetsbane.

Til tross for interpellantens store engasjement, som vi alle har stor respekt for, synes jeg nok at interpellasjonen etterlater et inntrykk av at det ikke gjøres noe særlig i Oslo for å prøve å begrense overdosedødsfallene og å begrense narkotikaavhengigheten. Det er ikke riktig, som også statsråden var inne på. Oslo bruker faktisk over 500 mill. kr på ulike bo- og behandlingstilbud og like mye gjennom sosialtjenesten for rusmiddelbrukere. Bare i år har man økt budsjettet med 40 mill. kr, i tillegg til det man ellers bruker. Men det er god grunn til – slik interpellanten også gjør – å stille spørsmål ved om det ikke fra statens side burde gjøres mer for å hjelpe Oslo og andre byer til å prøve å komme dette problemet til livs.

Det er riktig som statsråden også sa, at byrådet i Oslo har tatt initiativ til gjennom en arbeidsgruppe å få frem en rekke tiltak for å møte disse problemene. Jeg nevner bare noen av dem jeg synes er viktigst. Det er nå opprettet et rådgivende utvalg for narkotikas spørsmål der både Rusmiddeldirektoratet, fengselsvesen, politi og kommunale instanser går sammen. Vi har fått førstehjelpsopplæring for ansatte både i private og i offentlige virksomheter, også for misbrukerne selv. Det er lansert – som statsråden var inne på – opprettelse av lavterskel helsetilbud på fem ulike steder.

Jeg synes det er viktig, når enkelte partier nå foreslår noe de kaller en ny narkotikapolitikk, at man ser på totaliteten. Jeg er ikke sikker på at de såkalte sprøyterommene er veien å gå. Vi vet jo at bare ca. 20 pst. av overdosedødsfallene skjer ute, 50 pst. skjer i private hjem, 20 pst. i andre boliger, som hospitser og andre botilbud. Jeg mener det må være bedre å bygge opp helsetilbud som oppsøker misbrukerne og gir dem hjelp og rådgivning, i stedet for at det skal være lettere og lettere å kunne sette sprøyter.

Ola D. Gløtvold (Sp): Vi har hatt en dramatisk økning i antall overdosedødsfall i senere tid her i Norge. Dette er tragedier for veldig mange mennesker, og det er en tragedie for velferdsstaten Norge. Vi trenger et mangfold av tiltak, og jeg synes kanskje at en del av dem som engasjerer seg sterkt i dette nå, innsnevrer det ganske sterkt.

Narkotikaproblemet og misbruksmønsteret er ikke statisk, sa statsråden, men mer eller mindre hele tiden i forandring, og det stiller oss overfor nye narkotikapolitiske utfordringer. Det er riktig. Men jeg synes at det blir veldig mye snakk om dette med metadon og substituttbehandling i forhold til en mangfoldig tiltaksplan der en må ta langt flere hensyn enn bare å bytte ut de illegale midlene med det som kan gis medikamentelt.

Når Arbeiderpartiet nå fremmer en tipunksplan for denne sektoren og dette arbeidet, er det i og for seg prisverdig nok. Men det blir en litt flau smak iallfall i min munn når de kommer med en sånn tipunksplan. For det første er det ganske løsvrevne punkter. For det andre blir det litt merkelig, når vi vet at dette partiet satt med regje-

ringsmakten til på slutten av 1997 og ikke kom med noen av disse punktene da, for en del av punktene kan en si er mer tidløse. Samtidig – når en ser på en del av disse punktene – er det jo ting som er i gjenge når det gjelder å drive dette arbeidet.

Noen av punktene er ganske radikale. Det er bra at vi får radikale forslag i forhold til et stort og vesentlig problem, men jeg synes det er reflektert veldig lite rundt disse relativt radikale forslagene, som forslaget om at de 500 tunge misbrukerne som venter på metadonassistert behandling, skal få Subutex øyeblikkelig.

Et annet forslag gjelder dette med å etablere sprøyterom bemannet med helsepersonell. Jeg tror at vi her har en vei å gå når det gjelder å diskutere de juridiske og ikke minst de prinsipielle og etiske sider ved dette. Blant annet har det vært nevnt av andre representanter at mye av dette skjer i de private hjem. Jeg tror at vi må ha en lang videre tiltaksplan med et tiltaksapparat som bygges opp for den enkelte misbruker, og også et kontrollsystem som gjør at vi ikke legaliserer disse rusmidlene mer enn høyst nødvendig.

May Britt Vihovde (V): Mange narkomane i Noreg i dag er plasserte nedst på vår sosiale rangstige. Ein blir sett på som kriminell, farleg og valdeleg. Ein har dårleg helse. Ein er kanskje utan bustad og utan utdanning som gir moglegheiter til arbeid, og kanskje er ein utan familie og det sosiale nettverket som vi menneske treng.

I denne debatten er det fokusert på dei mange som døyr av overdose. Men me må ikkje gløyme dei som på grunn av dårleg helse mistar livet, heller ikkje dei som ikkje orkar meir og sjølv vel å ta sitt eige liv. Det viktigaste av alt er difor at me i vår politikk for å betra tilhøva for våre narkomane set menneskeverd og auka livskvalitet først. Då må ein kanskje endra på ein del strategiar og tiltak som me har bygd vår narkotikapolitikk på hittil.

Det førebyggjande arbeidet for at ungdommen vår ikkje skal byrja med narkotika skal sjølv sagt førast vidare, og det må forsterkast. Me må vurderer nye tiltak for dei som ikkje klarer å koma seg ut av misbruket. Me må arbeida for å få individuelt tilpassa behandlingstilbod. Det seier seg sjølv at då må behandlingstilbodet bli landsomfattande.

Metadonprosjektet som er starta opp, må evaluerast. Medan me arbeider for å få eit tilbod som er optimalt når det gjeld kvalitet, bør me kunna vurderer strakstiltak som betrar våre narkomanes livssituasjon. Kriteria for å få behandling bør evaluerast.

Aldersgrensa for å få behandling er 25 år. Mange unge byrjar med heroin i tolv-trettenårsalderen, og me må ikkje stengja desse ute frå behandling om dei ønskjer det. Kriteriet om fast bustad må vurderast. Sosialministeren har sett ned ei arbeidsgruppe til å gå gjennom tiltak for rusmiddelbrukarar. Eg vonar denne arbeidsgruppa òg vurderer dei tiltaka som andre land har sett i gang. Sosialministeren viser til erfaringar i Frankrike. Men ein bør òg studera resultatata frå t.d. Danmark, Frankfurt og Zürich.

Det sveitsiske prosjektet med heroinbehandling av langt komne narkomane har ført til positive konsekven-

sar både for dei narkomane sjølve og for samfunnet rundt dei. Me må vurdera om slike prosjekt òg kan vera ein del av vårt behandlingstilbod. Det er difor viktig at me ser på kva andre land har sett inn av tiltak for å auka livskvaliteten for sine narkomane. Me òg kan, sjølv som enkeltmenneske, gjera ein innsats. Eg har lyst til å gi honnør til Kirkens Bymisjon og NSB, som har starta eit samarbeid for å betra tilhøva for dei som i dag ferdast på Oslo Sentralstasjon.

Arbeidarpartiet og Framstegspartiet har lagt fram i alt 13 forslag til vedtak. Eg er glad for at desse no – iallfall frå Arbeidarpartiets side – er vurderte sende over til sosialkomiteen.

Sosialministeren seier ho vil orientera Stortinget om resultatet av arbeidet til arbeidsgruppa. Venstre ønskjer då at Stortinget drøftar alle problemområda når det gjeld bruk av narkotika.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg synes det har vært interessant å følge den debatten som har vært her i dag, og jeg vil innledningsvis si at det er virkelig prisverdig av lederen i sosialkomiteen – og interpellanten – å ta de initiativ han tar, knyttet til narkotikaomsorgen. Jeg synes han har et både troverdig engasjement, og med de innspillene som kommer, er noen hver av oss nødt til å tenke gjennom det tilbudet man har hatt for narkomane, og de behandlingstilnæringer man har hatt.

Jeg synes at når noen begynner å gjøre et poeng av at Arbeiderpartiet har sviktet sitt ansvar, er det for billig, for her har alle partiene sviktet sitt ansvar. Også i SV har holdningen knyttet til behandling med metadon vært restriktiv. Jeg må for min egen del si etter at sosialkomiteen var i Hong Kong, at det var til ettertanke å se de resultatene de hadde der. Man bør i mye større grad gjøre metadon tilgjengelig, og man bør gjøre det raskt over hele landet. Og selvfølgelig skal det skje som ledd i et rehabiliteringsopplegg.

Når Arbeiderpartiet i dag kommer med sine ti punkter, synes jeg det er veldig prisverdig. Spesielt når vi ikke skal realitetsbehandle forslaget i salen, men får det oversendt til sosialkomiteen – og jeg forstår at det også blir realiteten med forslagene fra Fremskrittspartiet – betyr det at man på en helt annen måte enn til nå må tenke gjennom den politikken som har vært ført når det gjelder narkotika og narkotikamisbruk i Norge, og gjerne også at regjeringspartiene får anledning til å trekke inn de andre perspektivene de er opptatt av. Men jeg synes å merke at her er det ulike holdninger i ulike partier, og at regjeringspartiene er de som på en måte holder mest igjen og er mest skeptiske til tiltak, kanskje også når det gjelder metadon.

Vi må ta innover oss at narkotikaomsorgen i Norge faktisk har sviktet. Det er så betydelige forskjeller på de resultater man har oppnådd i andre land og i Norge, at vi ikke kan sitte og vente på at vi får tall tilsvarende det som man fikk i fjor – 270 er et aldeles uhyggelig tall. Og når sosialministeren sier at narkotikamisbrukere også bruker helsevesenet, fordi de utvikler sykdom, er det viktig å være presis på at narkotikamisbruk, rusmiddelmisbruk,

er en sykdom i seg selv. Når interpellanten er opptatt av at det må man se på, kanskje også se på om helseavdelingen i Sosial- og helsedepartementet skal ha ansvaret, synes jeg det er en type betraktninger som faktisk har mye for seg.

Det kan nesten ikke være sterkt nok engasjement knyttet til de narkomane og til å gjøre forholdene bedre for dem. Ethvert initiativ som i så henseende setter saken på dagsordenen, vil i hvert fall jeg og SV se på som prisverdig. Derfor vil jeg gi ros også til Arbeiderpartiet for det initiativet de her har vist. SV vil følge dem langt på vei, selv om man må diskutere Subutex, og om det skal frigjøres.

Einar Olav Skogholt (A): Jeg vil få gi honnør til stortingsrepresentant Alvheim, som har tatt opp et meget viktig tema i dag i sin interpellasjon. Mens Stortinget debatterer sosialkomiteens saker i dag, vil én person ha tatt en overdose i Oslo. Over 2 000 personer tok overdose i 1998. Det er bare en meget dyktig ambulansetjeneste i bl.a. Oslo som gjør at vi ikke hadde flere enn ca. 200 overdosedødsfall i 1998. Dette er et altfor høyt tall. Antall overdosedødsfall øker dessverre fra år til år, og er av de høyeste i forhold til land vi kan sammenlikne oss med. Ca. halvparten av dem som dør av en overdose, er ikke kjente for hjelpeapparat, politi m.m. Hvilke tilbud har vi til alle dem som ambulansetjenesten redder etter en overdose? Jeg er redd for at de aller fleste blir sendt ut på gata eller til sin bolig – om de har noen.

Vi har en formidabel oppgave med å bedre ettervernet for rusmiddelmisbrukere. Det aller viktigste er selvsagt å satse på forebyggende arbeid, hindre at man i det hele tatt begynner med stoffmisbruk. Men vi må samtidig være i stand til å ta hånd om alle misbrukere, ikke minst de svært syke og sterkt nedkjørte narkomane.

Jeg håper også at kommunene vil skaffe botilbud til de hjemløse, bl.a. ved bistand fra Husbanken. Jeg har inntrykk av at vi er for redde for å gå inn på banehalvdelene hvor misbrukerne befinner seg, for å gi råd, veiledning mv.

Representanten Gløtvold var opptatt av at Arbeiderpartiet i regjeringsposisjon ikke hadde foretatt seg noe. Narkotikameldingen ble lagt fram i 1997 og behandlet i Stortinget i mai 1997, med mange radikale vedtak. Jeg synes at det er ufattelig at vi kan drive en partikrangel istedenfor å hjelpe de narkomane. Vi må være åpne for å endre vårt behandlingsopplegg, vår strategi, til enhver tid. Det er ikke sikkert at gårdsdagens svar er løsningen på morgendagens oppgaver. Stortinget vedtok i mai 1997 at vi skulle få et landsomfattende tilbud om metadonassistert behandling. Et slikt tilbud er ikke iverksatt til å fungere over hele landet. Vi har lange ventelister over personer som venter på å få metadonassistert behandling – over 300 bare i Oslo. Våre tunge misbrukere har ikke tid til å vente ett eller flere år på et slikt tilbud; de må ha hjelp snarest. Som et straktiltak foreslår Arbeiderpartiet at Regjeringen iverksetter tilbud om behandling med Subutex for de tunge misbrukerne som venter på metadonassistert behandling.

I den senere tid har det pågått en diskusjon om å etablere sprøyterom i Oslo. Selv om dette er et vanskelig spørsmål, er jeg glad for at Arbeiderpartiet har foreslått å be Regjeringen utrede etableringen av sprøyterom bemannet med helsepersonell. Fremskrittspartiet har også fremsatt et forslag, nr. 13, som jeg synes er meget bra, og jeg vil anbefale at vi gir vår tilslutning til det.

Gunnar Breimo hadde her overtatt presidentplassen.

Asmund Kristoffersen (A): Antallet overdosedødsfall var 134 i Oslo i 1998. Sju personer blir hver dag reddet fra overdosedøden i Oslo. Trolig har narkotikarelaterete dødsfall nå passert 250 pr. år på landsplan. Dette forteller om en dramatisk situasjon, og vi må spørre: Er offentlige myndigheter, hjelpeapparat og organisasjoner for passive?

Denne virkeligheten forteller oss at mye ikke er godt nok i tiltakskjeden. Det hevdes fra kompetent hold at ca. 50 pst. av dem som dør av overdose, er totalt ukjente for hjelpeapparatet og politiet. Dette er skremmende. Dette er ytterst alvorlig. Og igjen må jeg stille spørsmålet: Er det slik at terskelen til hjelpeapparatet er for høy for de fleste? Svaret er åpenbart ja, og konsekvensen er at vi må ha lavterskeltilbud som møter de narkomane der de er. Dette krever nye holdninger, og dette krever nye handlinger.

Forebygging er selvsagt det aller viktigste, men med henvisning til overdosetallene, både de over 2 000 som hvert år blir reddet fra overdosedød bare i Oslo, og de ca. 250 som dør i Norge, gjelder det å redde liv. For andre grupper enn narkomane skyr vi ingen anstrengelse for å redde liv.

Når Arbeiderpartiet i dag fremmer en rekke forslag, er det nettopp med bakgrunn i den virkelighet vi nå ser.

Å hjelpe narkomane må også bli en helseutfordring, og vi må ikke lenger betrakte disse som håpløse sosialkassus.

Vi må vurdere muligheten for og konsekvensen av å opprette sprøyterom.

Vi må la de narkomane få tilgang til rene sprøyter for å hindre smitte av f.eks. hepatitt og hiv.

Vi må bort fra hospitsene som nær sagt eneste botilbud, og kommunene må ansvarliggjøres for å få til gode botilbud.

Vi må høste av erfaringene fra andre land.

Vi må vurdere medikamentbruk som et reelt alternativ til kriminalitet og død.

Vi må utvide metadonprosjektene i kombinasjon med verdige boforhold og tett faglig oppfølging, og vi kan ikke tilby dem som venter på å bli med i metadonprogrammene, et fortsatt liv i misbruk og kriminalitet, når medikamentell behandling kunne hjelpe. Selv om forebyggingstiltakene er de viktigste, hjelper dette ikke dem som alt er avhengige.

Inger Lise Husøy (A): Debatten og virkeligheten viser at noe er riv ruskende galt innenfor behandlingen av

de narkomane. Jeg er enig med SV-representanten i at alle partier har sviktet sitt ansvar i narkoomsorgen, og jeg er veldig glad for at mitt eget parti nå tenker nytt.

På et hvilket som helst annet område i samfunnet med så mange dødsfall blant unge mennesker ville politikere og helse- og sosialvesen stått på hodet for å redde dem. Det har ikke skjedd. Hvorfor har det ikke skjedd? Har de ikke livets rett? Er det ikke verdt å forsøke å redde dem? Har vi gitt opp?

Vi har alle et ansvar, som jeg sa. Og det billigste er jo å la dødsfallene skje. Det er nemlig ikke noe nytt at det blir reist kritikk mot narkoomsorgen, og at vi har sett at den ikke har fungert. Overdose er blitt mer omfattende, men det er ikke noe nytt. Hvor mange foreldre og søsken lurer på om sønnen, broren eller søsteren vil overleve neste sprøytestikk?

Interpellanten lurte på om hjelpetiltakene har spilt fallitt. Det er sterkt av sosialkomiteens leder å stille det spørsmålet, og det verste er jo – når vi ser tallene – at han har rett. Jeg skal gi et eksempel: For kort tid siden var det en jeg kjenner som forsøkte å komme inn på akutten ved Ullevål sykehus. Han hadde ventet i to måneder. Så kommer han inn, og han får selvfølgelig abstinens, blir smågal, skriver seg ut igjen neste dag og spaserer ut av akutten på Ullevål. En behøver ikke ha mye greie på dette for å skjønne at det må være noen tvangstiltak i denne type behandling. Når en frivillig skriver seg inn, må en også frivillig kunne si at en må ha noen tvangstiltak akkurat i den verste fasen. Så går det to nye måneder da, med å vente og håpe på å komme inn – om han lever.

Dette er snakk om folk som har skuffet familien, skuffet seg selv, skuffet alle dem som har trodd på dem og hjulpet dem oppover. Da blir kanskje overdosen en vei ut av det, for de ser ikke noen annen utvei. I dette tilfellet skulle vedkommende avruses sammen med folk som gikk på metadon. Noen er helt skjelvne og andre er høyt der oppe, og da går det simpelthen ikke an å la være å sprekke. Vi må møte motiverte rusmiddelmissbrukere på en helt annen måte i behandlingssystemet.

Så har jeg lyst til å si at det gjøres en masse i Oslo. Men jeg synes alle partier her må ta innover seg at det ikke gjøres nok, og det gjøres kanskje ikke det riktige. 500 mill. kr til Oslo, det er antakelig til hele rusomsorgen.

Kort vil jeg si om sprøyterom: Det er ikke snakk om at det skal være veien å gå; det er ett av mange tiltak vi vil iverksette, og som jeg synes at flertallet i Stortinget bør – og jeg håper vil – være med på å prøve ut, for å forhindre flere overdosedødsfall.

John I. Alvheim (Frp): Jeg vil først få si fra om at forslagene fra Fremskrittspartiet vil bli foreslått oversendt komiteen, i likhet med det som nå er foreslått for Arbeiderpartiets forslag.

Statsråden sa at det er stor uenighet i fagmiljøene. Ja, jeg har registrert det. Men den uenigheten finner man hos dem som utelukkende har den ideologi at rusmiddelmissbruk skal bekjempes og føre til stoffrihet. Det sitter fremtredende, meget betydningsfulle fagpersoner langt oppe i

systemet som holder igjen og holder igjen, og har gjort det i årevis. Jeg kan nevne Borgestadklinikken i Skien, der vi har en ansvarlig overlege som er uttalt motstander av metadonbehandling, og som selvfølgelig bruker sin innflytelse i så måte, der det er nødvendig. Dette kan jeg rett og slett ikke akseptere, sosialminister!

Jeg er glad for at denne debatten så langt har vist at det nå er større enighet i det politiske miljø enn det er i fagmiljøene. På vegne av de sprøytenarkomane er jeg særdeles glad for det. For det er tross alt snakk om å redde liv, det er snakk om å gi også disse menneskene en livskvalitet som du og jeg setter stor pris på, og som de i dag ikke har. De har det stikk motsatte. Hadde jeg hatt tid, skulle jeg ha fortalt om mange selvopplevde situasjoner i denne by – hvor broren går bort og dør etter en overdose, hvor søsteren har hatt problemer over flere år, vært innlagt akutt på Ullevål flere ganger, ligget i respirator. Men hun har ikke gått lenge nok på heroin til å bli tatt opp i metadonprosjektet, og så er hun for ung! Det må da være riktig helsemessig å gå inn og gi hjelp så tidlig som mulig, før mennesket er totalt nedbrutt.

Statsråd Magnhild Meltveit Kleppa: Eg er glad for komiteleiaren sitt initiativ til denne debatten og òg for det breie engasjementet som er i alle parti for å sikra fleire tunge narkomane oppfølging. Det er ingen tvil om at vi treng både å styrkja det førebyggjande arbeidet, å sjå samanhengen mellom alkohol- og narkotikabruk og å styrkja behandlinga og oppfølginga av rusmiddelmissbrukarar. Eg er utolmodig. Eg har, som eg har orientert om, auka innsatsen i 1999, og ventar no – òg med utolmod – på arbeidsgruppa sine tilrådingar. Eg veit dei er klare den 1. mars med fyrste delrapport, om samanhengen mellom det tilbodet som er, talet på plassar og det behovet som finst. Eg vil ikkje det skal stå igjen at dette er ei gruppe som ikkje veit kva dette handlar om. Leiaren og sekretæren er begge habile forskarar, og det er elles medlemmer med erfaring frå dette feltet. Dei skal sjølv sagt òg ha tett kontakt med fagrådet innan rusvernet.

Til oppfølging av forsøk med Subutex. Lat meg seia at det er eit forsøk i Skien. Departementet har motteke ein søknad om forsøk i Oslo. Eg vil gje ei vurdering av utviding av slike forsøk kort behandlingstid. Straks etter studiereisa til Frankrike om to veker vil eg i lag med Statens helsetilsyn og andre instansar her sjå på på kva måte vi kan fylgja opp. Lat meg understreka at i denne studiereisa ligg òg besøk i Frankfurt for å få orientering om dei erfaringane ein der har gjort med sprøyterom.

Hill-Marta Solberg sa på Internett 9. februar:

«Jeg vet fra min tid som sosialminister at arbeidet med å bekjempe narkotikaproblemene er krevende og ingen har til dags dato lansert den «perfekte» løsningen.»

Eg konstaterer at det i dag er brei tilslutning til at det trengst eit mangfald i tilbodet for å nå flest mogleg. Det er òg nødvendig å vurdere nye tiltak, og det vil bli gjort.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 2 omme. (Votering, se side 1968)

S a k n r . 3

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem lovforslag som forbyr omskjæring av guttebarn, som ikke har medisinske årsaker (Innst. S. nr. 82 (1998-99), jf. Dokument nr. 8:6 (1998-99))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 15 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 25 minutter, Fremskrittspartiet 10 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Høyre 10 minutter, Senterpartiet 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Venstre 5 minutter og Tverrpolitisk Folkevalgte 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke blir gitt høve 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.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) (ordfører for saken): Det er fremmet et Dokument nr. 8-forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem lovforslag som forbyr omskjæring av guttebarn som ikke har medisinske årsaker.

Som bakgrunn for forslaget fremholder forslagsstillerne at det i mange år har vært et krav fra religiøse og kulturelle miljøer i Norge om at rituell omskjæring av guttebarn skal inngå i helsetilbudet vårt. Omskjæringen ønskes fortrinnsvis foretatt umiddelbart etter fødselen. Forslagsstillerne viser til at omskjæring av nyfødte gutter er et inngrep på friske barn, med samme smertegrense som voksne. Ingen har rettskrav på et slikt inngrep utført av det offentlige helsevesen. Forslagsstillerne fremholder at omskjæring av guttebarn, så vel som av pikebarn, er i strid med FN's barnekonvensjon.

Norsk helsevesen har mange uløste oppgaver, og det er lang ventetid for å få behandling. På den bakgrunn mener forslagsstillerne at en må prioritere sterkt å forbyr omskjæring av guttebarn uten at det foreligger medisinske årsaker. Det åpnes for at privat virksomhet kan utføre inngrepet. Saksordføreren vil påpeke at dette harmonerer lite med et totalforbud.

Komiteen har hatt høringer der Den norske lægeforening, Det Mosaiske Trossamfund og Islamsk Råd Norge har fremmet sine synspunkter. Det fremkom sterke reaksjoner på et totalforbud. Dette er kanskje årsaken til at forslagsstillerne har endret sitt opprinnelige forslag til å *forby det offentlige helsevesen* å foreta omskjæring av guttebarn uten at det foreligger medisinske årsaker.

Komiteens flertall, alle partier unntatt Fremskrittspartiet, viser til at rituell omskjæring av gutter er en kulturell og religiøs tradisjon som har vært praktisert av jøder og muslimer i lang tid. Ingen demokratiske land har forbud mot rituell omskjæring av gutter. Flertallet påpeker at

omskjæring av gutter og jenter ikke på noen måte kan sammenlignes. Kvinnelig kjønnslemlestelse er internasjonalt definert som brudd på kvinners menneskerettigheter. Et samlet storting sa ved behandlingen av Ot.prp. nr. 50 for 1994-95 et klart nei til en slik praksis. Ressurser som brukes på disse inngrepene i offentlig helsevesen, er beregnet til ett til to ukeverk årlig for lege, og tilsvarende for barnepleier/sykepleier. Det Mosaiske Trossamfund har sine egne spesialister til å foreta denne rituelle handling.

Helseministeren har i brev av 7. januar 1999 varslet at han vil be Statens helsetilsyn avklare de medisinske spørsmål, og at departementet vil vurdere de etiske, juridiske og økonomiske sider av saken.

Spørsmål om høyere egenandel, reservasjonsrett for leger, hvilke prioriteringer som skal gjøres, og om man fortsatt skal benytte offentlig helsevesen, er det viktig å få avklart. Komiteens flertall mener dagens praksis bør fortsette inntil helseministeren kommer tilbake med nye vurderinger.

På vegne av flertallet, alle partier unntatt Fremskrittspartiet, tar jeg herved opp flertallsforslaget, komiteens innstilling, og anbefaler Stortinget å avvise Dokument nr. 8-forslaget.

Det siste minuttet vil jeg benytte til å argumentere for flertallsforslaget. Det hadde vært uheort om Norge som det første demokratiske land i verden skulle gå inn for et generelt forbud. FNs barnekonvensjon sier at en skal avskaffe tradisjonelle sedvaner som kan skade barns helse. Som saksordfører har jeg undersøkt i bøker og på Internett og funnet at ingen har kunnet dokumentere varige skader. Noen hevder det har positiv effekt i forhold til hygiene og kjønns sykdommer, og at det reduserer risikoen for urinveisinfeksjoner og kreft. De fleste guttebarn i USA er omskåret, selv om andelen minker.

Skulle det bli forbudt med omskjæring, er jeg redd det i hvert fall ville få sosiale konsekvenser for guttebarna. Identitet og fellesskapsfølelse er viktig for oss alle. Det ligger også en fare i at familiene da ville oppsøke ukundige personer, med de medisinske komplikasjonene dette kunne føre til.

Heldigvis vil et stort flertall si nei til forbud i dag. Jeg er glad for den vilje til respekt og toleranse som vises, slik at alle kan leve ut sine kulturelle og religiøse tradisjoner i samfunnet vårt.

Gunhild Øyangen (A): Omskjæring av guttebarn er en religiøs tradisjon som har vært praktisert av jøder og muslimer i lang tid. I vår tilnærming til den kulturelle praksis må vi legge to forhold til grunn: for det første toleranse og respekt for andre grupper innen rammen av et flerkulturelt samfunn, og for det andre respekten for det enkelte individs menneskerettigheter. Denne balanseanggen er ikke alltid like enkel, men det er langs disse dimensjonene vi må vurdere det foreliggende spørsmål.

Det har nemlig så langt blitt benyttet argumenter mot omskjæring av guttebarn som ikke er holdbare. Det første er at inngrepene legger beslag på store ressurser i det

norske helsevesen. Det har vist seg ikke å stemme; det dreier seg om ett til to ukeverk årlig.

Det andre uholdbare argumentet er sammenligningen med omskjæring av kvinner. Stortinget har tidligere vedtatt forbud mot omskjæring av kvinner, da dette dreier seg om kjønnslemlestelse som rammer kvinners liv på en nedverdiggende og helsefarlig måte. Omskjæring av kvinner regnes da også internasjonalt som brudd på kvinners menneskerettigheter. Omskjæring av gutter er et inngrep av helt andre dimensjoner, som historisk sett kun har blitt forbudt i totalitære samfunn.

Det er likevel viktig å understreke at det dreier seg om et inngrep på friske mennesker, et inngrep som ingen har et rettskrav på å få utført av det offentlige helsevesen.

Arbeiderpartiet har merket seg at det er noen leger som mener det er galt å foreta omskjæring. Fra Arbeiderpartiets side vil vi derfor støtte en vurdering av reservasjonsrett for den enkelte lege.

Etter en totalvurdering mener Arbeiderpartiet at dagens praksis bør videreføres i påvente av departementets og Helsetilsynets avklaring av medisinske, etiske, juridiske og økonomiske sider ved omskjæring av guttebarn. Den utredningen vil forhåpentligvis gi Stortinget den informasjon som er nødvendig for en helhetlig vurdering av problematikken.

John I. Alvheim (Frp): Flertallet i sosialkomiteen har i foreliggende innstilling avvist et forslag som heller ikke er opprettholdt av forslagsstillerne. Ved en inkurie var tre ord utelatt i det opprinnelige Dokument nr. 8-forslaget, nemlig ordene «ved offentlige sykehus». Argumentasjonen som var ført i Dokument nr. 8:6 fra forslagsstillerne side, gikk da også ut på at omskjæring av guttebarn ikke skulle være en prioritert oppgave for det offentlige helsevesenet.

Under behandlingen i komiteen har flertallet valgt ikke å ta standpunkt til det endrede forslag. Jeg tolker det dit hen, og det fremgår da også av flertallets merknader, at dagens praksis med tilbud om omskjæring ved offentlige sykehus bør fortsette inntil helseministeren eventuelt kommer tilbake med departementets nye vurdering, sett på bakgrunn av en avklaring av de etiske, juridiske og medisinske sider ved selve inngrepet som helseministeren har bedt Statens helsetilsyn om å utrede.

Omskjæring av guttebarn, dvs. kirurgisk fjerning av deler av en frisk kroppsdel, skal ved enkelte sykehus med fødeavdelinger prioriteres og utføres de første levedagene etter fødsel. Slik prioritering er anbefalt av Statens helsetilsyn i brev til departementet, senest datert 30. desember 1998.

Jeg har rent faglig selvfølgelig en viss forståelse for at inngrepet, om det skal være tillatt gjort ved offentlige sykehus, bør skje umiddelbart etter fødsel – det gir i minst grad traume. Det er likevel betenkelig at denne type operative inngrep som er i strid både med moralske og etiske normer i vårt samfunn, skal prioriteres i et helsevesen med knappe ressurser og lange ventekøer. I brev til sosialkomiteen fra helseministeren datert 7. januar 1999 anfører helseministeren bl.a.:

«Jeg kan opplyse om at ingen har rettskrav på å få et inngrep som omtalt utført av det offentlige.»

Det er for meg et stort tankekors at til tross for disse uttalelsene fra helseministeren, som er likelydende med uttalelser fra Statens helsetilsyn, vil både Helsetilsynet og helseministeren fortsatt tillate offentlige sykehus å utføre dette medisinske uetiske inngrepet.

Representanter for Den norske lægeforening frarådet sterkt i sin høring med sosialkomiteen 14. januar at omskjæring av gutter blir utført av det offentlige helsevesenet. Lægeforeningen krevde videre under høringen en absolutt reservasjonsrett for leger ved denne type inngrep ved offentlige sykehus. Det siste har Fremskrittspartiets medlemmer i komiteen tatt opp i et eget forslag, forslag nr. 2, hvor det heter:

«Stortinget ber Regjeringen, dersom det fortsatt skal være anledning til å omskjære guttebarn ved offentlige sykehus uten at det foreligger medisinske årsaker, gi full reservasjonsrett for leger ved denne typen inngrep.»

Det vil forbause meg meget sterkt om flertallet stemmer ned dette forslaget. Vi har da vitterlig reservasjonsrett for helsepersonell i andre sammenhenger i helsevesenet, eksempelvis i forhold til abortinngrep. Jeg synes det er uhørt hvis man skal tvinge norske leger som er motstandere av inngrepet, å utføre dette inngrepet. Fremskrittspartiets medlemmer av sosialkomiteen har i sine merknader særlig vært opptatt av det medisinske-etiiske ved denne type inngrep på friske mennesker.

Flere norske sykehus sier i dag nei til omskjæring av guttebarn. Professor dr. med. Trond Markestad ved Haukeland Sykehus skriver i Dagbladet 4. januar 1998 følgende:

«I Norge er det opplest og vedtatt at rituell omskjæring av kvinner er en vederstyggelighet. Men *prinsipielt sett* er det ingen forskjell på omskjæring av jenter og gutter selv om inngrepet selvfølgelig har mye større konsekvenser for jentene. I begge tilfeller dreier det seg om kirurgisk fjernelse av en kroppsdel uten noen medisinsk begrunnelse. Tvert om er det rapportert alvorlige komplikasjoner etter omskjæring hos gutter, og jeg har selv sett stygge eksempler på dette som barnelege i USA og Canada. Og kanskje enda viktigere, vi vet i dag at nyfødte har samme smerteopplevelse som senere i livet, og at omskjæring gir betydelig smerte i mange dager selv om inngrepet utføres i lokalbedøvelse.»

Svært mange sykehusleger er enig med professor dr. med. Trond Markestad, men det synes dessverre ikke som om flertallet i sosialkomiteen er enig med professoren. Flertallet skriver i sine merknader bl.a. følgende:

«Flertallet mener at dagens praksis bør fortsette inntil helseministeren kommer tilbake med departementets vurderinger.»

Jeg tillater meg å spørre flertallets representanter: Har ikke flertallets representanter noen selvstendig mening om dette problemet? Skal man hele tiden skyve helseministeren foran seg før man er i stand til å ta et selvstendig standpunkt?

Flertallet gjør et poeng av at de offentlige kostnadene ved omskjæring i dag er minimale. Ja, i dag er kostnadene minimale, men det er ikke det viktigste for Fremskrittspartiet. For Fremskrittspartiet er det viktig at man overhodet ikke bruker offentlige ressurser i et trengt helsevesen til uprioriterte, ja uetiske behandlingsformer. Det private helsevesen kan påta seg denne oppgaven, betalt av pasientene. Det kommer da heller ikke i konflikt med kultur- og religionsproblematikken, som synes å ha vært en avgjørende faktor for flertallet for å gå imot dette forslaget.

Omskjæring av guttebarn er et overgrep mot forsvarsløse barn. Det kan ingen benekte. Barna har ingen mulighet til å gi samtykke, de har ingen mulighet til å protestere. Inngrepet, overgrepet, blir utført på anmodning fra foreldrene. Da er det jeg stiller spørsmålet: Hvor langt skal egentlig foreldreretten gå i forhold til barna?

Jeg tar opp forslagene fra Fremskrittspartiet, som er inntatt i innstillingen.

Så til slutt noen korte kommentarer til saksordføreren påstand om at det ikke er registrert eller ikke har forekommet noen alvorlige skader. Lægeforeningens representanter viste i møte med sosialkomiteen et eksempel, til og med på film, på meget alvorlige komplikasjoner for et barn som hadde fått utført denne operasjonen og vil være invalidisert så lenge det lever.

Kvinnenes menneskeverd og menneskerettigheter har vært nevnt av flere talere allerede. Ja, det er vel og bra, men har ikke også mannen et visst krav på menneskeverd og menneskerettigheter?

Presidenten: John I. Alvheim har tatt opp de forslagene han refererte til.

Sonja Irene Sjøli (H): Av og til er det en stor utfordring å lytte til representanten Alvheim. Han kommer her med skrekkeeksempler på omskjæring, og det kan jo være at det er doktoren som ikke har gjort en skikkelig jobb. Det benyttes nemlig flere teknikker, og det er ikke alltid at den mest skånsomme blir benyttet. Fremskrittspartiet har både i sitt opprinnelige forslag, i merknader og i innlegg referert til professor og barnelege Trond Markestads artikkel i Dagbladet 4. januar 1998 og brukt hans uttalelser i sin argumentasjon mot et forbud. I en samtale med professor Markestad i dag tidlig understreket han at han ikke er tilhenger av noe lovforbud mot omskjæring, heller ikke i det offentlige helsevesen. Det han imidlertid understreket, var at det ikke bør være en prioritert oppgave for det offentlige helsevesenet.

Forslaget fra representantene Alvheim og Nesvik om å be Regjeringen legge fram et lovforslag som forbyr omskjæring av guttebarn som ikke har medisinske årsaker, er avvist av komiteen. Forslagsstillerne går jo også mot sitt eget forslag. Fremskrittspartiet har endret sitt standpunkt fra et totalt forbud til et forbud som bare skal gjelde det offentlige helsevesen. Ett av argumentene er at det ut fra et ressursperspektiv er galt å bruke tid og penger på å behandle friske mennesker.

Etter Fremskrittspartiets syn trengs det et lovforslag for å forby et slikt inngrep. Det er Høyre ikke enig i. Det er svært spesielt. Skal ethvert lavt/ikke prioritert helsetilbud forbys? Eller er det bare dette tilbudet Fremskrittspartiet mener fortjener et lovforbud?

Hvis vi i denne saken, som ved de fleste andre helsetilbud, følger Lønning II-utvalgets forslag til prioriteringer i helsevesenet, skulle det være mer enn nok.

Jeg er enig i at det er grunn til å advare mot en generell sykeliggjøring i vårt samfunn. Men jeg synes ikke det er like relevant i forhold til en tusenårig religiøs praksis, som omskjæring av guttebarn er.

Jeg er heller ikke sikker på at det er det som er problemet og tanken bak forbudslinjen til Fremskrittspartiet, men snarere en overbevisning om at det er riktig å verne det norske samfunn mot såkalt fremmed religiøs og kulturell innflytelse.

Rituell omskjæring av gutter er en kulturell praksis og en religiøs tradisjon som praktiseres av jøder og muslimer. Dette inngrepet kan ikke på noen måte sammenlignes med omskjæring av kvinner, slik Fremskrittspartiet gjør. Sosialkomiteen sa ved behandlingen av Ot.prp. nr. 50 for 1994-95 om forbud mot kjønnslemlestelse et klart nei til en kulturell praksis som rammer kvinner på en nedverdiggende og helsefarlig måte. Dette er et brudd på kvinners menneskerettigheter.

Høyre respekterer jødernes og muslimers ønske om å beholde sine tradisjoner i det norske samfunn, tradisjoner som for dem er med på å gi en kulturell og religiøs identitet. Det handler om å vise toleranse overfor mennesker med en annen religiøs og kulturell bakgrunn.

Rituell omskjæring av gutter er imidlertid et inngrep på friske barn, og ingen har derfor noe rettskrav på å få et slikt inngrep utført av det norske helsevesen. Dette gjelder et relativt lite antall personer, og ressursbelastningen på sykehusene som følge av inngrepet er marginal. Ved Aker sykehus, som har de fleste inngrepene, legger denne type inngrep beslag på ett til to ukeverk årlig. Omskjæring har en slik kulturell og religiøs forankring i de minoritetene dette gjelder, at konsekvensene av et forbud vil være at inngrepet i større grad vil kunne bli foretatt av ukyndig personell, med den risiko det kan innebære for barnet.

Det Mosaiske Trossamfund benytter seg ikke av det offentlige helsevesen ved omskjæring, men har egne spesialister som foretar denne rituelle handlingen. Prinsipielt sett kan et slikt inngrep like godt foregå ved private klinikker.

Høyre mener at det allikevel bør være et tilbud i det offentlige helsevesen, fordi det er en medisinsk fordel at inngrepet foretas i tilknytning til fødsel, og fordi helsevesenet innehar en medisinsk kompetanse og erfaring. Etter det vi har fått opplyst fra Aker sykehus, skjer det poliklinisk innen 14 dager.

Dersom omskjæring skal bli en integrert del av det offentlige helsevesen, blir spørsmålet hvordan dette inngrepet skal prioriteres i forhold til andre oppgaver.

Siden et slikt inngrep, etter anbefalingene i Lønning II-utvalget, ikke ligger innenfor de prioriterte oppgavene

det offentlige helsevesen skal ha tilbud om eller finansiere, mener Høyre det er rimelig at kostnadene ved et slikt inngrep betales av foreldrene. Dette er helt i tråd med Høyres tidligere standpunkter når det gjelder ikke prioriterte oppgaver for det offentlige helsevesen. Jeg viser i den forbindelse til behandlingen av helsemeldingen og Innst. S. nr. 165 for 1994-95. Høyre tok utgangspunkt i at barnløshet ikke er noen sykdom. Høyre sa bl.a. at med stadig bedre behandlingstilbud er det en økende etterspørsel etter hjelp ved barnløshet, og at en slik hjelp bør være en del av det totale helsetilbudet. Lønning II-utvalget foreslo å gi dette tilbudet lav prioritet ved tildeling av offentlige ressurser. Høyre mente imidlertid at den ekspertise innenfor assistert befruktning som er bygd opp i offentlig regi, fortsatt må ha utviklingsmuligheter. Vi viste til at behandlingstilbudet til barnløse foregår både i offentlig og privat regi, og at egenbetalingen varierer sterkt. Videre sa vi at ved tilbud om assistert befruktning ved offentlige sykehus bør egenandelen øke og dekke de reelle omkostninger ved behandlingen. Det er den samme begrunnelse som ligger i vår holdning til omkostningene ved omskjæring, at de skal dekkes av dem som ønsker dette inngrepet utført.

Forskning kan tyde på at det ikke finnes noen medisinsk begrunnelse for å prioritere et slikt inngrep, men det må vises toleranse overfor mennesker med andre tradisjoner og en annen religion.

Mange leger mener at det er galt å foreta omskjæring fordi det er et inngrep på friske mennesker. Det er derfor grunn til å vurdere om legene skal kunne reservere seg mot å foreta omskjæring. I Norge har vi – som flere har vært inne på – en lovfestet reservasjonsrett for helsepersonell som ønsker å avstå fra å delta ved provoserte abortinngrep. Det er mulig at det kan være riktig å vurdere om ikke helsepersonell som ønsker å avstå fra å delta ved omskjæring av gutter, som ikke er medisinsk motivert, skal ha anledning til det. En slik rett vil kunne fritta helsepersonell for å foreta inngrep som støter an mot deres faglige og verdimeslige overbevisning.

Avslutningsvis vil jeg vise til at Statens helsetilsyn i brev til helseminister Høybråten anbefaler at forslaget vurderes ut fra de etiske, medisinske og økonomiske sider som saken har. Statsråden skriver i sitt brev av 7. januar 1999 til sosialkomiteen at han vil be Statens helsetilsyn avklare disse spørsmålene. Det støtter Høyre. Som en del av flertallet vil vi derfor, når det gjelder spørsmålet om man skal benytte det offentlige helsevesen til å utføre rituell omskjæring av guttebarn, avvente at helseministeren kommer tilbake til Stortinget med saken.

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.

Ola D. Gløtvold (Sp): Forslagsstilleren var selv inne på at den saken vi nå behandler, gjelder et forslag som ikke lenger er det opprinnelige forslaget. Og når en her diskuterer ressursbruk, bør en kanskje også stille seg følgende spørsmål i denne sal: Hvor mye ressurser skal vi bruke på denne saken? Jeg er litt bekymret over at saken

har fått slike dimensjoner, noe som bl.a. komiteformann og forslagsstiller Alvheim bidrog til ved det å gi en relativt negativ og skremmende framstilling av dette med omskjæring av guttebarn. Når en er så opptatt av ressursbruk her synes jeg at en som forslagsstiller burde være fornøyd med at Statens helsetilsyn skal avklare de medisinske spørsmålene, og at departementet deretter skal vurdere de etiske, juridiske og økonomiske sider ved denne problematikken. Det er en relativt rasjonell, grundig og god saksbehandling, synes jeg. Og når representanten Alvheim sier at flertallet, de aller fleste, i komiteen skyver helseministeren foran seg og ikke tar ansvar selv, synes jeg det er en ganske interessant observasjon, når jeg tilhører den konstellasjonen som utgjør denne regjeringen, som har et svakt parlamentarisk grunnlag, men som allikevel til de grader setter sin lit til helseministeren. Og jeg er relativt bekvem med at en skal gjøre det slik som det nå foreslås.

Jeg vil også ta avstand fra Alvheims framstilling av omskjæring av kvinner, som vi alle her i denne sal har valgt å kalle kjønnslemlestelse av kvinner, jf. Verdens Helseorganisasjons ordbruk i den sammenheng. Vi har tatt avstand fra det, og da går det ikke an å sammenligne det med omskjæring av guttebarn. Det er mulig å framstille dette veldig negativt, men det er også mulig å sette det inn i den sammenhengen hvor det hører hjemme, hvor man bl.a. vil se at det ved Aker og Ullevål sykehus til sammen blir benyttet ett til to ukeverk for leger og noe tilsvarende i tid for barnepleiere, sykepleiere, på disse inngrepene pr. år. Det er en relativt beskjeden tidsbruk når det gjelder vårt helsevesen.

Jeg synes en må kunne avvente den vurdering som Statens helsetilsyn skal foreta, og det som departementet ved statsråden vil legge fram i etterkant av det. Jeg synes også det er grunn til å understreke at rituell omskjæring av gutter er et inngrep på friske barn, og at ingen derfor har noe rettskrav på å få et slikt inngrep utført av det offentlige helsevesen. Vi skal ta konkret stilling til hvordan vi skal takle dette når vi får saken tilbake. Når det gjelder reservasjonsretten, skal vi behandle den saken når vi kommer så langt.

En uttalelse fra representanten Alvheim har jeg lyst til å sette et spørsmålstejn ved. Representanten refererte til den holdning som jeg og andre har, og jeg tror han ordla seg omtrent slik: I dag er de økonomiske ressursene som brukes, minimale, ja, i dag er de minimale, sa Alvheim. Hva legger representanten Alvheim i den kommentaren?

Olav Gunnar Ballo (SV): John Alvheim sa i sitt inngrep at omskjæring er et overgrep mot forsvarsløse barn.

Jeg stod for noen dager siden på en bussholdeplass. Der så jeg en ungdom som hadde en pinne som stakk ut gjennom underleppen, og hele tiden brukte han tungen til å bevege denne pinnen. Det så ganske ekkelt ut. Ved siden av ham var det en ungjente som hadde seks, sju, kanskje åtte, ringer gjennom det ene øret sitt. I tillegg hadde hun en ganske stor ring rett gjennom nesen, slik som man kunne se i afrikanske land før, men som man nå ser mer og mer av i Norge. I tillegg – på samme bussholdeplass –

stod det en ganske ung mor med sitt barn, det var en jente på tre-fire år. Den lille jenta hadde øredobber i begge ørene, hun hadde hull i ørene. Jeg tenkte om alt dette at det må da være ufornuftig, det kan ikke være lurt å ha slike ting rundt omkring i ansiktet. Vi har jo også hørt om folk som faktisk har stukket metallpinner gjennom tungen sin, og som har dødd. Men jeg tenkte ikke at vi skulle få et forbud mot det. Jeg tenkte at noen foreldre gjør ting som jeg som far ikke ville ha gjort i forhold til mine barn.

Når jeg nevner disse eksemplene, er det fordi at det i dette samfunnet burde ha vært andre områder enn akkurat dette med omskjæring hvor man på en eller annen måte burde nedfelle et forbud, hvis man her skulle følge Fremskrittspartiets tankegang. Men det er altså ingen andre demokratiske land som har et forbud her. Det er interessant når man ser historisk på dette i forhold til omskjæring av guttebarn. Mange kan mislike det, og det er også folk i mitt eget parti som vil si: Kan det være fornuftig å ta bort forhuden? Nei, vi kan godt mislike det ut fra vårt kulturelle ståsted og ut fra den bakgrunn vi har. Spørsmålet er om man skal få et forbud mot det. Det har man altså hatt, så vidt jeg kjenner til, i to land i verdenshistorien. Stalin fikk innført et forbud mot omskjæring i Sovjet, og Hitler fikk gjort det samme i Tyskland. Så får vi altså et forslag fra Fremskrittspartiet her i dag om at man skal ha det samme i Norge.

Man hevder at man er feig når man skal sende forslaget tilbake til departementet til vurdering. Et flertall går klart imot et forbud. Det har naturligvis ingenting med feighet å gjøre, det har å gjøre med hva slags samfunn vi skal skape i Norge. Hva slags samfunn ønsker vi å bo i?

Fremskrittspartiet ble stiftet på det grunnlag at man skulle fjerne offentlige forordninger og restriksjoner der hvor detaljstyringen går ut over enkeltmennesket og hindrer dets frihet. Nå ser man altså et fremskrittsparti som er på full fart mot den totalitære staten, der det nettopp er enkeltindividet som skal styres, og det med hard hånd av noen som er uenig i den kulturen de tilhører, eller de ønskene de måtte ha.

Saksordføreren sier at slike inngrep har vært utført i flere tiår. Jeg går ut fra at det var en forsnakkelse, for dette har jo vært utført i tusenvis av år. Jesus var omskåret, og John F. Kennedy var omskåret. Her er man bekymret for seksualdriften og hvordan dette kan gå ut over folk når de vokser til og når voksenalder. Men, som jeg sier, John F. Kennedy var også omskåret.

Jeg håper at vi skal bli spart for denne typen debatter, og at vi slipper å kaste bort mer tid i stortingssalen på forslag fra et parti som Carl I. Hagen sier har gjennomtenkte Dokument nr. 8-forslag. Dette forslaget er veldig lite gjennomtenkt, for først begrunner man hvorfor det ikke skal være et forbud innenfor det offentlige, men i det private, og så munner det ut i et totalforbud.

Så sier John Alvheim at det var egentlig bare en skrivefeil, for man hadde glemt noen ord. Men i den Sentrum-debatten som jeg var med i sammen med John Alvheim, hevdet han vitterlig at dette ikke bare skulle være et forbud for barn, men også for voksne som hadde ønske

om å få fjernet sin forhud. De skulle heller ikke få lov til det. I tillegg sier man at det er muslimene, innvandrerne, utlendingene som representerer et problem, men så oppdager man i ettertid, etter at forslaget er levert, til sin store forferdelse at også jødene faktisk blir omskåret, slik at man i ettertid må forsikre om at Fremskrittspartiet alltid har vært en varm støttespiller for staten Israel.

Dette forslaget må være noe av det minst gjennomtenkte som har vært levert i løpet av det siste året, i hvert fall av det som jeg har sett. Hvis Carl I. Hagen skal tørre å løfte det flagget der han hevder at Dokument nr. 8-forslagene fra Fremskrittspartiet er nøye gjennomtenkt, ja så må han i hvert fall begynne å innkalle gruppen sin på tepet og passe litt nøyere på hva som leveres, før han på nytt kan gå ut og hevde det.

Britt Hildeng (A): Jeg er glad for at forslagsstillerne og Fremskrittspartiet har besinnet seg og gått tilbake på sitt opprinnelige forslag om å forby omskjæring av guttebarn i Norge. Men jeg er oppskaket over at Fremskrittspartiet i sin argumentasjon likestiller omskjæring av guttebarn og jenter. Omskjæring av jenter er kjønnslemlestelse og fører til store skader, mens omskjæring av guttebabyer er et enkelt inngrep uten skadevirkninger.

Jeg synes det er leit at Fremskrittspartiet opprettholder sin holdning gjennom å ville forby at dette inngrepet skjer ved offentlige sykehus. Og jeg er sjokkert over at Alvheim i sitt innlegg kaller inngrepet for uetisk handling. Slik jeg ser det, er en slik holdning klart diskriminerende overfor store deler av vår befolkning, samtidig som et slikt forbud ville virke inn mot vår grunnlovsfestede rett til fri religionsutøvelse. Et slikt forbud ville også virke inn mot den sedvane som gjennom mange år er utviklet i Norge på dette området, for omskjæring av jødiske gutter er blitt utført i Norge så lenge det har bodd jøder her i landet, og etter hvert som vi har fått innbyggere med muslimsk tro, er antallet som ønsker omskjæring av guttebarn, økt. Men ifølge Helsetilsynet dreier det seg fortsatt bare om ett – to ukeverk i løpet av et år, og i forhold til det arbeidet som gjøres innen helsevesenet, er det således bagatellmessig.

Vi må ta innover oss at vi lever i et flerkulturelt samfunn. Vi må leve etter det vi har sagt om religionsfrihet. Det er en del av vår demokratiske arv, og vi bør ikke undergrave vårt demokrati og våre demokratiske verdier ved diskriminerende vedtak. Vi må ta innover oss at for noen er omskjæring av guttebarn en del av en religiøs handling, et påbud og en del av ens identitet. Omskjæring er i enkelte religioner et ufravikelig krav. Den ene religionen dette gjelder, er jødedommen, hvor omskjæring oppfattes som et paktstegn, en paktslutning som beskrives i 1. Mosebok kap. 17, versene 9 – 14, og det dateres til ca. 1800 f.Kr. Den andre religionen der omskjæring er et ufravikelig krav, er islam, som ble skapt av Muhammed i første halvdel av det 7. århundre e.Kr. I islam begrunnes omskjæringen med kravet til renhet. En gutt eller mann som ikke er omskåret, er å betrakte som uren og dermed avskåret fra å tilbe Allah. Men inngrepet er også omtalt i Det nye testamente, i Lukas kap. 2, vers

21, i forbindelse med omskjæring av Jesus. I flere kristne miljøer, som f.eks. i USA, er da også omskjæring vanlig.

Vi som ikke lever med den tro som er knyttet til disse religiøse påbudene, har kanskje vanskelig for å forstå betydningen av et forbud og hvilke moralske dilemmaer det ville ha skapt for store deler av vår befolkning dersom dette forbudet skulle bli vedtatt. Jeg er derfor glad for at komiteen – med unntak av Fremskrittspartiet – avviser forslaget.

Reidun Gravdahl (A): Omskjæring av guttebarn er både fremmed og litt skremmende for oss som ikke har kultur for det. Vi har derfor studert temaet nøye når vi har behandlet dette forslaget.

Forslagsstillerne har endret sitt opprinnelige forslag, og flertallet har avvist det. Allikevel er Regjeringen bedt om å komme tilbake med saken på egnet måte. I mellomtida skal inngrepene skje som ved tidligere praksis.

I høringene vi har hatt i komiteen, har det kommet fram at en del leger ønsker å reservere seg mot å foreta inngrepet. Det er nødvendig å få en vurdering også av dette.

Omskjæring av guttebarn praktiseres i mange folkegrupper i Afrika, Asia, Amerika og Sørhavet. Skikken har vært kjent i årtusener og har vært praktisert med forskjellige begrunnelser til forskjellige tider.

Mens de fleste av oss har forbundet omskjæring av guttebarn med jødisk og muhammedansk tro og tradisjon, har det for noen folkegrupper vært knyttet til riter ved overgangen fra barn til voksen. I noen folkegrupper er det av sosial og til og med av estetisk betydning, mens det for andre er knyttet til religion og tradisjon.

Amerikanerne gjennomførte i årevis inngrepet som en rutine, med medisinsk og hygienisk begrunnelse. Dette er det de senere år reist tvil om, og forskjellige rapporter er til dels motstridende når det gjelder riktigheten av dette.

Andre igjen vil reise spørsmål om det er riktig å utsette et friskt barn for et slikt inngrep, når barnet selv er for lite til å kunne forhindre det. Dette er uten tvil foreldrenes ansvar, og de er bundet av tro, tradisjon og omsorg for barnet, som de vil skal være akseptert og behandlet på lik linje med andre i sitt miljø.

En nedprioritering kan få uheldige konsekvenser. Hvis tilbudet ikke finnes i det offentlige helsevesen, kan vi risikere at ufaglærte utfører inngrepet, med de uheldige konsekvenser det kan medføre.

Det er viktig at folkehelsen følges opp fra vugge til grav. Et godt tilbud er helsestasjonene, hvor foreldre tar sine barn med for helseoppfølging. Forbud mot omskjæring av guttebarn kan få uheldige følger også for denne viktige helseoppfølgingen, hvis barna blir holdt borte for å skjule et slikt inngrep. Derfor er det viktig at det er et trygt tilbud, og så får departementet vurdere de sider som har kommet fram og er påpekt under behandlingen av saken, og som står i dokumentet.

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

Harald T. Nesvik (Frp): Innledningsvis vil jeg sitere fra Dokument nr. 8:6 for 1998-99, for etter å ha hørt debatten her i dag er det tydelig at enkelte enten ikke har villet eller ikke har vært i stand til å lese det som står i dokumentet. Der står det:

«Omskjæring er ikke behandling for en lidelse eller et fysisk handicap og bør således ikke prioriteres innenfor norsk helsevesen i dag. Det bør være norsk helsevesens oppgave å sørge for at menneskelige lidelser reduseres og at pasienter med en soleklar rett til å motta behandling blir prioritert. Dersom det finnes kapasitet i privat virksomhet kan de det gjelder eventuelt prioritere slike inngrep gjennom henvendelse til disse og de økonomiske utlegg dette medfører.»

Altså: Forslaget viser til at et forbud skal gjelde det offentlige helsevesen. Skal man utføre denne type religiøse handlinger, får man betale for det selv. Endringene til forslaget har representanten Alvheim vist til.

Så til Britt Hildeng, som tydeligvis ikke kan ha vært til stede i den samme komiteen som meg, i hvert fall ikke under høringen til dette forslaget, for representanten Hildeng sa vitterlig at det ikke er noen komplikasjoner ved omskjæring av guttebarn. Hvis representanten Hildeng hadde vært til stede under den høringen, noe hun umulig kan ha vært, ville hun blitt presentert den samme billedserien som komiteen fikk, og hørt den samme påpekning fra Lægeforeningen om at det kan oppstå senkomplikasjoner, at det forekommer blødninger som kan medføre alvorlige lidelser senere i livet. Det er derfor helt tydelig at representanten Hildeng ikke kan ha vært til stede der jeg var.

Så litt til representanten Ballo, som gikk videre med sine kjente argument om at dette er redsel for fremmede religioner, for det som har med innvandring å gjøre. Han viste bl.a. til piercing. Men hvis man leser Dokument nr. 8:6, ser man at det dreier seg om et forbud i det offentlige helsevesen. Driver man med piercing, driver man med hull i ørene på barna sine, betaler man det i hvert fall selv. Enkelte kan også vise til at det ikke ser særlig pent ut når folk springer rundt med ansiktet fullt av ringer og knapper her og der. Det skal jeg være helt enig i!

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 3. (Votering, sjå side 1969)

K i r s t i K o l l e G r ø n d a h l gjeninntok her presidentplassen.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da er vi klare for votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt fram tre forslag. Det er:

- forslag nr. 1, fra Bendiks H. Arnesen på vegne av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 2, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti

– forslag nr. 3, fra Einar Olav Skogholt på vegne av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti.

Presidenten gjør oppmerksom på at forslag nr. 3 er endret av forslagsstilleren. Endringen består i at siste del av forslaget, etter komma, skal lyde:

«lagt til en av våre høgskoler.»

Forslagene nr. 1 og 2 er inntatt i innstillingen, mens forslag nr. 3 er omdelt i salen.

Presidenten foreslår at det først voteres over forslaget fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, så over forslaget fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, videre over forslaget fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, og til slutt over innstillingen.

– Ingen innvendinger er kommet mot dette, og slik vil det bli gått fram.

Ola D. Gløtvold har bedt om ordet til stemmeforklaring.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg anbefaler sentrumspartiene å støtte forslag nr. 3, fra Einar Olav Skogholt, med den endring som forslagsstilleren selv har lagt fram i møtet i dag.

I tillegg vil jeg anbefale de samme partiene å støtte flertallsforslagene til vedtak I og III.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til stemmeforklaring.

Forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fjerne egenandelen på anskaffelse av høreapparater.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 81 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.37.10)

Presidenten: Forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere en innføring av retningslinjer for kvalitet og kvantitet på spesialtransport.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble 59 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.37.35)

Presidenten: Forslag nr. 3, fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder i endret form:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere etablering av et IT-utdanningstilbud inkludert bo- og servicetilbud

for sterkt funksjonshemmede, lagt til en av våre høyskoler.»
Sentrumspartiene har varslet at de vil stemme for.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti bifaltes enstemmig.

Komiteen hadde innstillet:

I.

Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering av om høreapparat kan betraktes som teknisk hjelpemiddel og komme inn under de samme regler for egenandeler som andre tekniske hjelpemidler.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

II.

Stortinget ber Regjeringen igangsette tiltak for å skaffe kvalifisert personell som kan sikre en videreutvikling av Petø-metodikk (konduktiv opplæring), som et tilbud i habiliteringstjenesten, herunder fremlegge forslag til finansieringsmåte av tiltakene.

Presidenten: Her har Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre varslet at de vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 75 mot 28 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 13.38.22)

Videre var innstillet:

III.

St.meld. nr. 8 (1998-99) – Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 (Deltaking og likestilling) – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt fram 13 forslag. Det er:

- forslagene nr. 1-10, fra Gunhild Øyangen på vegne av Arbeiderpartiet
- forslagene nr. 11-13, fra John I. Alvheim på vegne av Fremskrittspartiet

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at det forebyggende arbeidet lokalt organiseres mer tverretattlig, med samarbeid mellom skolehelsetjenesten, politi, skole, PP-tjeneste og Barnevernet.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at skolehelsetjenesten får en mer sentral oppgave i det forebyggende og sosiale arbeidet med barn og unge, blant annet gjennom oppbygging av foreldrekompetanse.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjøre tilbud om metadonassistert behandling landsomfattende.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen iverksette tilbud om behandling med Subutex for de tunge misbrukerne som venter på metadonassistert behandling.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at kommunene foretar kartlegging av tunge misbrukere, og utarbeider handlingsplaner.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etablert oppsøkende helseteam og lavterskel helsetilbud for narkomane i de større byene.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede etablering av «sprøyterom» bemannet med helsepersonell.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at hospitsansatte gjennomgår kurs i overdoserelatert førstehjelp.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen organisere arbeidet mot overdosedødsfallene på linje med hvordan arbeidet med epidemilignende forhold med dødelig utgang organiseres.»

Forslag nr. 10:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for opprettelsen av spesielle bokollektiv for utsatte grupper.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere å legge hovedansvaret for tiltak mot overdosedødsfall blant stoffmisbrukere til helseavdelingen i departementet.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at preparatet Buprenorfin (Subutex) blir godkjent foreskrevet av spesialist i psykiatri og indremedisin for behandling av narkomane.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen, i samarbeid med Fagrådet innen Rusvernet i Norge, å utarbeide en ny modell for å gjennomgå kapasitet og behov for behandlingstilbud etter nyere og moderne behandlingsprinsipper.»

Forslagsstillerne har bedt om at de fremsatte forslagene blir oversendt til sosialkomiteen for videre behandling.

Presidenten vil derfor foreslå at forslagene nr. 1-10, fra Arbeiderpartiet, og nr. 11-13, fra Fremskrittspartiet, oversendes sosialkomiteen.

Annelise Høegh (H) (fra salen): Ærede president! Til voteringsordenen.

Presidenten: Annelise Høegh får ordet til voteringsordenen.

Annelise Høegh (H): Det er ikke så mange måneder siden representanter for Arbeiderpartiet var meget bekymret for at Stortinget etter interpellasjonsdebatter skulle måtte ta stilling til en rekke konkrete forslag. I så måte håper jeg ikke det innevarsler en ny praksis at man fremmer så mange konkrete forslag til direkte vedtak her i salen. Nå har forslagsstillerne foreslått at forslagene i stedet skal sendes komiteen. Det gjør det jo litt bedre, men ikke mye bedre. Jeg oppfatter dette som en lettvint måte å unndra seg å måtte lage et Dokument nr. 8-forslag på, for det burde forslagsstillerne ha gjort dersom de mener det er grunn til å endre på vesentlige sider av narkotikapolitikken.

Vi vil ikke motsette oss at forslagene blir sendt til komiteen, men jeg håper, som sagt, det da kan være enighet om at komiteen sender dem videre til Regjeringen, for man trenger mer enn en setning eller to på en del av disse områdene som innevarsler et nytt regime.

Are Næss (KrF): Jeg vil slutte meg til det som Annelise Høegh sier.

Det dreier seg om 13 forslag. Det dreier seg til dels om forslag som tidligere er vedtatt av Stortinget, og det dreier seg også om forslag som er uforståelige, iallfall for meg, og som ikke er blitt videre klargjort i debatten. Det synes helt klart at forslagene gir et skrøpelig grunnlag for komitebehandling, men de gir iallfall intet grunnlag for votering, så jeg vil slutte meg til at det er bedre å få dem oversendt til komiteen enn å ta dem opp til behandling nå.

Presidenten: Presidenten mener, i forhold til innlegget fra Annelise Høegh, det er nødvendig å presisere at det naturligvis er opp til sosialkomiteen selv å velge hvordan de skal behandle disse forslagene. Det tar vi ikke stilling til i dette møtet.

Presidenten foreslår da at disse forslagene oversendes sosialkomiteen. – Det anses enstemmig vedtatt.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten har John I. Alvheim satt fram to forslag på vegne av Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme lovforslag som forbyr det offentlige helsevesen å foreta omskjæring av guttebarn uten at det foreligger medisinske årsaker.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen, dersom det fortsatt skal være anledning til å omskjære guttebarn ved offentlige sykehus uten at det foreligger medisinske årsaker, gi full reservasjonsrett for leger ved denne typen inngrep.»

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:6 (1998-99) – forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem lovforslag som forbyr omskjæring av guttebarn, som ikke har medisinske årsaker – avvises.

Presidenten: Det votes alternativt mellom innstillingen og forslag nr. 1, fra Fremskrittspartiet. Deretter tas forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet, opp til votering.

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet bifaltes innstillingen med 86 mot 16 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 13.43.19)
2. Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 87 mot 16 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 13.43.43)

S a k n r . 4

Referat

1. (124) Forslag fra stortingsrepresentantene Trond Helleland, Kristin Krohn Devold og Erna Solberg om utredning og igangsetting av prøveprosjekter med norskundervisning for barn i førskolealderen som har dårlig norskforståelse (Dokument nr. 8:28 (1998-99))
Enst.: Sendes familie-, kultur- og administrasjonskomiteen.
2. (125) Samtykke til å setje i kraft ein skatteavtale mellom Noreg og Albania, underskriven i Oslo den 14. oktober 1998 (St.prp. nr. 36 (1998-99))
Enst.: Sendes finanskomiteen.
3. (126) Tolga kommune sender skriv datert 3. februar 1999 med uttalelse vedrørende nye strategier i ulveforvaltningen – konsekvenser for Tolga kommune
Enst.: Vedlegges protokollen.

Møtet hevet kl. 13.45.