

Møte tirsdag den 8. april kl. 10

President: J ø r g e n K o s m o

D a g s o r d e n (nr. 71):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Inger S. Enger, Ola D. Gløtvold og Eli Sollied Øveraas om lik støtte ved assistert befruktning og adopsjon fra utlandet (Innst. S. nr. 180 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:125 (2001-2002))
2. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem forslag til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskade mv., slik at det kan gis erstatning for «tort og svie» (Innst. S. nr. 173 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:1 (2002-2003))
3. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Sigbjørn Molvik om de akuttmedisinske kommunikasjonsentralers (AMK) framtidige struktur (Innst. S. nr. 172 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:36 (2002-2003))
4. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantane Magnhild Meltveit Kleppa, Ola D. Gløtvold, Jorunn Ringstad og Rune J. Skjælaaen om å utsetja endring av praksis ved utskriving av ferdigbehandla pasientar (Innst. S. nr. 176 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:37 (2002-2003))
5. Interpellasjon fra representanten Asmund Kristoffersen til helseministeren:

«Sykehusenes utgifter til pasientbehandling betales delvis av staten etter standardiserte satser for hver behandling/diagnose gjennom en innsatsstyrt finansiering. Det er gjennom pressen kommet fram at det i et stort sykehus kan være foretatt bevisst omkodning av diagnoser som medfører at det blir utbetalt høyere statlig betaling pr. pasientbehandling enn det vårt felles finansieringssystem skulle tilsi, noe som i tilfelle betyr alvorlige brudd på regelverk og den tillit som det må være mellom den enkelte lege, det enkelte helseforetak og myndighetene. Taket («kryptaket») som tidligere var satt for å motvirke urettmessig og kreativ koding og dermed høyere utbetaling, medførte mye byråkratisk arbeid. Det ble fjernet fra 1. januar 2002 i tillit til at alle aktører opptrådte samvittighetsfullt og redelig.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre at alle følger regelverket?»
6. Referat

*Minnetale over tidligere stortingsrepresentant
Anne-Olaug Ingeborgrud*

Presidenten: Ærede medrepresentanter!

Tidligere stortingsrepresentant Anne-Olaug Ingeborgrud er død, nær 78 år gammel.

Anne-Olaug Ingeborgrud ble født 28. april 1925 og levde hele sitt liv på Nes på Romerike.

Hun var lærer av yrke og gift med Harald. Sammen hadde de sju barn samt barnebarn og oldebarn. I tillegg til sitt yrkesvalg som lærer var hun også sterkt engasjert i kristent organisasjonsarbeid og menighetsliv.

Med Anne-Olaug Ingeborgruds bortgang er også en lang og variert politisk arbeidsdag avsluttet.

Hennes politiske engasjement begynte som innvalgt kommunistyrerepresentant på Nes fra 1959, og dette engasjementet gav henne tolv rike år i lokalpolitikken. I 1973 ble hun vararepresentant til Stortinget for Akershus Kristelig Folkeparti, og hun møtte i flere omganger før hun ble fast medlem i 1977. Hun satt i finanskomiteen og var der bl.a. saksordfører for flere tunge saker. Hun hadde stor arbeidskapasitet, politisk teft og sterk lojalitet til både partiet og sine medspillere.

Anne-Olaug Ingeborgrud huskes for sin viljestyrke og sine meningers mot. Som eneste representant fra Kristelig Folkeparti stemte hun for likestillingsloven, og hun var dermed en frontfigur for kvinnespørsmål.

Etter valget i 1981 falt Ingeborgrud ut av Stortinget, men hennes kunnskaper ble snart på ny tatt i bruk. Ved dannelsen av Willoch-regjeringen i 1983 ble hun nærmeste politiske medarbeider for statsråd Kjell Magne Bondevik i Kirke- og undervisningsdepartementet som hans statssekretær. Hun var en ressurssterk og grundig politiker. Med sin varme og lune væremåte fikk hun venner både i alle partier og blant Stortingets ansatte.

Anne-Olaug Ingeborgrud var nestleder i partiet i en periode fram til 1987, og hun var også aktiv i Kristelig Folkepartis Kvinner gjennom å være fylkesleder i mange år og nestleder på landsplan.

Med sine 78 år fikk hun et variert og spennende liv der det var plass både til familie, yrkesliv og politiske oppgaver. Med Anne-Olaug Ingeborgruds bortgang er en lang og variert politisk arbeidsdag avsluttet.

I dyp respekt minnes vi Anne-Olaug Ingeborgrud og lyser fred over hennes minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

Presidenten: Representantene André *Kvakkestad*, Haakon *Blankenborg*, Bent *Høie*, Jorunn *Ringstad*, Øystein *Djupedal*, Elsa *Skarbøvik* og Per Erik *Monsen*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Følgende innkalte vararepresentanter har tatt sete:

For Hedmark fylke: Helge *Bjørnsen*

For Oppland fylke: Morten *Ørsal Johansen*

For Rogaland fylke: Inger Lise *Aarrestad* og Jan Peter *Rasmussen*

For Sør-Trøndelag fylke: Tora *Husan*

For Østfold fylke: Morten *Olsen*

Fra representanten Bjørn *Hernæs* foreligger søknad om sykepermisjon fra og med 8. april og inntil videre.

Denne søknad foreslås behandlet straks og innvilget. – Det anses vedtatt.

Første vararepresentant for Hedmark, Kari *Gløersen*, er for tiden utenlands og er av den grunn forhindret fra å møte i Stortinget under representanten Bjørn Hernæs' permisjon.

Andre vararepresentant for Hedmark fylke, Randi Wetterhus *Krogstad*, foreslås innkalt for å møte i permisjonstiden. – Det anses vedtatt.

Randi Wetterhus Krogstad er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresidenter

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets møter i inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresidenter.

Hill-Marta Solberg (A): Jeg foreslår Kjell Engebretsen og Ranveig Frøiland.

Presidenten: Kjell Engebretsen og Ranveig Frøiland er foreslått som settepresidenter. – Andre forslag foreligger ikke, og Kjell Engebretsen og Ranveig Frøiland anses enstemmig valgt som settepresidenter for Stortingets møter i inneværende uke.

Statsråd Dagfinn Høybråten overbrakte 2 kgl. proposisjoner (se under Referat).

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Inger S. Enger, Ola D. Gløtvold og Eli Sollied Øveraas om lik støtte ved assistert befruktning og adopsjon fra utlandet (Innst. S. nr. 180 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:125 (2001-2002))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe.

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

– Det anses vedtatt.

Magne Aarøen (KrF) (ordfører for saka): Bakgrunnen for denne saka er eit Dokument nr. 8-framlegg frå Inger S. Enger, Ola D. Gløtvold og Eli Sollied Øveraas om lik stønad ved assistert befruktning og adopsjon frå utlandet.

Etter at framlegget kom til Stortinget, det er datert 6. mai 2002, har Stortinget vedteke ei ordning for assistert befruktning som ein samla komite er nøgd med. Ordninga med eingongsstønad ved adopsjon av born frå utlandet har vi hatt sidan 1992. Ein samla komite seier seg glad for familieministeren sine positive utsegner om at adopsjon er ein god og likeverdig måte å danne familie på.

Inneverande år er stønaden sett til 23 400 kr, medan dei reelle kostnadene med adopsjonssaker varierer mellom 80 000 og 120 000 kr.

Fleirtalet i komiteen, Høgre, Framstegspartiet og Kristeleg Folkeparti, syner i ein av sine merknader til at ein adopsjon skal vere til barnet sitt beste. Det er slått fast i adopsjonslova. Assistert befruktning er eit medisinsk tilbod til barnlause par for å få egne born. På denne bakgrunnen gjer fleirtalet framlegg om at dokumentet vert lagt ved møteboka.

I Sem-erklæringa har regjeringspartia sagt at ein vil heve adopsjonsstønad i løpet av perioden. Regjeringspartia, som her er aleine om ein mindretalsmerknad, ber departementet på eigna måte om å kome attende til Stortinget med ei sak om storleiken på adopsjonsstønad. Sjølv om regjeringspartia her er i mindretal, vil statsråden heilt sikkert merke seg at det er eit solid fleirtal i komiteen, alle bortsett frå Framstegspartiet, som vil trappe opp adopsjonsstønad. Eg syner her til ulike mindretalsframlegg.

For Kristeleg Folkeparti er dette ei særskild viktig sak, som vi ser fram til at barne- og familieministeren i dette tilfellet kjem til Stortinget med på eigna måte. Saka er såpass viktig at ho fortener at departementet får høve til å førebu dette skikkeleg før Stortinget handsamar ho og gjer vedtak.

Britt Hildeng (A): Fra tid til annan er det blitt fokusert på ulike sider ved utenlandsadopsjon. I forbindelse med behandlingen og fastsettelse av egenandel ved assistert befruktning ble det også rettet oppmerksomhet mot utenlandsadopsjon og de urimelig høye kostnadene i den forbindelse.

Problemstillingene rundt adopsjon og assistert befruktning er både like og ulike. Da Stortinget avviste at assistert befruktning i sin helhet skulle betales av pasienten, var utgangspunktet at en helsetjeneste og en behandling som ble tilbudt gjennom den offentlige helsetjenesten, ikke kunne ha en silingsmekanisme som innebar at bare de med god råd kunne kjøpe seg behandling. Dette var og er et prinsipp som er et fremmedelement i norsk helsepolitikk. Derfor ble egenandelen satt ned og et tak satt for maksimale utgifter som er til å leve med for de fleste.

Det er i dag mange barn som lider og har vanskelige oppvekstvilkår. Det er mange potensielle foreldre som kan gi disse barna trygghet, den trygghet som alle barn burde ha krav på. Det er imidlertid ikke sikkert at det er de som har best råd, som kan gi de beste oppvekstvilkår. Men vår adopsjonspolitik har en slik skjev silingsmekanisme, der det bare er de som har råd til det, som kan bli vurdert som adopsjonsforeldre.

Utgiftene i forbindelse med utenlandsadopsjon kan bli veldig høye. Det er utgifter til reisekostnader og oppholdsutgifter i barnets opprinnelsesland, utgifter til adopsjonsorganisasjoner osv. Den engangsstøtten som i dag ytes, dekker bare i liten utstrekning det som er de reelle kostnadene som påløper for adoptivforeldre i forbindelse med adopsjon. Den økonomiske belastningen kan bli ekstra stor dersom en adopterer flere ganger. Det er også verdt å merke seg at størrelsen på adopsjonstilskuddet er vesentlig lavere her i landet enn hva tilfellet er i de øvrige nordiske landene.

Det går fram av forslag og merknader fra komiteens side at det er et klart flertall, ja, en enstemmighet i komiteen, om at adopsjonsstøtten bør økes. Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Arbeiderpartiet mener den bør settes lik grunnbeløpet i folketrygden, men har noe ulik tidsangivelse for når dette skal skje. Arbeiderpartiet foreslo i forbindelse med budsjettet å starte opptrappingen, og mener fortsatt at det bør kunne skje i inneværende budsjettår, og at det vil være naturlig å gjøre dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

Når regjeringspartiene viser til sin forpliktelse i Sem-erklæringen om å øke adopsjonsstøtten og ber Regjeringen legge dette fram for Stortinget på en egnet måte, er det å håpe at Regjeringen svarer på komiteflertallets ønske om en opptrapping og velger på en egnet måte er i forbindelse med revidert budsjett. Dette vil ut fra de signalene som nå gis fra komiteen, være et rimelig svar på komiteens ønske.

Jeg tar opp det forslaget som er fremmet av Arbeiderpartiet.

Presidenten: Representanten Britt Hildeng har tatt opp det forslaget hun har referert til.

Sigbjørn Molvik (SV): Utgiftene for familier som ønsker å adoptere barn fra utlandet, er til dels svært høye. Derfor er det grunn til å gi ros til forslagsstillerne fra Senterpartiet, som gjennom dette forslaget ønsker å heve den offentlige støtten til slik adopsjon.

Tallene viser at kostnadene knyttet til adopsjon fra utlandet kan variere en god del, men barne-, ungdoms- og familieforvaltningen opplyser at kostnadene varierer fra 80 000 kr til 120 000 kr. Med dagens størrelse på adopsjonsstøtten, som for i år er på 23 400 kr, vil det si at de økonomiske kostnadene den enkelte familie må bære i forbindelse med utenlandsadopsjon, kan gå opp mot 100 000 kr. Det betyr at mange som ellers har ønske om og muligheter til å adoptere foreldreløse barn, vil være utelukket fra denne muligheten rett og slett fordi det er for dyrt.

Det må, slik SV ser det, være helt galt at utgiftene til selve adopsjonen i så stor grad skal utelukke folk fra å kunne gi foreldreløse barn, ofte fra land med stor fattigdom og elendighet, muligheten til et trygt og godt liv i en familie her i landet. Derfor foreslår SV, sammen med Senterpartiet, at adopsjonsstøtten fra 1. januar neste år blir hevet til 1 G. Dette foreslo SV også i forbindelse med behandlingen av årets statsbudsjett. Dette vil bety en økning på ca. 30 000 kr, dvs. mer enn en fordobling av dagens adopsjonsstøtte. På denne måten mener vi at flere kan få muligheten til å få oppfylt sine ønsker om å adoptere barn fra utlandet.

Også etter den økningen av adopsjonsstøtten som SV nå foreslår, vil det være betydelige kostnader knyttet til utenlandsadopsjon. I Dokument nr. 8-forslaget var det opprinnelig en intensjon om lik offentlig støtte til assistert befruktning og adopsjon. Det kan være flere grunner til å være varsom med å sammenlikne disse to ordningene direkte. Men det vil iallfall være slik at den enkelte fa-

milies kostnader ved utenlandsadopsjon i de fleste tilfeller fortsatt vil være betydelig høyere enn egenandelen ved assistert befruktning, sjøl om SV og Senterpartiets forslag om å heve støtten til 1 G, hadde blitt vedtatt. SV vil derfor gi uttrykk for at for oss vil det være en langsiktig målsetting å arbeide for at adopsjonsstøtten kan bli hevet også utover 1 G, for å gi alle som ønsker det, lik økonomisk mulighet til å gjennomføre en utenlandsadopsjon.

Nå ser det dessverre ikke ut til å bli flertall for noe forpliktende vedtak i denne saken. Da får en forsøke å glede seg over det lille som er positivt i innstillinga. Et solid flertall i komiteen uttrykker også vilje til å heve adopsjonsstøtten. Arbeiderpartiet foreslår en opptrappingsplan i forbindelse med revidert til våren, mens Regjeringa viser til Sem-erklæringa, som sier at adopsjonsstøtten skal bli hevet i løpet av denne perioden. Men det er altså fortsatt etter Stortingets behandling av denne saken like usikkert som før når denne økningen kommer, og hvor stor økning Regjeringa eventuelt vil vurdere å foreslå.

Den økningen som SV foreslår – opp til 1 G – vil ikke gi de helt store økonomiske uttellingene for statsbudsjettet, men ville bety mye for mange som ønsker å adoptere barn fra utlandet, men som i dag vegrer seg fordi det er svært dyrt. Regjeringspartiene hadde i denne saken en mulighet til å komme med forslag for å følge opp Sem-erklæringa, men har ikke benyttet denne sjansen.

Så vil jeg til slutt fremme det forslaget som SV har sammen med Senterpartiet. Jeg vil også gjøre oppmerksom på at dersom dette forslaget skulle falle, vil SV subsidiært stemme for Arbeiderpartiets forslag.

Presidenten: Representanten Sigbjørn Molvik har tatt opp det forslaget han refererte til.

Ola D. Gløtvold (Sp): Da vi fremmet dette forslaget i fjor vår, for omtrent elleve måneder siden, var det ingen støtte til assistert befruktning, og det var en støtte til adopsjon fra utlandet om lag på det nivået vi har i dag.

I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i fjor vår ble det lagt inn en ordning for dem som ønsker å prøve assistert befruktning. Vi er godt fornøyd med ordningen, særlig fordi den også ble gitt tilbakevirkende kraft, noe vi påpekte ved budsjettbehandlingen et halvår før dette – at man ikke burde stille folk i en slik situasjon at de også følte seg direkte lurt, ved siden av at de ikke hadde noen hjelp til å få prøvd assistert befruktning.

Det er om lag 80 000 par som er ufrivillig barnløse i Norge. For disse betyr det en del at det finnes noe incitament og noen støtteordninger, slik at det kan være noe enklere å stifte en familie med barn. Vi mener som forslagsstillere at det er flere grunner til at man bør støtte opp om adopsjon fra utlandet.

Det er gledelig å registrere at barne- og familieministeren også sier at adopsjon er en god og riktig måte å kunne stifte familie på. Samtidig har vi en del internasjonale konvensjoner som sier at det å ta hånd om og hjelpe barn som ikke kan få hjelp fra egen familie og i eget

land, er viktig. Disse to tingene synes vi bør samordnes, slik at man kan følge opp dette i praksis, noe også Sem-erklæringen gir uttrykk for, men som jeg synes at regjeringspartiene tar sørgelig lite hensyn til, ved at det mangler en oppfølging her i dag.

Vi har hatt et ønske om å sette begge disse støtteordningene til 1 G, men det var et utgangspunkt som tilsa at det til assistert befruktning ikke var noen støtte. Den støtten er i dag en engangs egenandel på 18 000 kr, og slik sett kommer den mer gunstig ut. Ved å sette støtten til adopsjon fra utlandet til 1 G, som i dag tilsvarende drøyt 54 000 kr, er det klart at man ikke dekker opp på langt nær så stor andel av utenlandsadopsjonen. Vi mener likevel at dette er et steg i riktig retning. Vi mener at det bør lages en støtte som settes til en forutsigbar og regulerbar sum, og at 1 G er et riktig mål for denne støtten. Derfor har vi også sagt at dette bør innføres fra og med 1. januar 2004, og være vedtatt og lagt inn i statsbudsjettet for 2004.

Dessverre er det dårlig med støtte til dette. Det er bare Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet som foreslår det. Jeg minner om at i budsjettinnstillingen i fjor høst sa også Arbeiderpartiet at man burde ha en opptrapping av adopsjonsstøtten til 1 G, og nå hadde vi hatt en anledning til å gjøre det fra neste års budsjett. Samtidig synes jeg at det er veldig liten oppfølging av Sem-erklæringen fra regjeringspartiene, og at Fremskrittspartiet nærmest er fraværende i å antyde hva slags nivå støtten til adopsjon fra utlandet skal ligge på.

Jeg synes det er gledelig med den verbale og generelle støtte forslaget om å heve støtten for adopsjon fra utlandet får, men det er synd at man ikke følger opp noe mer, slik at vi hadde hatt et konkret flertallsforslag her. Da ville de som nå er i ferd med å adoptere, hatt litt mer forutsigbare og overkommelige vilkår for adopsjonen.

Sakens ordfører, Magnar Aarøen fra Kristelig Folkeparti, sa at saken er så pass viktig at den fortjener å bli behandlet av Regjeringen før en gjør endelig vedtak. Jeg synes at denne saken, som har ligget i Stortinget i snart ett år, har også regjeringspartiene kunnet se på. Saken er ikke bare «så pass viktig», men den er svært viktig for mange av de 80 000 ufrivillig barnløse parene som vi har i Norge. Jeg håper at Regjeringen i hvert fall følger opp og kommer med klare og gode ordninger i statsbudsjettet til høsten, slik at man i hvert fall da kan komme veldig nær 1 G. Helst bør forslaget fra Regjeringen være på 1 G fra 1. januar 2004.

May Britt Vihovde (V): Det er veldig viktig å seia at det å kunna adoptera barn frå utlandet er ein likeverdig måte å få barn på. Fleire har vore inne på det i denne debatten. Mange barn vil få det betre ved å bli adopterte til Noreg og få høve til trygge oppvekstvilkår. Det er urimeleg at det er økonomien til foreldra som ofte bestemmer om dei kan adoptera barn. Difor har Venstre i sitt stortingsvalprogram sagt at ønsket er ei opptrapping av denne støtta til opp mot 1 G. Det har vi òg fått gjennomslag for i Sem-erklæringa.

I 1997 var støtta til adopsjon frå utlandet på 15 000 kr. Støtta var i 2001–2002 komen opp i 22 500 kr, og er no altså oppe i 23 400 kr. Det viser at Venstre har fått gjennomslag for at denne støtta skal aukast.

Fleire uttrykkjer at dette bør skje fort. For Venstre er det viktig å seia at vi har fått gjennomslag i Regjeringa for ein auke. Det skal vi jobba vidare for, men ein må òg sjå dette i samanheng med andre gode ønske og andre utgifter på statsbudsjettet. Difor vil eg seia meg veldig glad for at Høgre og Kristeleg Folkeparti i komiteen har bede Regjeringa om å koma tilbake til Stortinget med ei sak om dette. Eg håpar då at Regjeringa følgjer opp og lagar ein forpliktande opptrappingsplan for denne støtta for å få ho likebehandla.

Men eg har lyst til å seia at sjølv om Venstre er einig med Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i opptrapping mot 1 G og har uttrykt det i sitt valprogram, må òg denne saka sjåast i samanheng med andre utgifter og andre gode ting som ein ønskjer å få gjennomslag for.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 2581)

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge frem forslag til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskade mv., slik at det kan gis erstatning for «tort og svie» (Innst. S. nr. 173 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:1 (2002-2003))

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

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

– Det anses vedtatt.

Gunn Olsen (A) (ordfører for saken): Dent-O-Sept-skandalen ble en ubehagelig og alvorlig sak for norsk helsevesen. Som følge av Dent-O-Sept-saken fikk Norsk Pasientskadeerstatning i løpet av våren 2002 mange henvendelser fra pårørende og pasienter om erstatning etter bruk av munnpenselen Dent-O-Sept. Disse hendelsene førte til uklarheter og ble oppfattet som urettferdig. Dette er bl.a. grunnlaget for forslagsstillernes forslag i Dokument nr. 8:1 om å be Regjeringen legge fram et forslag om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv., slik at det kan gis erstatning for det vi kaller tort og svie.

Hele komiteen viser til den redegjørelsen som helseminister Dagfinn Høybråten gav til Stortinget 25. april 2002. Helseministeren la der stor vekt på at tilsynet med produsenter av medisinsk utstyr måtte styrkes. Komiteen

er selvsagt fortsatt enig i dette, og forutsetter at dette arbeidet blir fulgt opp.

Forslagsstillerne har lagt vekt på at helseinstitusjonene må ha et selvstendig ansvar for at de hjelpemidler som brukes i behandling og pleie av pasienter, ikke gir muligheter for overføring av smitte til pasientene.

I redegjørelsen til Stortinget 25. april 2002 gav helseministeren uttrykk for at han ville inkludere Næringsmiddeltilsynet i meldeplikten knyttet til feil ved medisinsk utstyr. Dette er hele komiteen enig i, og vi forutsetter at dette arbeidet blir fulgt opp, slik vi oppfatter at intensjonene er hos forslagsstillerne i Dokument nr. 8:1.

Komiteens flertall, Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, som dessverre i denne saken ikke utgjør stortingsflertallet, er opptatt av begrepet «tort og svie». Vi tror at alle som blir utsatt for en behandling som føles belastende og urettferdig, som f.eks. ofrene i Dent-O-Sept-saken føler, har krav på en slags form for erstatning – rett og slett for det vi kaller tort og svie. Følelsen av at det er urettferdig, og at man ikke blir tatt på alvor når man påføres så store belastninger, ønsker komiteens flertall å ta hensyn til.

Flertallet i komiteen, som jeg har vist til, mener at dette er en sak som har avdekket behov for å yte en erstatning i særskilte tilfeller. Vi mener, som det framgår av saken, at det er grunn til å vurdere om pasientskadeloven bør hjemle en mulighet for å inngå avtale om erstatning for tort og svie ut fra lignende kriterier som for Stortingets billighetserstatningsordning. Vi mener at 5 000 kr er et lite beløp, og vi ønsker at denne beløpsgrensen skal vurderes – og fastsettes høyere.

På denne bakgrunn har vi fremmet våre forslag. Vi ønsker også at Regjeringen skal vurdere en utvidelse av den midlertidige pasientskadeerstatningsordningen, slik at det kan gis erstatning for tort og svie også for dem som er påført skader ved bruk av Dent-O-Sept.

Resten av komiteen, som da er Stortingets flertall, mener at erstatning for tort og svie eller oppreisingskrav ikke synes å passe inn i pasientskadeloven. Jeg regner med at de selv redegjør for sine standpunkter.

Jeg vil anbefale komiteens innstilling.

Bent Høie (H): Det er et omfattende og vanskelig spørsmål som reises i dette Dokument nr. 8-forslaget, med basis i den såkalte Dent-O-Sept-saken. Når det gjelder oppfølgingen av denne saken, vil jeg, som saksordføreren også gjorde, vise til redegjørelsen som helseministeren tidligere har holdt i Stortinget om denne saken.

Flertallet i komiteen ønsker at Regjeringen skal vurdere å utvide pasientskadeloven til å gi erstatning for tort og svie ut fra lignende kriterier som for Stortingets billighetserstatningsordning. Stortingets billighetserstatning har gjennom praksis utkrystallisert to hovedvilkår: at søker har kommet særskilt uheldig ut i forhold til andre i samme situasjon, eller at det offentlige er å bebreide.

I hovedsak vil ordningen med pasientskadeerstatning dekke de forhold som kunne gi erstatning etter Stortingets egen ordning. Dagens pasientskadeerstatningsordning omfatter i tillegg til det som følger av alminnelig er-

statningsansvar, et skjerpet uaktsomhetsansvar for svikt f.eks. ved ytelsen, et rent objektivt ansvar på visse områder og en generell rimelighetsregel. Dermed gir ordningen erstatning utover alminnelig erstatningsordning. Dette innebærer at den som blir skadet som pasient, er bedre sikret enn de som blir skadet i samfunnet ellers. Ordningen er likevel begrenset, som annen erstatningsrett, til å gi erstatning for økonomisk tap og til å erstatte for varige men. Ordningen inneholder også allerede rimelighet. Selv om vilkårene etter hovedregelen ikke er oppfylt, kan det gis erstatning etter en rimelighetsvurdering dersom skaden er særlig stor eller uventet og ikke er utslag av risiko pasienten må akseptere.

Skjønstemaet etter billighetserstatningsordningen er et helt annet en pasientskadelovens erstatningsrettslige system. Vilårene etter denne ordningen er såpass åpne at dersom helsehjelp ikke får den ønskede virkning, kan det i seg selv gi håp om medhold i et krav om erstatning etter billighet.

Forslag II i Dokument nr. 8:1 innebærer at man vurderer en særskilt erstatningsordning for ofrene i Dent-O-Sept-saken. De berørte i saken vurderes i dag etter den midlertidige ordningen for pasientskader. Det innebærer at pasienten får erstatning om

1. det er en årsakssammenheng mellom bruken av Dent-O-Sept og skaden, og
2. de har lidd et økonomisk tap eller fått varige men.

Dersom en skulle fravike disse kravene, ville det innebære at Dent-O-Sept-berørte vil komme bedre ut enn pasienter i tilsvarende situasjon. Det vil igjen bety at pasienter som rammes av en feil som berører mange, kommer bedre ut, mens enkeltpasienter som opplever å være i nøyaktig samme situasjon, og som føler seg rammet på nøyaktig samme måte, vil få en annen behandling. Dette vil etter vår oppfatning være i strid med den vanlige rettsoppfatning.

Noe av hensikten med Stortingets billighetserstatningsordning må være at det er en konstruksjon som skal ivareta enkeltmennesker eller grupper som har lidd overlast som følge av forhold i samfunnet, men der det alminnelige rettssystemet ikke fanger opp forholdet. Det vil derfor være noe spesielt å forankre tilsvarende ordninger i det ordinære lovverket. Jeg er redd for at forslaget fra mindretallet her i salen i realiteten vil føre til det som på folkemunne kalles for «amerikanske tilstander» i erstatningsretten, der forhold ved siden av økonomiske tap og varige men i sterkere grad blir vektlagt. I et slikt system blir grensene mellom konsekvensene av en skade under behandling og f.eks. manglende forventet resultater av behandling flytende. Det er en utvikling og en prioritering av offentlige helsemidler som jeg ikke ønsker. Det er grunn til å foreta en kritisk gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning, men den må basere seg på et bredere grunnlag enn det Dokument nr. 8-forslaget gjør.

Jeg vil med dette ta opp forslaget fra komiteens mindretall, som er flertallet i Stortinget.

Presidenten: Representanten Bent Høie har tatt opp det forslaget han refererte til.

John I. Alvheim (FrP) (komiteens leder): Jeg er lei for at det ikke har lyktes sosialkomiteen å få et flertall for å imøtekomme erstatning for tort og svie for en rekke pasienter som ble smittet og påført alvorlig sepsis av Dent-O-Sept-penselen. Det er imidlertid positivt at komiteen maktet å samle seg om et enstemmig forslag om å be Regjeringen i løpet av høsten 2003 legge frem en samlet gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning, og av hvordan erstatningsordningen har virket ved fødselsskader og ved skader ved Dent-O-Sept-saken og lignende saker.

Bruk av den usterile munnpenselen Dent-O-Sept har påført kanskje flere hundre pasienter i norske sykehus alvorlig sepsis, og det må antas som meget sannsynlig at dårlige pasienter under intensiv behandling i offentlige sykehus også har dødd av den sepsis de ble påført, uten at dette så langt er dokumentert.

Den omfattende Dent-O-Sept-smitten er kanskje en av største skandalene i norsk helsevesen i nyere tid som verken staten eller sykehusene vil ta ansvaret for. Jeg er glad for at en samlet komite i sine merknader påpeker at helseinstitusjonene må ha et selvstendig ansvar for at de hjelpemidler som brukes i behandling og pleie av pasienter, ikke gir muligheter for overføring av smitte til pasientene. Tragisk er det imidlertid at flertallet i komiteen til tross for denne uttalelsen ikke tar ansvar og sørger for at de Dent-O-Sept-smittede pasientene får en rimelig erstatning for tort og svie fra det offentlige. Bare Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet fremmer forslag som åpner for en erstatning for tort og svie for de pasientene som har vært i en livstruende situasjon med gjennomgått alvorlig sepsis. Å tilby en pasient som to ganger i et offentlig sykehus fikk påført sepsis ved bruk av Dent-O-Sept-penselen 5 000 kr i erstatning, er ikke bare latterlig, men direkte hån mot vanlige folks rettsoppfatning. At pasientskadeloven og norsk erstatningsrett ikke åpner for denne type erstatning for tort og svie, burde ikke være til noe hinder for at flertallet i komiteen kunne gå inn for en ekstraordinær ordning eksempelvis ved å anbefale billighetserstatning. Dette har vært gjort før. Jeg minner i den forbindelse om den erstatningen som ble tildelt individuelt i forhold til de lobotomerte noen år tilbake i tid. Fremskrittspartiet vil komme tilbake til saken når Regjeringen legger frem en oversikt over den totale situasjonen og omfanget av Dent-O-Sept-skandalen.

Olav Gunnar Ballo (SV): SV er opptatt av at det bør gjennomføres en full gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning og ses på hvordan erstatningsordningen i dag fungerer. Vi fremmet forslag om det i forbindelse med statsbudsjettet for 2003, og et flertall sluttet seg til det og står fast på at en slik gjennomgang bør gjennomføres.

Nå er det også en enstemmig komite som ber Regjeringen om å komme tilbake med en gjennomgang senest høsten 2003, og det er vi glad for.

Når det gjelder det konkrete forslaget derimot, er ikke det i tråd med hva vi mener. Det finnes etter vårt syn flere eksempler på at Norsk Pasientskadeerstatning ikke

fungerer etter intensjonen, og de eksemplene mener vi nødvendiggjør en gjennomgang. Det finnes flere eksempler også når det gjelder bruken av munnpenselen Dent-O-Sept som kan synliggjøre at Norsk Pasientskadeerstatning i hvert fall kanskje ikke fungerer som den burde gjøre. Men det å gå til det skritt å si at en spesiell gruppe skal behandles på en særskilt måte og ut fra unntaksbestemmelser, er vi grunnleggende uenig i.

Jeg har vært borti flere eksempler når det gjelder fødselsskader hvor man ser at det kan ha tatt veldig lang tid før saken har blitt behandlet. I et tilfelle som jeg kjenner til, fikk man ikke medhold hos Norsk Pasientskadeerstatning, hvorpå saken ble vunnet i en sivil rett, og så ble den anket av Norsk Pasientskadeerstatning til en høyere domstol. Slike eksempler gir etter mitt og SVs syn grunn til ettertanke. For hvis Norsk Pasientskadeerstatning blir en motpart som man må kjempe mot, i stedet for en medspiller som man kan få hjelp fra hvis man føler at en selv eller ens nærmeste har lidd overlast gjennom medisinsk behandling, så er det betenkelig. Tilsvarende kan man si om Dent-O-Sept-saken. Det kan imidlertid ikke være slik at fordi man får en spesiell sak med mange som da er blitt ofre for smitte, så skal man, i motsetning til i andre liknende saker, behandle den på en helt spesiell måte. Det kan ikke være rettsstaten Norge verdig. Etter SVs syn må det være slik at like saker behandles likt. Måten det ivaretas best på, er nettopp ved å få sett på hele Norsk Pasientskadeerstatning under ett, få Regjeringens vurdering av det og så invitere Stortinget til, ut fra den vurderingen, å ta stilling til om det er deler av ordningen som bør endres. Da bør den selvfølgelig endres på en slik måte at dersom andre tilfeller skulle dukke opp, om det så bare skulle være enkelttilfeller, så må man naturligvis ha akkurat den samme retten til å få sin sak vurdert på like vilkår som eksempelvis ofrene for Dent-O-Sept-saken. Slik jeg oppfatter forslagsstillerne, legger de her ikke opp til at like tilfeller skal behandles likt, noe som jo bryter med vanlig norsk rettspraksis.

Ellers vil jeg si at det er Stortinget selv som har fastsatt en nedre grense på 5 000 kr ved erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning, mens Regjeringen i sin tid foreslo at den grensen skulle være høyere. En konsekvens av det kan jo nettopp være at en del av ofrene for Dent-O-Sept-saken får det nedre erstatningsbeløpet, mens de ellers ikke ville ha nådd opp til et tak som hadde ligget høyere, og da alternativt ikke ville fått erstatning i det hele tatt. Når en del kritiserer beløpet på 5 000 kr, skal de derfor ha i mente at det faktisk var Stortinget som fastsatte det beløpet ved den foregående gjennomgangen av Norsk Pasientskadeerstatning.

SV ønsker å komme tilbake med en vurdering av hvilke konsekvenser man skal trekke av de sakene som har vært fremme med hensyn til eventuelle endringer av lovgivningen når det gjelder Norsk Pasientskadeerstatning, når det foreligger en vurdering fra Regjeringen høsten 2003.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Det er snart gått ett år siden Dent-O-Sept-skandalen rystet Helse-Norge.

De fleste av oss trodde ikke at en situasjon av den typen og av et så stort omfang kunne oppstå uten at det ble oppdaget på et tidligere tidspunkt.

Helseministeren varslet en gjennomgang av flere rutiner, internkontroller, meldingsrutiner og bedre tilsyn for å hindre at noe liknende skal skje igjen.

Kristelig Folkeparti er tilfreds med den oppfølgingen som helseministeren har utført i denne spesielle saken. Vi regner med at sykehusene nå har bedre opplegg for registrering, melding, analysing og rapportering av sykehusinfeksjoner. Dette gjelder særlig for intensivavdelingene der sjansene for smitteoverføring er størst.

Kristelig Folkeparti var enige om at Norsk Pasientskadeerstatning var en god ordning for å ivareta pasientenes behov i Dent-O-Sept-saken. Denne erstatningsordningen gjør det lettere for pasienten å få tilkjent erstatning fra helsetjenesten enn det er i den vanlige erstatningsretten.

I den alminnelige erstatningsretten er hovedregelen at det må foreligge skyldansvar. Pasientskadeloven bygger på et objektivisert erstatningsansvar. Kristelig Folkeparti synes, i likhet med flertallet, at erstatning for tort og svie eller oppreisningskrav ikke passer inn i pasientskadeloven. Vi viser til brev av 1. oktober 2002 fra departementet, der det heter:

«Når det gjelder oppreisningskrav mener departementet at blant annet disse kravenes preg av sanksjon gjør at de ikke skal kunne fremmes etter pasientskadeordningen ...»

Vi støtter at Regjeringen i løpet av høsten legger fram resultatet av en samlet gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning, slik det ble bedt om i forbindelse med årets budsjett. Det legges en føring om at gjennomgangen skal inneholde en vurdering av hvordan erstatningsordningen har virket ved fødselsskader, i Dent-O-Sept-saken og i lignende saker. På den bakgrunn foreslår vi at Dokument nr. 8-forslaget vedlegges protokollen.

Jeg har forståelse for at det kan virke urimelig at en i dag ikke får mer enn 5 000 kr etter en slik påført lidelse. Men jeg vil påpeke at det var den summen Stortinget var enig om for kort tid siden. Skal en fravike kravet bare for Dent-O-Sept-berørte, vil disse komme bedre ut enn andre pasienter i en tilsvarende situasjon. Det kan ikke være riktig at fordi flere blir rammet, må det vurderes annerledes enn om bare enkeltindivider blir rammet. Dette strider mot den alminnelige rettferdighetsoppfatning og rettsoppfatning.

Det finnes i dag en billighetserstatningsordning som Stortinget har opprettet. Her kan alle søke som mener at de har kommet særskilt uheldig ut i forhold til andre i samme situasjon. Denne ordningen er basert mer på skjønn enn de andre erstatningsordningene er.

Kristelig Folkeparti mener denne ordningen kan dekke mye av den problematikken som Dokument nr. 8-forslaget etterspør. På denne bakgrunn støtter vi komiteens innstilling til vedtak I, men stemmer imot innstilling til vedtak II og III.

Ola D. Gløtvold (Sp): For om lag ett år siden gjaldt veldig mange henvendelser til Norsk Pasientskadeerstat-

ning Dent-O-Sept-saken. Men også i andre sammenhenger har det kommet mange henvendelser som gjelder pasientskadeerstatningsordningen.

Vi mener – som vi mente ved høstens budsjettbehandling – at hele ordningen bør gjennomgås og legges fram for Stortinget, slik at en kan ha mulighet til å komme tilbake og vurdere Norsk Pasientskadeerstatning. Det ber en samlet komite om, og jeg regner med at det i løpet av høsten vil bli anledning til det.

For øvrig skal jeg prøve – siden vi har mange saker i dag – å gå kort igjennom hvilke forslag Senterpartiet er med på i denne saken. Representanten Alvheim sa at Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet fremmer forslag om å se på muligheten for å gi erstatning for tort og svie ut fra lignende kriterier som for Stortingets billighetserstatningsordning når det gjelder pasientskader. Det forslaget er også Senterpartiet med på. Vi mener at Dent-O-Sept-saken bl.a. har vist at man får en del problemer og plager som gjør at man bør få erstatning – kanskje utover det som pasientskadeerstatningsordningen gir pr. i dag. Derfor ønsker vi at man skal gå igjennom pasientskadeloven og se på muligheten for en utvidelse av den i tilfeller der plager, ulemper og belastninger er ekstra store. Representanten for Sosialistisk Venstreparti sier her i dag at dette kan gi ofrene for Dent-O-Sept-skandalen en særbehandling. Jeg er ikke enig i det. Dent-O-Sept-saken viste at store grupper kan bli påført store skader og lidelser. Derfor bør en ha en slik gjennomgang som en generelt ber om her. Det som hjemles under forslag til vedtak III som gjelder Dent-O-Sept-ofrene, er etter min mening først og fremst at en åpner for at en erstatningsordning mer basert på tort og svie skal gis en form for tilbakevirkende kraft for denne store gruppen.

Jeg er ellers enig i at saker av lik karakter må behandles likt, så det er ikke spørsmål om å plukke ut én særskilt gruppe her. Men dette viser at man har behov for en bredere vurdering enn det som er gjort, og som det kanskje er mulighet for å gjøre innenfor pasientskadeerstatningsordningen, slik vi har den i dag.

Jeg viser til de forslagene som Senterpartiet er med på, og vil stemme for innstillingens forslag til vedtak I, II og III.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg er, som forslagsstillerne, opptatt av at vi i Norge skal ha en ordning med erstatning ved pasientskader som gir erstatning der det er grunnlag for det, og som virker rettferdig. Likeledes er jeg opptatt av at det etter Dent-O-Sept-saken må sikres at lignende ikke skjer igjen, og at de som har rett til erstatning, får det. Jeg har tatt ansvaret for oppfølgingen av denne saken, i tråd med den redegjørelsen jeg gav Stortinget, og jeg har senest i budsjettokumentene rapportert til Stortinget om hvordan jeg har fulgt opp dette.

Vi har fra nyttår fått en ny lov om pasientskader til erstatning for den midlertidige ordningen. Pasientskadeloven bygger på den midlertidige erstatningsordningen som har virket fra 1. januar 1988.

Ordningen er basert på et såkalt objektivisert erstatningsansvar. I dette ligger et utvidet ansvar i forhold til

hva som ellers følger av norsk erstatningsrett, og dermed en styrking av pasientenes erstatningsrettslige vern. Etter alminnelig erstatningsrett kreves det at det kan påvises uaktsomhet, eller skyld, fra skadevolder for at det skal være grunnlag for erstatning. Etter pasientskadeloven er det ikke påkrevd å bevise at noen i helsetjenesten kan bebreides for at skaden har inntrådt, for å få erstatning.

I tillegg kan det etter en rimelighetsregel unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller uventet, og som ikke kan anses som et utslag av en risiko pasienten må akseptere. Informasjon gitt på forhånd skal vektlegges.

Det er videre et rent objektivt ansvar som kommer til uttrykk for uoppklarte ansvarsforhold. Dersom årsaken til en skade ikke lar seg bringe på det rene, og skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandling, skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt ved ytelse av helsehjelpen.

Ved at ansvarsgrunnlaget gir erstatning for flere skadegrunnlag enn det alminnelig erstatningsrett gjør, medfører ordningen at det er lettere å få erstatning enn alminnelig erstatningsrett ville ført til. Det er presisert i forarbeidene til pasientskadeloven at terskelen for å konstatere ansvar heller må settes for lavt enn for høyt.

Pasientskadeloven følger hovedprinsippet i norsk erstatningsrett om at erstatning skal kompensere for økonomisk tap. Skadelidte skal stilles som om skaden ikke hadde inntruffet. Det kan også kreves erstatning for ikke-økonomisk tap, menerstatning. Menerstatning kan kreves dersom skadelidte er blitt påført varig medisinsk invaliditet. Den skal kompensere den tapte livsutfoldelsen som invaliditeten medfører. Skadelidte kan bruke pengene til å kjøpe opplevelser som til en viss grad kan kompensere for fysisk livsutfoldelse som ikke lenger er mulig.

I forslaget som foreligger, har representantene Alvheim og Nesvik fremmet forslag om endringer i loven slik at NPE skal kunne gi erstatning for tort og svie. Det er uklart hvilke vilkår for slik erstatning forslagsstillerne tenker seg, men jeg forutsetter at representantene med «erstatning for tort og svie» eller «oppreisning» mener erstatning for ikke-økonomisk tap utover menerstatning.

Som jeg har meddelt Stortinget i brev av 1. oktober i fjor, vil jeg ikke anbefale at det innføres erstatning for tort og svie i pasientskadeloven.

Begrunnelsen for oppreisningskrav for tort og svie etter norsk rett er at oppreisningen skal virke som en sanksjon i forhold til en forsettlig/grov uaktsom handling. Det skal gi skadevolderen som har opptrådt forsettlig eller grovt uaktsomt, en økonomisk smekk. Dette er ikke egnet innenfor det særlige erstatningssystemet som pasientskadeordningen legger opp til.

Blant annet for å sikre at sakene skal bli så godt opplyst som mulig, og dermed at pasientene får den erstatningen de har krav på, er det ikke et absolutt krav om å påvise skyld i helsetjenesten for å få erstatning. Dersom en skulle innføre en ordning der det er behov for å påvise skyld, ville dette undergrave et slikt hensyn. Dersom en dessuten innførte en ordning som fokuserte på grov skyld hos helsepersonell, ville det vanskeliggjøre og forsinke

erstatningssakene. Ved at skyld ikke er tema, økes muligheten til å få raskere og bedre informasjon i sakene.

I tillegg er det slik at pasientskadeloven ikke er til hinder for at skadelidte kan reise krav om oppreisning etter alminnelige erstatningsregler, men da utenfor pasientskadeordningens system.

Jeg har merket meg at flertallet i sosialkomiteen slutter seg til denne vurderingen og derfor avviser forslaget om å ta tort og svie inn i pasientskadeloven.

Stortinget har bedt om at det gjøres en evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning. Helsedepartementet har bedt Statskonsult om å gjennomføre denne evalueringen. I tillegg til at det i mandatet for evalueringen inngår at det skal fokuseres på den service pasientene får hos NPE, skal det ses nærmere på den forståelsen av regelverket som NPE legger til grunn under sin saksbehandling. Her vil det kunne være naturlig å fokusere på noen av de sakstypene som har vært drøftet i den offentlige debatt.

Vi bør nå bruke ressursene til å sette pasientskadeloven i kraft, slik Stortinget nylig har vedtatt den. Når resultatene av evalueringen foreligger, vil jeg komme tilbake til Stortinget med en gjennomgang av ordningen. Jeg vil gi en tilbakemelding til Stortinget i høst, slik en enstemmig komite ber om.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 2582)

S a k n r . 3

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Sigbjørn Molvik om de akuttmedisinske kommunikasjonsentralers (AMK) framtidige struktur (Innst. S. nr. 172 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:36 (2002-2003))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe.

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

– Det anses vedtatt.

Gunn Olsen (A) (ordfører for saken): Forslagsstillerne til Dokument nr. 8:36 ønsker at den framtidige strukturen på AMK-sentraler i Norge skal behandles i Stortinget.

Det er en kjensgjerning at etter den statlige overtakelsen av sykehusene blir det rundt i de fem helseregionene planlagt strukturelle endringer. Det kan medføre at det går i retning av færre AMK-sentraler.

Komiteen ønsker å vise til brev fra helseministeren, datert 30. januar i år. Brevet er gjengitt i innstillingen.

Komiteens flertall er enig i helseministerens vurderinger og legger til grunn de samme synspunkter som helseministeren gjør. Dersom det reises spørsmål av mer prinsipiell karakter i forbindelse med strukturen på AMK-

sentralene, vil saken vurderes på nytt. Dette ønsker flertallet å forholde seg til. I det samme brevet fra helseministeren er det vist til styringsdokumentet til de regionale helseforetakene, og flertallet i komiteen ønsker å ta dette til orientering.

Flertallet, alle unntatt SV og Senterpartiet, mener det er grunn til å minne om at etter at sykehusreformen ble vedtatt, har staten ved de regionale helseforetakene overtatt ansvaret for organisering og drift av spesialisthelsetjenesten, inklusiv ansvaret for AMK-sentralene.

Flertallet er enig med helseministeren i at det på det nåværende tidspunkt ikke er noen grunn til å gripe inn i foretakenes omstrukturering av AMK-sentralene. Med dette som bakgrunn ønsker flertallet å avvise forslaget i Dokument nr. 8:36.

John I. Alvheim (FrP) (komiteens leder): Som et direkte og ønsket resultat av sykehusreformen blir nå AMK-sentralene redusert fra et antall på 44 til 13. Dette er helt i tråd med hva et flertall i sosialkomiteen, nemlig Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, ønsket og fremmet forslag om i Innst. S. nr. 300 for 2000-2001 til akuttmeldingen.

Flertallet påpekte den gangen at det høye antallet AMK-sentraler man den gangen hadde, var kostnadskreven og beslagla store helseressurser som kunne vært benyttet på en annen måte. Flertallet konkluderte den gangen med at det burde vært tilstrekkelig med én AMK-sentral i hvert fylke. Nå er antallet AMK-sentraler foreslått til 13. Sett fra Fremskrittspartiets side kunne vi godt ha greid oss med fem AMK-sentraler – én i hver helse-region.

Prinsipielt er det også riktig at helseforetakene som nå har ansvaret for AMK-sentralene, selv må bestemme hvor mange slike sentraler en bør greie seg med. Det foreliggende forslaget fra representantene fra SV og Senterpartiet kan ikke tolkes på annen måte enn at det er et forsøk på en omkamp om foretaksreformen som tydeliggjør at disse representantene og deres parti ikke aksepterer at spesialisthelsetjenesten nå er ute av politisk detaljstyring. Det ville være aldeles meningsløst at Stortinget skulle gå inn og ha noen formening om hvor mange AMK-sentraler man bør ha, og hvor – i tilfelle – disse skal ligge. AMK-sentralene er ikke noe distriktpolitisk virkemiddel, men tvert om et akuttmedisinsk hjelpemiddel for pasientene som bør være mest mulig effektivt til minst mulig kostnad, for å redde liv og sørge for rask behandling. Jeg er på vegne av Fremskrittspartiet svært glad for at flertallet i komiteen avviser forslaget ganske kontant.

Olav Gunnar Ballo (SV): Undertegnede var høsten 1994 inne på Stortinget som 2. vararepresentant for Finnmark, og satt i oktober 1994 her i salen og hørte på en debatt som nettopp gikk på medisinske nødmeldesentraler. Det jeg kan huske, er at flere representanter fra flere partier tok til orde for at man i større grad burde ha lokale tilpasninger, og at det i enkelte kommuner burde vært mulig f.eks. med nødmeldesentraler. Jeg kan huske at

statsråden som svarte den gang, var Gunnar Berge, og at han var uenig i det. Det sier for så vidt ganske mye om den utviklingen som siden har vært: Fra å diskutere hvorvidt enkeltkommuner skal kunne ha den typen nødmeldesentraler, diskuterer man nå om det ikke burde være færre enn én i hvert fylke. Det betyr at holdningen til denne typen sentraler har forandret seg ganske radikalt i de snart ti årene som har gått.

Når vi i SV tar dette opp, er det fordi vi fra ulike fylker – det ene er mitt eget – har fått signaler om at den prosessen som nå skjer, oppfattes som uheldig. Det går på – hvis jeg nå bruker Finnmark som eksempel – at når det er 600 km mellom to sykehus, er det et poeng også rent medisinsk å ha en AMK-sentral ved hvert av de to sykehusene. Tilsvarende argumenter har man fått fra ulike fylker i andre deler av landet. Det man kan diskutere og problematisere, er i hvilken grad lokale kunnskaper har reell betydning for utrykning av ambulanseskjøretøy og for å bringe pasienten sikkert fram fra det stedet der man tilkaller ambulans og til sykehus. Jeg registrerer at et flertall mener at det har liten betydning. Det kan gå på at man mener at kartene nå er blitt så detaljerte, og at teknologien er blitt så god at det ikke lenger er nødvendig.

Jeg og SV er uenig i en slik vurdering. Det går rett og slett på at ofte er det ikke bare det å tilkalle kjøretøyet som har betydning, men det å samtale med ambulanspersonellet på stedet når de skal stabilisere pasienten, kanskje samtale også med annet personell som sykehuset vil kjenne godt dersom opplandet ikke er for stort. Det dreier seg om transport til sykehus og instruksjon underveis. Etter hvert ser vi at ny teknologi blir tatt i bruk, der man har monitorering av pasienten som gjør at man på sykehuset kan se på EKG, altså se hjerterytmene, og der den teknologien som innføres, også har ringvirkninger helt inn i sykehuset. Det betyr at etter hvert som man utvikler denne teknologien, tar den i bruk og gjør den mer distriktsrettet, kan det virke rekrutterende, eventuelt ikke rekrutterende, til ulike sykehusmiljø, avhengig av om man også har den typen fagmiljø på sykehuset.

Så kan man diskutere om det er detaljstyring at Stortinget skal ha synspunkter på hvordan denne strukturen skal være. Stortinget har for så vidt allerede hatt synspunkter på dette i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 43 for 1999-2000. Men i SV oppfatter vi ikke dette som detaljstyring, akkurat som vi heller ikke oppfatter det som detaljstyring at Stortinget skal ha synspunkter på hvordan den medisinske beredskapen generelt skal være innenfor både indremedisin og kirurgi.

Det det dreier seg om, er hvordan vi skal utvikle et helhetlig helsetjenestetilbud til befolkningen som har en fordeling som skaper likeverdige tilbud. Og jeg må si jeg er ganske overrasket over hvor langt enkelte – jeg tenker da spesielt på komitelederen i sitt innlegg – er villig til å gå med hensyn til å si at Stortinget ikke har noe med en del av disse spørsmålene å gjøre, for det har man jo. Det er klart at når det blir en oppfatning av dette i befolkningen, vil det ikke være tilfredsstillende at de eneste de skal kunne henvende seg til, er styremedlemmer i det enkelte helseforetak. Det må også være mulig for Stortinget å ha

synspunkter på og kunne behandle hvordan den akutte nødmeldetjenesten skal videreutvikle seg.

SV vil holde fast ved at det vil være enkeltfylker der det er fornuftig at man har mer enn én slik sentral. Fylkene er så forskjellige både geografisk og folketallsmessig at det må være mulig å foreta tilpasninger og ha en struktur som gjør at dersom avstanden blir stor, skal flere enn ett sykehus i hvert fylke ha den typen tjenester.

Magne Aarøen (KrF): Kristeleg Folkeparti legg til grunn at dei regionale helseføretaka har fått ansvaret for strukturen av AMK-sentralane. Vi vil understreke veldig klart og tydeleg at omstruktureringa skal auke tryggleiken i den akuttmedisinske kjeda, ikkje redusere han.

Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet syner til handsaminga av St.meld. nr. 43 for 1999-2000, akuttmeldinga, og til Innst. S. nr. 300 for 2000-2001. Det som står der når det gjeld desse punkta, kan eg gjerne sitere. Det står at desse partia, Kristeleg Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, understreka at

«antall AMK-sentraler og strukturen for disse måtte sees i sammenheng bl.a. med lokalkunnskap, særlig der det er stor avstand mellom sykehusene, og at det er viktig med rask og umiddelbar varslings- og kommunikasjonsmulighet mellom de ulike nødmeldetjenester for riktig henvisning og behov for koordinering».

Det som står der, er vi i Kristeleg Folkeparti heilt ut einige i, og vi føreset at alle endringane som vert gjorde, har i sentrum ei heving av kvaliteten, ikkje ein reduksjon. Vi viser også til fleirtalsmerknadene som vi er med på. Eg syner til at organiseringa av tenesta må ta omsyn til at busetjinga i delar av landet er spreidd, og at det mange stader er lang avstand til spesialiserte helsetilbod. Det er viktig for helseføretaka at dei lyttar til Stortinget og Stortinget sine merknader. Då kan dei unngå ein del uheldige tilhøve som gjer at politikarar kan kjenne behov for å måtte gripe inn overfor dei. Det skal sjølv sagt vere ein formell prosess, men helseføretaka må også ha øyre til å lytte til politiske signal utan at ein dermed bryt dei formelle rutinane.

Helseministeren har sagt at dersom det vert reist spørsmål av meir prinsipiell og avgjerande karakter, vil han vurdere saka på nytt, og det er eg einig med han i.

Ansvar for og handteringa av AMK-sentralane har helseføretaka, og eg føreset at dei merkar seg det som vert sagt og skrive. Eg føreset også at dei merkar seg dei føringene og merknadene som har vore og er i politiske dokument. Kvaliteten skal opp og ikkje ned.

Innlegget til representanten Ballo illustrerte på ein god måte kor fort den tekniske utviklinga går. Nokon kvar av oss meinige kan ha vanskar med å følgje med og til kvar tid vurdere kva som er dei rette tekniske løysingane. Då har vi eitt igjen, og det er å stille krav til kvalitet og tryggleik, slik at avstandane og systema ikkje vert slik at dei svekkjer tryggleiken. Det er også viktig at folk opplever og har kjensle av at tryggleiken vert teken i vare på ein fullt ut tilfredsstillande måte.

Presidenten: Presidenten er ikke riktig sikker på om Olav Gunnar Ballo tok opp det forslaget som Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet står sammen om. For å være helt sikker, foreslår presidenten at representanten Gløtvold tar opp forslaget.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg kan starte med det. Jeg er enig i at Regjeringen skal legge fram en framtidig struktur for AMK-sentralene i Norge, slik at vi kan få behandlet de strukturelle endringene som finner sted. Jeg tar da opp det forslaget som er framsatt av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Når SV tar opp dette i sitt Dokument nr. 8-forslag, mener vi det er riktig at man får en slik vurdering. Det skal være slik at vi kan sette de kvalitetskrav og sikkerhetskrav som man ønsker, til også den akuttmedisinske kommunikasjons-tjenesten. Jeg tror at utgangspunktet for oss alle er at alle AMK-sentralene skal ha en god faglig og kompetent bemanning. Det er det ingen tvil om. Samtidig finnes det andre kriterier her, som det også må legges vekt på. Blant annet ble det sagt i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 43 for 2000-2001 våren 2001, den såkalte akuttmeldingen – der bl.a. Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti understreket dette med å se sammenhengen i forhold til lokalkunnskap, særlig der det var store avstander mellom sykehusene – at det også var viktig med rask og sikker varslings- og kommunikasjonsmulighet mellom de ulike nødmeldetjenestene, for riktig henvisning og behov for koordinering.

Videre ble det understreket under behandlingen av akuttmeldingen at det var viktig med god og kontinuerlig kontakt med lokal legevakt og ambulansetjeneste. Vi har jo eksempler på at sentraler har sendt ambulanse til riktig adresse, men i feil by! Jeg tror at lokalkunnskapen er særdeles viktig for at dette skal skje riktig og raskest mulig. Derfor mener vi at vi må se AMK-sentralene og den strukturen disse skal ha, i en bredere sammenheng, bl.a. i samspill med primærhelsetjenesten og ambulanses virksomheten ute.

Når vi tar opp dette, er det bl.a. på bakgrunn av at det store antall AMK-sentraler vi har hatt, nå er i ferd med å bli redusert til 13. Etter Fremskrittspartiets mening burde det være bare fem. Vi mener det er altfor store regionale dekningsområder, og at det blir uforsvarlig store distrikter. Det har også å gjøre med den kompetansen som bør være ved en del av sykehusene våre rundt om i landet.

Når vi er bekymret for struktur og tilbud og tar opp dette, får vi som regel som reaksjon fra dem som er uenige med oss, at dette er en omkamp når det gjelder helseforetaksetableringen, og at det er en detaljstyring, først og fremst fra dem som var veldige representanter for helse-reformen. Men jeg synes det er veldig urettferdig å bruke i hvert fall den argumentasjonen overfor dette. Det blir mer en form for hersketeknikk fra våre motstandere enn en reell debatt om sakens konkrete innhold og de realitetene som tas opp i denne forbindelse.

Jeg synes at Stortinget må ta sitt ansvar. Vi har et overordnet ansvar når det gjelder helsetilbudet. Det ansvaret bør vi da kunne vise at vi påtar oss, og vi bør kun-

ne ta opp saker som vi er bekymret for når det gjelder utviklingen i forhold til f.eks. struktur, tilbud og kvalitet.

Helseforetakene har fått dette ansvaret, og vi skal ikke blande oss bort i det. Jeg mener imidlertid at det er et klart ansvar for Stortinget og Stortingets partier å blande seg opp i det hvis man er uenig i den utvikling som skjer.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Representanten Ola D. Gløtvolds innlegg fikk meg til å ta ordet for å si noe mer prinsipielt om styringen på dette viktige samfunnsområdet.

I styringsdokumentet for de regionale helseforetakene har vi bedt om at det blir foretatt en gjennomgang av organiseringen av hele den akuttmedisinske kjeden, med utgangspunkt i Stortingets behandling av akuttmeldingen. Det gjelder også organiseringen av AMK-sentralene.

Gjennomgangen skal skje i lys av planlagte strukturtiltak og endringer i oppgavefordelingen i den enkelte region. Det arbeidet har kommet ulikt langt i de fem regionene. Noen steder pågår det utredninger, mens andre steder foreligger det forslag til endringer. Der det foreligger utredninger, pågår det nå prosesser med høring og ytterligere konkretisering av forslagene ut fra foreliggende fagrapporter.

I helseforetaksloven framgår det at saker av vesentlig eller prinsipiell betydning skal behandles i foretaksmøtet. Mange av de forslag som nå er under utarbeidelse i de regionale helseforetak, er av en slik karakter at de skal behandles i foretaksmøte. En slik behandling vil skje når styrene i de regionale helseforetak har fattet sine vedtak i disse sakene.

Det er en selvsagt premiss at de endringer som til slutt blir gjennomført, er i tråd med de føringer som Stortinget tidligere har gitt. Jeg vil orientere Stortinget nærmere gjennom en omtale av de pågående prosessene og det framtidige systemet for årlig melding i revidert nasjonalbudsjett denne våren, og gjennom en bred omtale og vurdering av status og planer framover i forbindelse med St.prp. nr. 1 til høsten.

Etter min oppfatning er det mye som tyder på at det opplegg for å redusere antall AMK-sentraler som mottar 113-anrop, er både fordelaktig og fornuftig. Det er min oppfatning at det også er i tråd med faglige tilrådinger, anbefalinger i akuttmeldingen og tidligere flertallsmerknad fra Stortinget i forbindelse med innstillingen om akuttmedisinsk beredskap. Men jeg vil for min del følge utviklingen også på dette området for å se til at det også i fortsettelsen vil være slik.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet i sak nr. 3. (Votering, se side 2582)

S a k n r . 4

Innstilling frå sosialkomiteen om forslag frå stortingsrepresentantane Magnhild Meltveit Kleppa, Ola D. Gløtvold, Jorunn Ringstad og Rune J. Skjælaaen om å utsetja endring av praksis ved utskriving av ferdigbehandla pasientar (Innst. S. nr. 176 (2002-2003), jf. Dokument nr. 8:37 (2002-2003))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke vil bli gitt anledning til replikker etter de enkelte innlegg.

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

– Det anses vedtatt.

John I. Alvheim (FrP) (komiteens leder og ordfører for saken): Forslaget i Dokument nr. 8:37 fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold, Magnhild Meltveit Kleppa og Rune J. Skjælaaen ber Regjeringen utsette en eventuell endring av forskriftene som regulerer praksis ved utskriving av ferdigbehandlede pasienter i sykehus.

Forslagsstillerne finner det uakseptabelt at Regjeringen ved en forskriftsendring innfører en praksis som direkte går ut over andre lovpålagte oppgaver i kommunene, og mener at endring av nevnte forskrift eventuelt bør gjøres i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund. Forskriftsendringen går i korthet ut på at varslingsfristen for utskriving fra sykehusene til kommunene reduseres, at det foretas en betydelig økning av dagpengemulkten, og at begrepet ferdigbehandlede pasienter endres til utskrivingsklare pasienter.

Et flertall i komiteen, representantene fra regjeringspartiene, Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, avviser forslaget, formelt med bakgrunn i at forskriftsendringene allerede er iverksatt, og at flertallet ikke finner noen grunn til å reversere dette. En enstemmig komite uttaler følgende i innstillingen:

«Kortere liggetid ved sykehusene medfører imidlertid, etter komiteens mening, at de utskrivingsklare pasientene i større grad enn tidligere trenger mer intensiv behandling, pleie og rehabilitering som mange kommuner har problemer med å følge opp, særlig på grunn av manglende sykehjemsdekning.»

Jeg forutsetter at de øvrige partiene redegjør for sitt syn på forslaget i Dokument nr. 8:37.

Fra Fremskrittspartiets side vil jeg påpeke at sykehusreformen så langt har ført til et betydelig kutt i ventelistene og i ventetiden for den enkelte pasient. Som en naturlig konsekvens av dette har liggetiden blitt redusert, noe som medfører at de pasienter som skrives ut, særlig i de eldre årsklasser, fortsatt har behov for intensiv behandling og pleie, men på et lavere medisinsk nivå. Manglende sykehjemsdekning, både nå og i fremtiden, gjør at kommunene har store problemer med å ivareta disse pasientene på en medisinsk forsvarlig måte. Rent faglig sett står også sykehjemmene svakt, idet legebemanningen er særdeles lav, ca. ett legeårverk pr. 170 pasienter, og et for stort antall sykepleierstillinger står ubesatt i de offentlige sykehjemmene. Denne saken reiser et problem for flertallet i denne sal, som både har gått imot bygging av flere sykehjems plasser og likeledes har gått imot en fast normering av pleiefaktoren i våre offentlige sykehjem.

Slik Fremskrittspartiet ser det, bør en nå etter hvert vurdere å etablere en halvannenlinjetjeneste, eventuelt ved etablering av flere sykestuer, eller å gjøre enkelte lokalsykehus om til nærsykehus. Dette for å ivareta bedre utskrivingsklare pasienter og gi muligheter for observasjonsinnleggelse før sykehusinnleggelse.

Sigbjørn Molvik (SV): Det denne saka dreier seg om, tror jeg kommer til å bli et økende problem i tida som kommer. Liggetida ved norske sykehus går ned, som saksordfører sa, og mye tyder på at den vil fortsette å gjøre det. Dette har ikke bare sammenheng med at medisinske behandlingsmetoder blir bedre, men det skyldes først og fremst at sykehusene ønsker å frigjøre plass for å kunne ta imot nye pasienter til behandling.

I utgangspunktet mener SV at et velfungerende helsevesen skal være slik at pasientene får sin behandling på det som til enhver tid er det riktige nivå. Det er sjølsagt ingen grunn til at pasienter som kan få god og trygg behandling utenfor sykehuset, f. eks. på et sykehjem, skal oppta plass i et sykehus. Dette vil i de aller fleste tilfeller være en vinn-vinn-situasjon: Pasienten vil kunne få god behandling nærmere der pasienten bor, og samfunnet vil kunne bruke de innsparte ressursene til andre pasienter som trenger et sykehusopphold.

Men en slik situasjon forutsetter en velfungerende primærhelsetjeneste med både kapasitet og kompetanse til å gi utskrevne pasienter god behandling, pleie og omsorg. Dette er dessverre ikke alltid tilfellet i norske kommuner. Vi har flere ganger her i denne salen, senest i forrige uke, debattert tilstanden i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Her blir det gjort masse godt arbeid, og mange får et godt og verdig tilbud, men dessverre langt fra alle.

Handlingsplanen for eldreomsorg var med på å gi et løft for dem som trenger pleie og omsorg, først og fremst når det gjelder bygninger og standarden der. Men det gjenstår ennå mye ugjort, først og fremst når det gjelder å få nok folk til yrkene, og videre når det gjelder å få til enda mer og bedre kompetanse, god ledelse og god organisering.

Slik utviklinga nå viser seg å gå, vil flere pasienter få kortere liggetid i sykehus. Disse pasientene vil i økende grad ha behov for mer intensiv og komplisert behandling og pleie. Primærhelsetjenesten i kommunene er ikke alltid rustet til å møte denne utfordringa. Derfor blir det å begynne i feil ende å høyne bøkene og døgnmulkten for kommuner som ikke klarer å ta imot utskrivingsklare pasienter i tide. Da legger vi opp til et svarteperspill som først og fremst rammer den svakeste parten i dette, nemlig pasienten. I tillegg vil et mulktssystem, slik det er tenkt, gjøre kommuneøkonomien enda skralere og svekke de aktuelle kommunenes mulighet til å etablere en tilfredsstillende primærhelsetjeneste, som er i stand til å motta pasienter fra sykehus, pasienter som stadig blir sykere. Sykehusene, derimot, blir sittende med bukta og begge endene, i og med at det er sykehusene som definerer utskrivingsstidspunktet da en pasient er frisk nok til å bli utskrevet.

Det som nå må skje, er en kraftig opprusting av kommuneøkonomien og primærhelsetjenesten på en slik måte at pasientene blir bedre ivaretatt. Dette må skje i et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene, og ikke slik at kommunene og helseforetakene kommer i et motsetningsforhold til hverandre, der den ene parten definerer spilleregler. Én måte å gjøre dette på kan være den såkalte halvannenlinjetjenesten, der kommuner og helseforetak i et samarbeid etablerer gode tilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus, men som fortsatt har et utstrakt behov for behandling og pleie. Det kan vises til flere slike prosjekter som er i gang, eller som er på trappene.

Regjeringa, ved helseministeren, må ha et klart ansvar for å sørge for at dette samarbeidet mellom kommuner og helseforetak blir etablert, ikke bare som spredte enkeltprosjekter, men som noe som skal være en regel, til pasientenes beste over hele landet.

SV har sammen med Senterpartiet fremmet et forslag om å avklare ansvarsfordelingen og ressursbehovet knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus, og der disse to partiene også ber Regjeringa styrke kommunenes økonomiske og faglige ressurser for å kunne ivareta pasientenes behov og sikkerhet.

Jeg tar hermed opp dette forslaget og vil samtidig varsle at hvis forslaget faller, noe det dessverre ser ut til å gjøre, vil SV stemme imot innstillinga fra flertallet, som vil avvise forslaget.

Presidenten: Representanten Sigbjørn Molvik har tatt opp det forslaget han har referert til.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Kristelig Folkeparti slutter seg i hovedsak til saksordførerenes redegjørelse.

Hovedhensikten med Dokument nr. 8-forslaget var å utsette en eventuell endring av forskrift som regulerer praksisen ved utskriving av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. Dette ønsket er allerede imøtekommet, da en utsatte iverksettingen fra 1. oktober 2002 til 1. januar 2003.

Departementet foretok flere justeringer av endringene av forskrift i favør av kommunene. Da er det noe underlig at Senterpartiet og SV i sine merknader skriver følgende:

«Disse medlemmer registrerer at Regjeringen har iverksatt nye forskrifter vedrørende utskriving av pasienter på tross av bl.a. protester fra kommunesektoren og anbefalingene i dette dokumentforslaget.»

Kommunene ble jo hørt!

Av hensyn til innsigelsene mot en varselfrist på sju dager fra Kommunenes Sentralforbund, kommunene og andre høringsinstanser ble dette imøtekommet ved at varselfristen ble satt til ti dager. Det ble også tatt inn en bestemmelse om at sykehuset har plikt til å gjøre kommunen kjent med når sykehuset vurderer at en pasient er utskrivingsklar.

Kristelig Folkeparti støtter sosialministeren i at ordet utskrivingsklar er bedre enn ordet ferdigbehandlet. Dette

uttrykket er mest dekkende for de fleste pasienter. De er som regel ikke ferdige med behandlingen og trenger oppfølging etter utskrivning fra helseforetaket. For å gi pasienten et best mulig behandlingsopplegg er det svært viktig at første- og andrelinjetjenesten samarbeider. Kommuner og sykehus kan fritt inngå gode samarbeidsavtaler.

Kortere liggetid ved sykehusene medfører at utskrivingsklare pasienter i større grad enn tidligere trenger mer fagekspertise i kommunene når de kommer hjem. Det betyr at kommunene må ha en bevisst kompetanseoppbygging av sine fagfolk, enten de arbeider i hjemme-sykepleien eller på sykehjem. Bedre skoloring av egne ansatte fører til bedre kvalitet på helsetjenesten til beste for brukerne.

Kristelig Folkeparti støtter bruk av døgnmulkt. Vi mener det er riktig at kommunen betaler for pasienter som er utskrivingsklare til førstelinjetjenesten, og likevel blir værende på sykehus. Det må være et incitament til at utskrivingsklare pasienter ikke hindrer at nye pasienter som trenger medisinsk eller psykiatrisk hjelp, får det.

Vi er også positive til å vurdere oppbygging av såkalte halvannenlinjetjenestetilbud for å sikre at sonen mellom første- og andrelinjetjenesten blir fylt med kvalitet og kompetanse. Kanskje bør det heller kalles nærsykehus. Det gir gode assosiasjoner.

Dokument nr. 8-forslaget har endret seg til å bli en ren kommuneøkonomisak. Dette var ikke hensikten i utgangspunktet. Kristelig Folkeparti deler bekymringen over en stram kommuneøkonomi, og har alt varslet at den må styrkes.

Ola D. Gløtvold (Sp): For det første ønsker jeg å tak i det som ble sagt av den siste taler, representanten Woie Duesund fra Kristelig Folkeparti, om at denne saken har blitt en ren kommuneøkonomisak og ikke noe annet. Det er slett ikke riktig! Det er hensynet til pasientene, forsvarligheten ved utsendelse fra spesialisthelseinstitusjon og over til primærhelsetjenestenivå, som er det aller viktigste her, en forsvarlighet som betyr at en må ha ressurser, både faglige, økonomiske og også fasilitetsmessige, for at man skal kunne ivareta pasienten etter utskrivning.

Vi ser at utskrivingspraksis blir stadig tøffere, og jeg er litt forundret over at man her nå sier at man absolutt forsvarer at det tidligere begrepet ferdigbehandlede pasienter nå skal skiftes ut med utskrivingsklare pasienter. Utskrivingsklare pasienter er etter min mening pasienter som i mange tilfeller burde ha fått noen flere liggedøgn på sykehus. Det er pasienter som har ekstra behov for oppfølging, ro og medisinsk faglig behandling. Jeg synes at noe av det som er en utfordring i denne sammenheng, er at Stortinget finner muligheter for finansieringsordninger som gir disse pasientene mulighet til å være noe lenger på sykehus enn det de har i dag.

Det er det ene hovedgrepet. Dette gjelder bl.a. mange eldre med sammensatte lidelser, som får behandlet kun ett problem hver gang de er inne på sykehus, og som dermed ender opp i gruppen som kan benevnes som svingdørspasienter.

Det andre hovedgrepet, som det har blitt stor diskusjon om, er at man må ha en sterkere medisinsk faglig og behandlingsmessig kompetanse, og at man må ha flere ressurser for dette i primærhelsetjenesten.

Vi mener at den utsettelse som skjedde fra oktober til årsskiftet ikke er godt nok. Vårt hovedanliggende i den sammenheng var at kommunene skulle tas med på råd, at man kunne sette opp en avtale som skulle utarbeides i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund på vegne av de norske kommunene, der også ressursgrunnlaget skulle klargjøres. Det som i hvert fall synes å være tilfellet nå, er at man har fått en ordning som ikke tar tilstrekkelig hensyn til det økonomiske behovet som innebærer at man skal skaffe ressurser både når det gjelder personell og utstyr, og ikke minst plasser. Vi tror at flere kommuner nå må tilrettelegge for en type behandlings- og omsorgsplasser som går mer på sykestueseng-kategorien. Vi tror også at det kanskje vil være behov for et interkommunalt samarbeid for å løse disse oppgavene i retning av halvannenlinjetjenesten.

I den sammenheng har jeg lyst til å kommentere at SV har en merknad i innstillingen om dette med halvannenlinjetjenesten. Vi deler disse synspunktene, men merkna-den inneholder henvisning til konkrete sykehus, og vi fant ikke at det var noen grunn til å gjøre det. Men generelt ønsker vi at det settes i gang flere forsøk nå, og at det gis ressurser til halvannenlinjetjenesten i tråd med det som står i SVs merknad.

Jeg synes det er noe merkelig at omtrent alle partier på Stortinget nå snakker varmt og mye om større frihet og større handlingsrom for kommunene og det lokale selvstyret. Samtidig opplever vi at kommunene mot sin vilje, og nesten mot sin evne, blir pålagt store, tunge oppgaver, som dette med en raskere utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene trenger mye mer medisinsk faglig, behandlingsmessig og også omsorgsmessig oppfølging enn det kommunene har lagt opp til. Dette pålegget gis uten at det legges til rette for noen ressursstyrking. Det er ingen økning i økonomien i samsvar med disse økte oppgavene. I stedet tar stortingsflertallet til orde for at man skal bruke enda flere bøter som virkemiddel for at ferdigbehandlede pasienter ikke skal ligge inne på institusjon. Vi er også enig i at det ikke skal skje at ferdigbehandlede pasienter skal ligge lenge på institusjon, men vi er uenig i at man skal bruke bøter for å svekke kommuneøkonomien enda mer. Dette beviser bare at det har vært for dårlig kommunikasjon mellom staten, helseforetakene og Kommune-Norge.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 2582)

S a k n r . 5

Interpellasjon fra representanten Asmund Kristoffersen til helseministeren:

«Sykehusenes utgifter til pasientbehandling betales delvis av staten etter standardiserte satser for hver behandling/diagnose gjennom en innsatsstyrt finansiering.

Det er gjennom pressen kommet fram at det i et stort sykehus kan være foretatt bevisst omkodning av diagnoser som medfører at det blir utbetalt høyere statlig betaling pr. pasientbehandling enn det vårt felles finansieringssystem skulle tilsi, noe som i tilfelle betyr alvorlige brudd på regelverk og den tillit som det må være mellom den enkelte lege, det enkelte helseforetak og myndighetene. Taket («kryptaket») som tidligere var satt for å motvirke urettmessig og kreativ koding og dermed høyere utbetaling, medførte mye byråkratisk arbeid. Det ble fjernet fra 1. januar 2002 i tillit til at alle aktører opptrådte samvittighetsfullt og redelig.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre at alle følger regelverket?»

Asmund Kristoffersen (A): De aller fleste land er hele tiden på leting etter et effektivt og godt system for å finansiere sine helsetjenester overfor sin befolkning. Så langt er trolig det perfekte system ikke oppfunnet, mens variasjonen i systemer spenner fra ensidige rammer til entydig stykkpris.

En av de store utfordringene og et dilemma i helsepolitikken er nettopp å legge opp til et finansieringssystem som kombinerer nødvendig budsjettkontroll med god kvalitet på behandlingen, og incentiver til aktivitet. Norske erfaringer, slik de er beskrevet i St.meld. nr. 24 for 1996-97, «Tilgjengelighet og faglighet», lyder slik:

«Rammebevilgninger har ikke gitt tilstrekkelig stimulan til høyere aktivitet innenfor helsesektoren.»

«... dess færre pasienter, jo bedre sykehusøkonomi.»

Og videre sies det:

«Ressursinnsatsen i norske sykehus har i faste priser økt med 7,9 prosent fra 1992 til 1995».

«Aldri har så mange stått i kø for å få behandling, og aldri er det registrert så mange brudd på ventetidsgarantien innen somatikken».

Etter at vi i 1997 innførte et system med delvis stykkpris og delvis rammefinansiering, kalt «innsattsstyrt finansiering» – ISF – har vi sett en sammenhengende reduksjon i køene på landsbasis. ISF baserer seg på det såkalte DRG-systemet, der vi klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Alle DRG-ene har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruket denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten. Det betyr at tyngre pasienter med tunge kostnadsvekter gir høyere utbetaling til sykehuset enn pasienter med lettere sykdommer eller diagnoser. Dette betyr at den dekning sykehusene får for sin pasientbehandling, i det vesentligste påvirkes av tre forhold:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig pasienttyngde
- den såkalte enhetsprisen

I prinsippet er dette et slags objektivt system som skulle gi sykehusene lik uttelling for like pasienter, men i praksis kan sykehusene påvirke den ene ovennevnte faktoren, nemlig beregning og innrapportering av pasienttyngde. Systemet forutsetter og bygger på at alle syke-

husene nøye følger den samme «koding», dvs. at like behandlinger gir lik uttelling.

Når jeg har reist denne interpellasjonen, er det fordi det har forekommet eksempler på at ikke alle følger lojalt dette systemet, som i sitt vesen egentlig bygger på tillit. Fra ISF-systemet ble innført i Norge og fram til utgangen av 2001, ble det praktisert en såkalt krypgrense, som i praksis var et tak for å sikre at det kun ble betalt for faktisk økning i aktiviteten og ikke for bedre eller mer kreativ registrering av pasientbehandling. Uten en slik krypgrense, eller tak, kunne en risikere at et sykehus fikk bedre betalt for behandling enn de var berettiget til. I dette bildet hører også med at slik registrering eller koding ikke nødvendigvis er en nøyaktig vitenskap, noe som betyr at en i en innkjøringsfase måtte påregne ulikheter. I et tidligere budsjettokument ble det sagt:

«Ny informasjon basert på dybdeanalyser av aktivitetsdata for 2000 gir holdepunkter for å anta at det i økende grad skjer en strategisk tilpasning av pasientbehandlingen til krypreglene med sikte på å øke ISF-refusjonene. Denne strategiske tilpasningen med sikte på å øke inntektene støtter ikke opp om helsepolitiske mål og god ressursbruk.»

Nå var det også slik at disse krypreglene, eller taket, var en svært byråkratisk og ressurskrevende ordning. Ordningen var dessuten for lite forutsigbar og i noen tilfeller ikke tilpasset det faktiske behov for hvilke pasienter som burde få behandling. Hensynet til et enklere, mer forutsigbart og mer pasientrettet system gjorde at dette taket i budsjettforslaget for 2002 ble foreslått fjernet. Det ble også vedtatt av Stortinget.

Det er grunn til å merke seg at det i budsjettforslaget for 2002 også ble sagt:

«Dersom DRG-indeksen utvikler seg vesentlig annerledes enn det som er lagt til grunn i forslaget om å fjerne kryptaket, vil dette bli tatt hensyn til i senere budsjettframlegg.»

Dette betyr at både helseministeren og Stortinget bør følge nøye med i om sykehusene forholder seg noenlunde likt og lojalt til reglene. Det vi har sett av uvanlig registrering og koding av pasienttyngde, er et kraftig varsku, og gir grunn til bekymring. Jeg er derfor spent på å høre helseministerens vurdering av om departementet føler seg noenlunde trygg på at regelverk og spilleregler følges i vårt sykehusvesen. Dersom det skulle vise seg at det jukses, undergraver det et finansieringssystem som er ment å skulle belønne sunn og god aktivitet. Siden vårt helsevesen deler en felles kake, så vil det å sikre seg mer penger enn det en har krav på, til sist gå ut over en riktig fordeling mellom våre helseforetak, og dermed en riktig fordeling mellom pasientene.

R a n v e i g F r o i l a n d hadde her teke over presidentplassen.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Representanten Kristoffersen spør om hva som gjøres for å sikre at alle følger regelverket i praktiseringen av den innsattsstyrte finansieringen. Problemstillingen er helt sentral, både i forhold

til riktig bruk av offentlige midler og i forhold til den tillit som den offentlige helsetjenesten er avhengig av å ha i befolkningen. Problemstillingen må derfor tas på alvor. Det er ingen aksept for juks verken med diagnoser eller med koding i norske sykehus. Helseforetakene forvalter folkets tillit og penger. Det stiller høye krav til etisk standard. La det likevel være sagt at vi har en god helsetjeneste og medarbeidere med gode holdninger som står på for pasientene. Svikt, feil og mangler skal det gripes fatt i, men det må ikke føre til generaliserende anklager mot de mange ledere og medarbeidere som bærer vår helse-tjeneste på en førsteklasses måte.

Før jeg svarer direkte på spørsmålet, vil jeg kommentere et viktig utgangspunkt som går på forholdet til pasienten. For meg er det et helt fundamentalt krav til tjenesten at diagnose, behandling og føring av journaler og epikriser må være styrt av faglige og fagetiske forhold. Kliniske vurderinger kan altså ikke mer eller mindre styres av hva som blir de inntektsmessige effektene av ulike alternativer, og at man er villig til å strekke de faglige vurderingene med hensyn til mulige inntekter. Vi må være på vakt mot enhver tendens til å la de kliniske vurderingene styres av hva som isolert sett måtte være økonomisk lønnsomt.

Noen vil kanskje si at den enkleste måten å fjerne enhver risiko på vil være å oppheve all kobling mellom sykehusenes aktivitet og deres inntekter. I praksis vil det innebære at ordningen med innsattsstyrt finansiering, ISF, som ble innført i 1997, måtte oppheves, og at man gikk over til en ren rammefinansiering av sykehusene. Det er ikke min holdning. Da ISF-ordningen ble innført, skulle den være et bidrag til å øke antall behandlede pasienter. Jeg er fremdeles trygg på at pasientene drar fordel av at sykehusene også gjennom økonomiske virkemidler blir stimulert til økt innsats. Nedgangen i ventetider er stikkordet for denne vurderingen. Men skal slike ordninger opprettholdes over tid, må vi være nøye med å innrette ordningene og å utvikle holdninger, slik at negative utslag unngås. I praksis er det dette som er tema for dagens interpellasjon, og jeg skal gi et bilde av helheten i den strategi som jeg satser på.

Jeg skal ikke gå inn på den aktuelle saken fra Helse Sør, som har satt søkelys på ISF-finansieringen, utover det å peke på to forhold: For det første at jeg fra første dag da saken ble kjent for departementet, har hatt som mål å trenge til bunns i alle dens sider, og at den nødvendige oppfølging deretter skal skje. Helsedepartementet har fått gjennomført eksterne gjennomganger av saken, og departementet har mottatt rapport fra styret i Helse Sør med samlet belysning og gjennomgang av saken. Det vil bli holdt foretaks møte om kort tid, der departementets vurderinger og oppfølging av saken vil bli meddelt. Selv om det har vært viktig å handle raskt, har det for meg vært viktig å bruke nødvendig tid for ekstern gjennomgang og anledning for de ansvarlige til å forholde seg. Det dreier seg ikke bare om handlekraft, men også om rettssikkerhet.

For det andre foretas det nå kvalitetskontroll av ISF-tallene, slik det fra tidligere år er etablert praksis for. Det

gjøres av en enhet i SINTEF Unimed som står for den praktiske driftingen av ISF-ordningen. Det foretas kvalitetssikring av data, slik disse er registrert i Norsk Pasientregister. Gjennomgangen vil kunne fange opp markerte endringer og avvik i registrerings- og innleggelsespraksis ved sykehusene. Det er denne gjennomgangen som gir grunnlaget for de endelige ISF-utbetalingene til helseforetakene for året 2002. For departementet er det nå helt sentralt at denne gjennomgangen tar opp i seg de forhold som har kommet fram i den senere tid. Det har derfor vært en dialog mellom Helsedepartementet og SINTEF Unimed for å sikre at den avsluttende gjennomgangen baseres på en helhetlig kontrollstrategi som har dette utgangspunktet. Gjennomgangen av 2002 blir på denne bakgrunn mer omfattende enn hva som har vært tilfellet tidligere år.

I denne sammenheng skal jeg også kort kommentere forholdet til den såkalte krypgrensen, som ble opphevet fra 2002. Denne ble innført for å sikre at det kun ble refundert for faktisk økning i aktiviteten og ikke for bedre registrering av pasientbehandlingen. Bakgrunnen for dette var erfaringer fra andre land, som tilsa at kvaliteten på registreringen ville bli bedre ved innføring av ISF-ordningen. Uten en krypgrense risikerte en at sykehusene ville få bedre betalt kun ved å registrere mer fullstendig den aktiviteten de hadde tidligere. Ordningen med en krypgrense hadde sin berettigelse, men den skapte også byråkrati, og den medførte utilsiktede virkninger. Et viktig aspekt ved kvalitetssikringen av 2002, som nå gjennomføres, vil være å vurdere om det utvikler seg et høyere registreringsnivå uten at dette er reflektert i flere eller tyngre pasienter. Dette er i tråd med det som tidligere er varslet i Stortinget, og som representanten Kristoffersen siterte.

Under behandlingen av St.prp. nr. 47 for 1999-2000 vedtok Stortinget etter forslag fra Regjeringen å opprette et rådgivende medisinsk utvalg som skulle bistå departementet i medisinskfaglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Dette utvalget, det såkalte Avregningsutvalget, skal gi Helsedepartementet råd i spørsmål knyttet til utbetalingsgrunnlaget i innsattsstyrt finansiering. Avregningsutvalget har således en kontrollfunksjon i forhold til å sette standard for akseptabel koding. Muligheten for å bringe saker inn for dette utvalget er et viktig element i den pågående kvalitetssikringen av 2002-dataene.

Hva gjøres så for å få best mulig sikkerhet for at alle som er involvert i praktiseringen av ISF-ordningen, opptrer i samsvar med regelverk og god faglig praksis?

ISF-ordningen er basert på gjennomsnittstall og er således ikke en ordning som tilsikter at den enkelte ISF-refusjon skal treffe presist i forhold til det enkelte sykehusets ressursbruk for en enkeltstående aktivitet. Det vil måtte utøves skjønn, og det gjøres og vil bli gjort feil, slik det også ble belyst i Riksrevisjonens rapport som ble lagt fram og behandlet i Stortinget i fjor. Men skal ordningen ha livets rett, må den totalt sett framstå med kvaliteter som gjør at det enkelte sykehus samlet sett blir behandlet på en korrekt måte, og ikke minst at det er tillit til

at ikke juks eller strategisk koding gir enkeltstående sykehus økonomiske fordeler.

For å sikre dette pågår det et kontinuerlig kvalitetsarbeid i forbindelse med ordningen, bl.a. gjennom utviklingen av den kvalitetssikring og kontroll som skjer i regi av SINTEF Unimed Norsk Pasientregister. Dette blir nå utvidet og forsterket på følgende måter:

For det *første* skal styrings- og ledelsesmessig engasjement omkring ISF-ordningen oppgraderes i de regionale helseforetakene og i de lokale helseforetakene. Temaet vil også bli gitt økt oppmerksomhet i styringsdialogen mellom Helsedepartementet og de regionale foretakene. Det vil bli fokusert på styrings- og ledelsesengasjement på alle nivåer, både regionalt i helseforetakene, på avdelingsnivå og på virksomhetsledelsesnivå. Informasjonen som kommer ut av systemet, må også brukes mer aktivt i styringssammenheng.

Dette trekkes inn i det overordnede ledelsesutviklingsarbeid som nå igangsettes i samarbeid mellom departementet og foretakene. På områder der fag og økonomi møtes, vil det, uansett hvor mye som gjøres med regelverk og oppfølging av disse, være helt avgjørende at det systematisk arbeides med å utvikle holdninger som kan bidra til å sikre at intensjoner og rammer ved de ulike ordningene blir fulgt opp.

For det *andre* ble det som ledd i oppfølgingen fra departementets side for å bedre den medisinske registrering og koding, avholdt et bredt anlagt seminar i slutten av mars i år om DRG og regelverk for medisinsk koding for sykehusleger i kliniske spesialiteter. Seminaret ble arrangert av Legeforeningen, SINTEF Unimed og Helsedepartementet. Jeg legger avgjørende vekt på at disse miljøene utvikler et nært samarbeid om den videre utvikling av ordningen. Foretakene vil også bli trukket inn i dette samarbeidet.

For det *tredje* vil det i det videre arbeidet med utvikling av ISF-regelverk og kontrollordninger bli lagt vekt på alle sider ved erfaringene fra 2002 og 2003. Vi vil analysere dette og i nødvendig utstrekning innføre endringer i regelverk og oppfølgingspraksis.

En viktig side her er at ISF-systemet på en god måte reflekterer kostnadene ved de ulike aktivitetene. Men det må aldri bli slik at avdelingene i detalj sitter og regner på tap og gevinst i forhold til ISF, og at dette blir utgangspunkt for virksomhetenes faglige prioriteringer. I så fall har ordningen kommet på ville veier. Sykehusenes aktivitet og prioriteringer skal styres ut fra de regler og retningslinjer som framgår av politiske og faglige beslutninger, og ikke være utslag av lønnsomhetsvurderinger ut fra ISF-ordningen. Helsedepartementet vil i St.prp. nr. 1 for 2004 gi en samlet tilbakemelding om det opplegget vi lager for å sikre at praktiseringen av ISF-ordningen skal skje i samsvar med regelverk og god faglig praksis.

La med avslutningsvis si noe om verdier. Det er i helsepolitikken satt mål om likeverdig behandling for hele befolkningen, uavhengig av bosted, økonomiske, sosiale og etniske forhold. Dette gjør at det ikke er mulig å bruke rendyrkede markedsmessige beslutnings- og fordelingsmetoder. En helt sentral del i helsepolitikken er å styre

helsetjenestene ut til befolkningen, uavhengig av deres evne til å betale for tjenestene. Det skulle være unødvendig å si det, men dette er overhodet ikke endret gjennom det som skjedde i 2002 ved at staten overtok eierskapet til sykehusene og disse ble organisert som foretak. De regionale helseforetakene har som en krystallklar oppgave å forvalte de offentlige ressursene i samsvar med de fordelingspolitiske mål som Stortinget har fastsatt. Og det vil, uansett hvor mye kontroll og oppfølging som blir satt inn, være nødvendig at det er en ryggrad i den norske helsetjenesten og i ledelsesnivåer på alle plan, som står imot forsøk på å gjøre ting på en måte som ikke er i samsvar med regelverket.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg takker statsråden for svaret. Det helseministeren her gav uttrykk for, synes jeg var meget tilfredsstillende. Jeg er for så vidt beroliget i så måte. Jeg tror at denne saken som enkeltsak har vært håndtert på en så god måte som mulig.

Når jeg reiste denne interpellasjonen, var det for å få helseministerens syn på og vurdering av dagens praksis. Det gjelder for så vidt også de tankene som vi har delt her når det gjelder håndtering av brudd på regelverket, som selvsagt først og fremst ikke bare må bygge på medisinsk faglig kunnskap, men også på tillit mellom partene, og det som helseministeren understreket i sitt siste avsnitt om grunnleggende verdier og holdninger for alle som håndterer slike spørsmål. Jeg synes derfor at det er riktig at Stortinget på dette tidspunkt er mest mulig å jour med hvordan praksis er ute på sykehusene, og hvordan helseministeren opplever situasjonen fra sin posisjon.

Vi står nå – iallfall gjør helseministeren det, og kanskje Stortinget i neste runde – foran en gjennomgang og revisjon av dagens system og et nytt finansieringssystem. Vi må ha et system som er minst mulig sårbart for tolking og ulik praksis, slik at ikke enkelte brister i systemet eller hos personer kan føre til uheldige tilpasninger – eller – for å si det rett ut – juks.

Bruken av ISF-systemet har, som jeg nevnte i mitt innlegg, og som også helseministeren var inne på, i all hovedsak vært en suksess og har motivert til god ressursbruk. Det ville derfor være synd hvis helseministeren måtte se seg nødt til å legge inn elementer i det nye systemet som vil hemme god ressursbruk. Jeg vet ikke om helseministeren kunne utdype ytterligere det han for så vidt var inne på i sitt svar til meg. Ser helseministeren noe behov for å legge inn sperrer i det systemet vi har i dag, og i det framtidige systemet, som hindrer misbruk? Dette går veldig på tillit. Vi som møter folk ute, får ofte spørsmålet: Har dere kontroll på dette?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg er, som interpellanten, opptatt av at vi når vi går inn i en ny generasjons finansieringssystem, som vi nå forbereder, også skal ha et system som faktisk stimulerer til at flere mennesker får hjelp raskere. Det har ISF-ordningen medført, og slik sett har den vært en suksess. Samtidig er det klart at systemet må være mest mulig robust når det gjelder feil, enten de skjer ubevisst, eller dersom det skulle skje bevisste for-

(Statsråd Høybråten)

søk på tilpasninger som ikke er i samsvar med regelverket. Det er slike kontroller og sperrer i dag. Vi vurderer kontinuerlig i oppfølgingen av dette sakskomplekset om slike kontroller og sperrer bør forsterkes eller intensiveres. Det er en del av det arbeidet som pågår nå, og som i og for seg pågår uavhengig av spørsmålet om Hagenutvalgets innstilling og utformingen av det framtidige finansieringssystemet.

Det som er det sentrale, er at koding skal være medisinsk korrekt og gjenspeile de medisinske aktivitetene – så enkelt, men så sentralt. DRG-systemet er etablert for å kunne sammenligne og vekte de ulike medisinske aktivitetene opp mot hverandre. De aktivitetene som skjer i sykehusene, er komplekse og omfattende, også i forhold til enkeltpasienter. Disse aktivitetene skal dokumenteres. Det er bokstavelig talt vitalt at det skjer korrekt, at man sikrer at all aktivitet, medisinsk og helsefaglig, dokumenteres fullt ut, og at det er dette som gjenspeiles i de DRG-kodene som deretter settes. Dette skal være i fokus både i kontroll-, oppfølgings- og avregningsarbeidet som de ulike instanser, som jeg redegjorde for i mitt hovedsvar, har ansvaret for.

Bent Høie (H): Jeg vil først få takke både interpellanten og helseministeren for interpellasjonen og for svarene. Dette er en viktig og nødvendig debatt å ta.

Jeg vil starte med å si at det å ha en målsetting om å skape et perfekt finansieringssystem som ivaretar alle hensyn innenfor dette området samtidig, tror jeg er en oppgave som ingen bør ta på seg, for det er umulig. Et finansieringssystem innenfor dette området vil hele tiden måtte være i utvikling, være under diskusjon. Det må justeres underveis ut fra de målsettingene som en har, og ut fra de konklusjonene som en trekker av de erfaringene som en får.

Helsevesenet og helseforetakene er store og kompliserte systemer, der en hele veien er avhengig av at de enkeltbeslutningene som tas hver eneste dag, tas med bakgrunn i holdninger, verdier og kultur som er i samsvar med det som er helsevesenets målsettinger. Slik sett er vi uavhengige av de økonomiske systemene. Vi er avhengige av at det er tillit, at den enkelte tar det ansvaret som en er gitt, og at det er mennesker som opererer dette systemet. Med det mener jeg at det vil være feil å basere et finansieringssystem på kontroll. Hovedfokuset må være at en har et finansieringssystem som bidrar til at pasientene får behandling innenfor de tidsfristene som er satt, og ut fra de behovene som er.

Noen har prøvd – det gjelder ikke interpellanten, men andre – å bruke denne diskusjonen til en diskusjon om at det er finansieringssystemet det er noe feil med, og at det er det som er bakgrunnen for dette. Det er jeg helt uenig i. Innenfor tidligere systemer som vi har hatt, som med kurdøgnpriser, ville det kunne være like mye triksing, f.eks. ved å la en pasient ligge ett eller to døgn ekstra for å få midler ut på den måten, som det er ved å kode feil. Dermed vil dette være avhengig av menneskene i systemet.

Erfaringene så langt med det innsatsstyrte finansieringssystemet er at det har gitt positive resultater. Det gir pasientene bedre og raskere behandling, og dermed vil det etter min oppfatning være grunnlag for en videreutvikling av det finansieringssystemet som vi nå skal gå inn i.

John I. Alvheim (FrP): Stykkprisfinansieringen har, som flere har sagt, vært en suksess. Suksessen kunne etter min mening vært større om vi hadde hatt 70 pst. DRG-finansiering. Den eneste gangen Stortinget har behandlet en evaluering av den innsatsbaserte finansieringen og sykehusdriften, var i 2002 i forbindelse med et dokument fra Riksrevisjonen. Jeg gjør oppmerksom på at der var det ikke påvist noe misbruk av kodingen og DRG-føringen. Det ble snarere tvert om påpekt at flere sykehus hadde underkodet sine regninger til staten, og dermed fått for lite penger. Så jeg synes at etikken og moralen i helsevesenet er veldig bra, og det skal vi være glade for.

Så har vi denne affæren nede i Helse Sør, som vi kunne vært foruten, og som et stykke på vei har svekket tilliten til både helseforetakene og reformen. Det var helt unødvendig. Mitt budskap her i dag i denne sammenheng er at jeg vil berømme helseministeren for den kontante oppførselen han viste da dette ble kjent, og kom til bunns i saken – eller vil komme til bunns, for det er vel et stykke igjen i forhold til ett sykehus. Det skal vi alle være glade for. Det viser også at vi har en politisk ledelse som ikke aksepterer den form for triksing som det kunne synes som om det var lagt opp til der nede. En side ved dette er også hvorvidt fakturaene på det sykehuset som fremdeles er under etterforskning, er i tråd med journalansførselen når det gjelder diagnose. Hvis det ikke det er, er vi ute for et alvorlig problem når det gjelder fremtiden.

Helseministerens svar på interpellantens spørsmål var betryggende og grundig, og vi kan føle oss beroliget alle sammen over at dette ikke vil bli akseptert i fremtiden. Dette har på ingen måte noe med reformen og foretaksmodellen å gjøre.

Olav Gunnar Ballo (SV): Ethvert system kan naturligvis misbrukes, som Bent Høie også var inne på i sitt innlegg. Men det er likevel tankevekkende hvordan det innsatsbaserte finansieringssystemet helt åpenbart har hatt vridningseffekter som neppe bare kan karakteriseres som ønskelige. Ut fra tall fra SINTEF Unimed har vi relativt sett hatt en større vekst innenfor de somatiske områdene i spesialisthelsetjenesten enn innenfor psykisk helse og behandling av psykiske lidelser – i en periode hvor vi har hatt en opptrappingsplan for psykiatrien. Det synes i hvert fall SV gir betydelig grunn til ettertanke. Jeg synes ikke det først og fremst gir grunn til ro. Når flere av partiene her i dag signaliserer at de er svært godt fornøyd med svarene fra helseministeren, ligger det jo implisitt i det at alt må kunne fortsette som før, for det finnes brodne kar i enhver leir. Det er for lettvent.

De effektene vi etter hvert har sett av den innsatsbaserte finansieringen, er at man går etter pengene, man

styres etter pengene. Det er klart at som en konsekvens av at helseforetakene styres etter pengene, får man vridningseffekter. Det betyr at ikke bare psykiatrien blir skadelidende, men det betyr at områder der man i liten grad henter ut sin fortjeneste, blir skadelidende. Det kan være rehabilitering i forbindelse med revmatologi, med pasienter som trenger langtidsopphold for å komme seg. Det kan være behandling av leddgiktplager generelt. Det kan, ikke minst, være plager knyttet til barn og unge, der man veldig vanskelig vil kunne fastslå en ens pris for behandling av ulike tilstander, fordi forløpet er så forskjellig. Det det synliggjør, er at den innsatsbaserte finansieringen, i hvert fall sånn som systemet er lagt opp i dag, er et altfor grovmasket nett, og man ikke kan kompensere det ved å gjøre maskene finere og finere for å få til et mer egnet verktøy.

Derfor ser SV fram til at vi får en gjennomgang av hele finansieringssystemet for å finne andre typer modeller. Vi mener også at det må være incentiver i bunnen. Det må være sånn at det å behandle mange må gi inntekter som er høyere enn når man behandler få. Men det må ikke være på en sånn måte at det er økonomenes inntogsmarsj som nå skal styre spesialisthelsetjenesten, slik at jo flere økonomer man har, og jo mer kreativ man er, jo høyere inntekter kan man skaffe sykehuset. For er det noe som ikke tjener pasientene, er det nettopp det.

Vi får ikke noe helhetlig helsevesen hvis det skal være sånn at Stortinget vedtar opptrappingsplaner, og så er det helt andre deler av helsevesenet som bygges ut og trappes opp enn det som nettopp det samme storting har vedtatt at man skulle satse på. Der har også helseministeren et forklaringsproblem.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Det er en hyperaktuell sak representanten Asmund Kristoffersen tar opp i dag. Gjennom pressen har vi fått informasjon om at et sykehus har foretatt en bevisst omkodning av diagnoser og dermed fått utbetalt flere millioner mer enn det de hadde krav på.

Siden jeg kommer fra Helse Sør-regionen og kjenner alle helseforetakene svært godt, er jeg glad for den måten helseministeren har møtt problemene på. Fra første stund har han bedt om å få alle fakta på bordet. Ingen er forhåndsdømt. Her skal rettferdighet og rettssikkerhet råde. Når rapporten fra styret i Helse Sør foreligger, vil en kunne ta en gjennomtenkt avgjørelse, bl.a. basert på en ekstern gjennomgang av fakta i denne saken, og ikke ut fra hva pressen tror er sant.

Slike saker har mange negative sider. Den røkter ved tilliten til den offentlige helsetjenesten. Helseforetakene forvalter store pengesummer. Det er viktig at disse forvaltes på en god måte.

I likhet med folk flest kan ikke Kristelig Folkeparti akseptere at det trikses med tall, og at helseforetakene regner på hva som skal være lønnsomt i forhold til ISF-ordningen. For Kristelig Folkeparti er det viktig at all aktivitet som foregår på sykehusene, styres ut fra pasientenes behov og ut fra faglige prioriteringer. Det er også

viktig at de nasjonale føringene som Stortinget har bestemt, blir fulgt opp.

Mitt inntrykk er at de fleste helsearbeidere arbeider etter disse retningslinjene og har høy etisk standard. Dette ble også bekreftet da komiteen møtte Legeforeningen. Deres holdninger er klare. Diagnose, behandling, DRG-koding og journalføring skal være basert på faglige og etiske prioriteringer, ikke på det som er lønnsomt for avdelinger og sykehus.

Kristelig Folkeparti var enig i at det såkalte kryptaket skulle fjernes, da det førte til mye byråkratisk arbeid. Vi ønsker ikke dette tilbake.

For oss er det viktig at vi har et system som premierer dem som øker pasientbehandlinger. ISF-ordningen har ført til at det er færre som venter på behandling, og at ventetiden er redusert.

DRG-systemets inndeling i over 500 diagnosegrupper sorterer tusenvis av diagnoser og prosedyrer. Dette systemet er komplisert. Jeg merket meg også at representanten Kristoffersen sa at koding er ikke en eksakt vitenskap. Det er jeg enig i, og det er derfor forståelig at flere foretak trenger hjelp av DRG-eksperter. Men det må aldri bli slik at disse blir brukt til å gi sykehusene økonomiske fordeler.

Ola D. Gløtvold (Sp): Med bl.a. den siste tidens avisoppslag om hvordan behandling/diagnose er praktisert ved enkelte helseforetak for å tjene mest mulig penger, er det viktig og nyttig at vi får en slik debatt som det er invitert til her gjennom interpellasjonen til Asmund Kristoffersen. Jeg tror det er grunn til å understreke at det er, som både helseministeren og andre har sagt, avhengig av at enkeltmennesket tar ansvar, om dette skal fungere på en skikkelig måte. Men da må det påpekes at til siste slutt er det et ledelsesansvar, ikke minst i det enkelte foretak og ved den enkelte avdeling.

Reaksjonene fra helseministeren så langt har vært bra, og han skal berømmes for det. Men samtidig gjenstår det mye for å skape klare linjer, rutiner og en skikkelig gjennomføring av det vi her diskuterer med hensyn til økonomi og eventuelt misbruk. DRG-systemet er grunnlaget for den innsatsstyrte finansieringen. Det er viktig at vi har et treffsikkert DRG-system, og så skal vi da diskutere hvor mye vi skal betale etter ISF-ordningen, altså innsatsstyrt finansieringsmodell. Senterpartiet har vært skeptisk til det og ved flere anledninger påpekt at ISF-ordningen – i hvert fall brukt i for sterk grad – har store svakheter, bl.a. at pasientbehandlingen kan bli styrt for mye ut fra hensynet til penger og inntjening, og ikke ut fra hensynet til hva som tjener pasienten og pasientgruppene best. Blant annet er det en kjensgjerning at psykiatrien har blitt skadelidende, at kronikere, og de eldre spesielt, også har blitt skadelidende, men det ser nå ut til at også enkeltpasienter kan bli skadelidende. I et program på TV 2 for en tid siden fikk vi høre at et betydelig antall personer var feilaktig behandlet og operert som hjertepasienter av en geskjeftig hjertekirurg som ønsket å tjene mer penger til sitt helsefirma. Det som er viktig her da, er å se på begrepet «pasienten først» i forhold til «pengene

først». Hensynet til den enkelte pasient er det viktigste og alvorligste også i denne saken. Omkoding som feilaktig har skjedd, kan også ha ført til feilbehandling av enkeltpersoner – i hvert fall kan enkeltpersoner være påført feil diagnose og fakta i den personlige pasientjournalen. Det har alvorlige konsekvenser for ganske mange i ettertid. Dette er noe av det som aller først må ryddes opp i. Og så må helseministeren ta i et tak med sine helseforetak, som han er øverste sjef for, slik at praktiseringen blir bedre, samtidig som vi må diskutere en finansieringsordning som tar hensyn til pasientbehandling og ikke til økonomi ved den enkelte avdeling og ved det enkelte sykehus. Skal pasienten settes først, må dette skje slik at ikke økonomien kommer både først og sist.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg vil først og fremst takke helseministeren for meget grundig og presis informasjon og vurdering, og dessuten mine medrepresentanter som har deltatt i debatten her. Jeg tror at Stortinget har nytte av en slik gjennomgang som vi nå har hatt, ut fra den politiske situasjonen, der vi alle må være deltakere i forhold til innspill vi får fra omverdenen. For det første har altså Stortinget fått direkte innsikt i helseministerens håndtering av en dagsaktuell sak. Det tror jeg kanskje var viktig. For det andre har Stortinget fått gitt uttrykk for sin bekymring over en uheldig praksis, samtidig som vi også har fått gitt uttrykk for at det ikke er systemets feil at det blir begått feil ute ved sykehusene, men det er i all hovedsak andre årsaker. Det betyr også at Stortinget i utvetydige vendinger har sagt fra om at det system som Stortinget har vedtatt, må forvaltes med stor grad av kunnskap og godt skjønn, med aller mest vektlegging på hva som er til beste for pasienten.

Selv om jeg ikke ville ha ordlagt meg slik som representanten Ballo gjorde om ISF, mener jeg at han likevel pekte på et viktig element i forhold til f.eks. områder som psykiatri og rehabilitering, i et system der vi selvfølgelig premierer aktivitet. Dette blir en utfordring når vi senere skal vedta et revidert system.

Statsråd Dagfinn Høybråten: La meg først takke interpellanten, som gav meg anledning til å ha denne gjennomgangen for Stortinget på dette tidspunktet.

Jeg opplever at det er bred og tverrpolitisk støtte for den måten som jeg har søkt å følge opp denne alvorlige problematikken på, og det setter jeg stor pris på. Det vil jeg også være avhengig av i det videre arbeidet, for det er helt rett som representanten Gløtvold sa, at det gjenstår mye arbeid og oppfølging av det jeg her har erklært at vi er i gang med.

Det er ikke slik at jeg oppfatter denne Stortingets tilslutning som en tilslutning til at alt kan fortsette som før fordi det finnes brodne kar i ethvert system, slik representanten Ballo ordla seg. Tvert imot, det er *ikke* det som er mitt utgangspunkt. Mitt utgangspunkt er at i den grad det avdekkes bevisst forsøk på å jukse eller tilpasse seg på en uriktig måte gjennom koding og diagnosesetting i dette systemet, skal det gripes tak i, det skal ryddes opp i, og det skal fanges opp av gode kontrollordninger. Jeg er

fullstendig klar over at det ikke er mulig å lage helt vann-tette systemer, systemer som garanterer mot enhver feil. Dette er ingen eksakt vitenskap; det er behov for mye skjønn. Men vi skal ha ordninger som fanger opp markerte avvik, slik at vi kan reagere.

La meg avslutningsvis si at jeg også registrerer at vi i stor grad er enige på tvers av partiene om at vi trenger et finansieringssystem som gir incentiver til økt pasientbehandling. Det vil også ligge til grunn for det jeg vil arbeide med når det gjelder nye finansieringssystemer. Men det er jo ikke slik at fordi om ISF har ført til – det tror jeg det er riktig å si – økt innsats innenfor somatikken, fører det dermed til at psykiatrien blir skadelidende. Det er ingen dokumentasjon av det. Hagen-utvalget sier det i sin utredning, at det ikke er noen dokumentasjon av at psykiatrien har blitt skadelidende. Og det var heller ikke en forutsetning for Stortingets opptrappingsplan at man skulle trappe ned eller ha stillstand i somatikken. Vi har hatt en opptrapping – og vi er midt inne i en opptrapping – i psykiatrien, og det skjer samtidig med at det er en økt satsing i somatikken. Det har aldri vært Stortingets forutsetning at det ene skulle gjøres på bekostning av det andre, verken den ene eller den andre veien.

Med disse oppsummerende bemerkninger vil jeg takke for den støtte som jeg gjennom denne debatten har fått til håndteringen av disse viktige spørsmålene framover.

Presidenten: Då er debatten i sak nr. 5 omme.

J o r g e n K o s m o gjeninntok her presidentplassen.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Vi går da til votering over sakene på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

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

- forslag nr. 1, fra Britt Hildeng på vegne av Arbeiderpartiet
- forslag nr. 2, fra Sigbjørn Molvik på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet

Det votes først over forslag nr. 2, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sette den offentlige støtten ved adopsjon fra utlandet til 1 G fra 1. januar 2004 og innarbeide utgiftene til dette i statsbudsjettet for 2004.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 76 mot 24 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 12.26.55)

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:125 (2001-2002) – forslag fra stortingsrepresentantene Inger S. Enger, Ola D. Gløtvold og Eli Sollied Øveraas om lik støtte ved assistert befruktning og adopsjon fra utlandet – vert å leggja ved protokollen.

Presidenten: Her foreligger et alternativt forslag, forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge opp en opptrappingsplan for adopsjonsstøtten i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2003.»

Presidenten regner med at Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet støtter forslaget fra Arbeiderpartiet subsidiært.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet bifaltes innstillingen med 57 mot 42 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.27.35)

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten har Bent Høie satt fram et forslag på vegne av Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti.

Komiteen hadde innstillet:

I

Stortinget ber Regjeringen senest i løpet av høsten 2003 legge fram resultatet av samlet gjennomgang av Norsk Pasientskadeerstatning. Gjennomgangen skal inneholde en vurdering av hvordan erstatningsordningen har virket ved fødselsskade og ved skader ved Dent-O-Sept-saken og lignende saker.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

II

Stortinget ber Regjeringen vurdere om pasientskade-loven bør hjemle en mulighet for å gi erstatning for tort og svie ut fra lignende kriterier som for Stortingets billighetserstatningsordning.

III

Stortinget ber Regjeringen vurdere en utvidelse av den midlertidige pasientskadeerstatningsordningen til å gi erstatning for tort og svie til ofrene for skader påført av Dent-O-Sept.

Presidenten: Her foreligger et alternativt forslag fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Dokument nr. 8:1 (2002-2003) – forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å be Regjeringen legge fram forslag til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv., slik at det kan gis erstatning for «tort og svie» – vedlegges protokollen.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til II og III og forslaget fra Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti bifaltes forslaget med 54 mot 48 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.28.36)

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten har Ola D. Gløtvold satt fram et forslag på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber om at Regjeringen legger fram den framtidige strukturen på AMK-sentraler i Norge til behandling i Stortinget før strukturelle endringer finner sted.»

Det voteres alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:36 (2002-2003) – forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Sigbjørn Molvik om de akuttmedisinske kommunikasjonsentralers (AMK) framtidige struktur – avvises.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet bifaltes innstillingen med 81 mot 21 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.29.27)

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har Sigbjørn Molvik satt fram et forslag på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjennom samråd og samhandling med Kommunenes Sentralforbund avklare ansvarsfordeling og ressursbehov i forbindelse med utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Regjeringen må fremme tiltak til en forsvarlig ordning og praktisering av pasientutskrivningen i Revidert nasjonalbudsjett 2003, der bl.a. kommunenes økonomiske og faglige ressurser blir tilstrekkelig styrket for å kunne ivareta pasientenes behov og sikkerhet.»

Det voteres alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:37 (2002-2003) – forslag fra stortingsrepresentantane Magnhild Meltveit Kleppa, Ola D. Gløtvold, Jorunn Ringstad og Rune J. Skjælaaen om å utsetja endring av praksis ved utskrivning av ferdigbehandla pasientar – avvises.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet bifaltes innstillingen med 81 mot 21 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.30.11)

Presidenten: I sak nr. 5 foreligger det ikke noe voteringstema.

S a k n r . 6

Referat

1. (206) Forslag fra stortingsrepresentantene May Hansen, Karin Andersen og Magnar Lund Bergo om å evaluere og justere utilsiktede utslag av de nye bidragsreglene som trår i kraft fra 1. oktober 2003 (Dokument nr. 8:94 (2002-2003))
2. (207) Forslag fra stortingsrepresentantene Karin S. Woldseth og Ulf Erik Knudsen om ordning for utleie av kunst og kulturhistoriske gjenstander (Dokument nr. 8:98 (2002-2003))
Enst.: Nr. 1 og 2 sendes familie-, kultur- og administrasjonskomiteen.
3. (208) Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim, Harald T. Nesvik og Øystein Hedstrøm om at det innen utgangen av 2003 legges frem forslag om endring av merverdiavgiftslovgivningen slik at det

ikke kreves merverdiavgift på vederlag for utleie av utstyr og tjenester som ytes mellom selvstendig næringsdrivende tannleger i samme praksis (Dokument nr. 8:95 (2002-2003))

Enst.: Sendes finanskomiteen.

4. (209) Forsvarets investeringsvirksomhet (St.prp. nr. 53 (2002-2003))
Enst.: Sendes forsvarskomiteen.
5. (210) Forslag fra stortingsrepresentantene Eirin Faldet, Karita Bekkemellem Orheim og Knut Storberget om flere effektive tiltak for å forhindre barne bortføring og gjøre det lettere å bringe barnet tilbake til rette omsorgsperson (Dokument nr. 8:96 (2002-2003))
Enst.: Sendes justiskomiteen.
6. (211) Samtykke til godkjenning av avgjerd i EØS-komiteen nr. 172/2002 om innlemming i EØS-avtala av direktiv 2002/14/EF om fastsetjing av ei generell ramme for informasjon til og konsultasjon med arbeidstakarar (St.prp. nr. 52 (2002-2003))
Enst.: Sendes kommunalkomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenrikskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
7. (212) Statsrådsprotokollene for tidsrommet 1. juli 2002 til 31. desember 2002
8. (213) Årsmelding for 2002 fra Stortingets kontrollutvalg for etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste (EOS-utvalget) (Dokument nr. 16 (2002-2003))
Enst.: Nr. 7 og 8 sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
9. (214) Forslag fra stortingsrepresentantene Kenneth Svendsen, Thore A. Nistad, Per Roar Bredvold og Christopher Stensaker om utbygging av sammenhengende firefelts motorvei E6 fra Oslo til Trondheim (Dokument nr. 8:97 (2002-2003))
Enst.: Sendes samferdselskomiteen.

Møtet hevet kl. 12.35.
