

Innst. S. nr. 172

(2000-2001)

Innstilling frå sosialkomiteen om verdiar for den norske helsetenesta

St.meld. nr. 26 (1999-2000)

Til Stortinget

1. GRUNNLAGET FOR MELDINGA

1.1 Samandrag

Om grunnlaget for meldinga blir det m.a. uttala at Regjeringa vil føre ein politikk der det er lagt vekt på eit solidarisk og humant samfunn med menneske som syner medkjensle med kvarandre og har omsorg for dei svakaste. Prinsippet om at kvar einskild person har ein ukrenkjeleg verdi, skal leggjast til grunn for arbeidet.

Stortingsmeldinga drøftar sentrale verdispørsmål knytt til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetenesta i tida framover. Målet er å gå gjennom sentrale verdiar som har vore lagt til grunn for utvikling av helsetenesta fram mot hundreårsskiftet. Det er desse verdiane Regjeringa også meiner må leggjast til grunn for utviklinga i tida som kjem.

Det er i reformpolitikken for helsetenesta lagt vekt på desse hovudelementa:

- Opptopping av ressursinnsatsen i sjukehusa gjennom planen for utstyrsinvesteringar og ei auka vekt på innsattsstyrt finansiering
- Personelltiltak for å sikre utdanningskapasitet, rekruttering og fordeling av helsepersonell
- Utviklingsarbeid for betre arbeidsdeling og organisering på ulike nivå i helsetenesta
- Omlegging av primærlegetenesta med sikte på betre pasient-legekontakt og betre bruk av ressursane
- Forpliktande opptappingsplanar for psykiatri og kreftomsorg
- Fornying av dei sentrale delane av helselovgjevinga
- Satsing på helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid

Det blir understreka at utfordringane i primærhelsetenesta særleg er knytte til gjennomføringa av fastlege-reformen. I spesialisthelsetenesta vil gjennomføringa

av fritt sjukehusval og evaluering og oppfølging av sjukehusfinansieringa stå sentralt.

Det er eit mål med meldinga å stimulere til auka debatt om verdigrunnlaget i helsetenesta og elles i samfunnet.

Det blir uttala at sterkare brukarorientering, omfattande og snøgge endringar i medisinske metodar, ei meir internasjonalt prega helseteneste, skjerpa krav til effektiv bruk av ressursane og mindre klare grenser mellom den offentlege og den private tenesteytinga gjer at det ikkje er mogeleg berre å halde fram med same bruk av verkemiddel som før, og at verknadene av nye verkemiddel systematisk må vurderast opp mot dei verdiane ein vil skal prege tenesta.

Det blir understreka at ein særleg må vere merksam på signal som måtte tyde på at heilskapsperspektivet sviktar i forhold til den einskilde pasienten sine behov og dei prioriteringsprinsippa som skal leggjast til grunn for tenesteytinga.

Regjeringa legg til grunn at seks forhold bør stå sentralt i ein samla strategi for å understøtte intensjonane ved bruken av dei nye verkemidla, samstundes som ein motverkar negative utslag:

- Den nasjonale helsepolitiske debatten bør heile tida ha søkelyset på grunnleggjande verdispørsmål, slik at alle aktørar til ei kvar tid er klår over fundamenta for helsepolitikken.
- Kunnskapen om effektane av dei ulike verkemidla må aukast.
- Kartlegging av verknadene i forhold til mål og grunnleggjande verdiar må vere ein del av det samla tilsyns- og tenesteovervakingssystemet.
- For å ivareta ansvaret for tenesteytinga som ligg på kommunane og fylkeskommunane, må det etablerast styrings- og oppfølgingsssystem som omfattar føremål og omsyn som er veikast understøtta av juridiske og økonomiske verkemiddel.

- Dei ulike fagmiljøa må vere aktive og bevisste i forhold til den faglege utviklinga, og dei verdiane som ligg til grunn for fagleg verksemd, må vere synlege.
- Diskusjonen om verdispørsmål må få ein meir sentral plass i strategiutviklinga i verksemdene.

Det blir understreka at eit heilskapleg syn på tenestetilbodet til den einskilde pasienten må stå sentralt i alt kvalitetsarbeid i helsetenesta, og at alle som yter helse-tenester difor må sikre at dei har ordningar som gjer at ønskje og synspunkt frå brukarane, pasientane og dei pårørende blir tekne med ikkje berre ved tenesteytinga i det einskilde tilfellet, men også ved planlegging og utvikling av tenestetilbodet.

Regjeringa ønskjer å gje støtte til at det tradisjonsrike etiske og faglege utviklingsarbeidet som yrkesgruppene sjølv driv, må få utvikle seg.

1.2 Merknader frå komiteen

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bendiks H. Arnesen, Reidun Gravdahl, Asmund Kristoffersen, Karin Lian, Einar Olav Skogholt og Gunhild Øyangen, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Are Næss, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Høyre, Annelise Høegh og Sonja Irene Sjøli, fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, og fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, har merket seg at målet med meldingen er å drøfte og klargjøre sentrale verdier knyttet til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetjenesten. Komiteen viser til at det er bred enighet om de overordnede og generelle verdier og retningslinjer for helsetjenesten. Komiteen vil understreke at befolkningen skal ha likeverdig og god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet uansett hvor de bor i landet og uavhengig av den enkeltes økonomiske situasjon.

Komiteen er enig i at det er viktig å stimulere til debatt om verdier, og at denne stortingsmeldingen vil være et godt utgangspunkt for helseutdanningene, fagorganisasjonene, de ulike arbeidsplasser, pasientorganisasjoner og samfunnet generelt til å drøfte verdi-grunnlaget i helsetjenesten.

Komiteen vil peke på at det fremdeles er store problemer og utfordringer knyttet til kapasitet, mangel på kvalifisert helsepersonell, ressurstilgang, prioritering og organisering av helsevesenet. Komiteen vil spesielt nevne at Stortinget har vedtatt egne handlingsplaner innen psykiatri og kreftomsorg fordi disse områdene over lang tid har vært forsømt.

Komiteen vil spesielt peke på utfordringene ved gjennomføringen av fastlegeordningen, fritt sykehusvalg, oppfølging av sykehusfinansieringen og statlig overtagelse av sykehusene.

Komiteen vil fremheve at det er pasientens behov som skal være styrende for helsetjenesten.

Komiteen vil videre fremheve at bl.a. fritt sykehusvalg er et viktig virkemiddel for å styrke pasientenes stilling.

Komiteen mener det er viktig å beholde helhetsperspektivet i forhold til den enkelte pasients behov, og vil understreke at det må stå sentralt i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten og at brukere, pasienter og pårørende må tas med i planleggingen og utviklingen av tjenestetilbudene. Komiteen vil peke på at målinger av pasienttilfredshet gjennom brukerundersøkelser er viktig som et grunnlag for kvalitetsarbeidet.

Komiteen har merket seg de holdninger og det verdibaserte engasjement Regjeringen mener bør stå sentralt i en samlet strategi for styringen av helsetjenesten, og slutter seg til dette.

Mange mennesker føler seg maktesløse i møtet med helsetjenesten, og komiteen er enig i at møtet mellom pasienten og helsearbeidere er en test på om helsetjenesten er menneskelig og etisk forsvarlig. Videre vil komiteen understreke at den enkelte pasient må bli møtt og "sett" av helsearbeiderne ut fra sine egne forutsetninger og ut fra et helhetlig syn på mennesket. Dette er avgjørende som grunnlag for utviklingen av individuelle planer for behandling og pleie. I denne sammenheng vil komiteen peke på viktigheten av yrkesetisk og faglig utviklingsarbeid innen de ulike faggrupper.

For øvrig viser komiteen til merknader og forslag i de aktuelle kapitler.

Komiteen vil peke på Innst. S. nr. 99 (2000-2001) om innhold og kvalitet i omsorgstjenestene - Omsorg 2000 - og mener at disse to meldingene må sees i sammenheng.

Komiteen viser til at et utbygd helsetilbud er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å oppnå god allmennhelse i befolkningen. Komiteen understreker at det økende behovet for helse- og omsorgstjenester må møtes med betydelig innsats av helsefremmende og forebyggende tiltak i alle sektorer i samfunnet. Komiteen vil peke på at vi sannsynligvis har et potensial i å bedre folkehelsen og øke livskvaliteten ved å øke innsatsen i forebyggende sektor.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser her at det frivillige organisasjonslivet, både innen tradisjonelle organisasjoner i helse- og sosialsektoren, men også innen kultursektoren, kan spille en betydelig og verdifull rolle for å øke bevisstheten hos enkeltmennesker om betydningsfulle valg og muligheter til en god helse i et langt livsløp.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Regjeringen har signalisert at den vil foreslå statlig overtagelse av sykehusene, og registrerer den knappe tidsplanen Regjeringen legger opp til. Disse medlemmer mener at dagens tre for-

valtningsnivåer er sentrale for å utvikle gode fellesskapsløsninger som er best mulig tilpasset lokale forhold. En eventuell statlig overtakelse av sykehusene vil bryte med forvaltningsprinsippet om at ansvaret for beslutninger som krever lokal tilpasning, skal legges til kommunene eller fylkeskommunen. Lokalisering av behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten og utvikling av behandlingstilbud må etter disse medlemmers mening være tilpasset ulike lokale forutsetninger som er i vårt land. Disse medlemmer mener at både hensynet til pasientene og hensynet til en effektiv ressursutnyttelse, vil kreve at sykehusene også i framtiden har en sterk forankring til regionale styringsorganer. Disse medlemmer vil peke på at det i noen grad vil være motsetninger mellom det som anses som den mest økonomiske ressursforvaltningen ut fra markedsbasert tenkning, og det å skape et tilstrekkelig og kvalitativt godt helsetilbud nærmest mulig bostedet for den enkelte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at private helsetilbud kan være et supplement til det offentlige. Flertallet mener at det er en forutsetning at slike tilbud skal inngå i de offentlige helseplanene. Flertallet ser at privatisering av helsetjenester kan bidra til konkurranse om helsepersonell og helsekroner og skape et voksende skille mellom pasienter med god og dårlig økonomi og mellom pasienter i by- og distriktskommuner. Flertallet vil understreke at dette er en utvikling som står i motsetning til hovedmålene i helse- og sosialpolitikken, der alle skal sikres tilgang til gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted. Flertallet mener at et helsevesen underlagt offentlig styring er den beste garantien for å nå dette målet.

Flertallet vil understreke at helsetjenester som er inkludert i offentlige helseplaner, må tilføres tilstrekkelige ressurser; både lokaliteter, personell, utstyr og økonomi, som gir mulighet for et godt verdigrunnlag og en etisk forsvarlig og god omsorg.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at Norge tross alt har et godt utbygget helsevesen og gode velferdsordninger som skal sikre alle et verdig liv og mulighet til å være et selvhjulpent og selvstendig menneske. Disse medlemmer vil allikevel peke på en tiltakende prosess i samfunnet som på lengre sikt kan redusere disse godene. Det foregår en stor, om ikke uttalt, sentralisering i samfunnet som også gjelder helse- og sosialområdet. Disse medlemmer ser en statlig overtakelse av sykehusene og all spesialisthelsetjeneste som et sentraliseringsprosjekt. Disse medlemmer vil ikke medvirke til et samfunn der sentrum utvikler seg på bekostning av distriktene, og at folk i store deler av landet opplever en reduksjon i tjenestetilbudet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at den medisinske og teknologiske utviklingen går raskt, og det derfor må tas nasjonale grep for å sikre at alle får del i de nye tilbudene. Stadig flere sykdommer kan behandles og kureres, og stadig flere får operasjoner og behandling. Hver eneste dag gjør tusenvis av ansatte i sykehus og i helsetjenesten en kjempejobb. Men helsevesenet blir ikke drevet like godt over alt; altfor mange må vente på behandling, og det er stadig problem med for lite ressurser til å møte det økte behovet. Vi må derfor få en mer helhetlig styring. Å løse problemene i helsevesenet er ikke bare et pengespørsmål, men også et organisasjonsspørsmål.

Vårt sykehusvesen er et offentlig ansvar, og sykehusene skal i det alt vesentlige være eid og styrt av det offentlige.

Arbeiderpartiet mener at alle som trenger det, skal få gode og likeverdige tilbud uansett hvor de bor i landet og hvor stor lommeboka er.

Arbeiderpartiet mener at de utfordringer og muligheter sykehussektoren nå står overfor, best kan ivaretas ved at staten tar ansvaret for både eierskap og finansiering av sykehusene. Et slikt samlet statlig ansvar må bygge på den hovedstruktur som er utviklet i de etablerte helseregionene, og som har vært basert på fylkeskommunalt eierskap og statlig finansiering.

Disse medlemmer viser til at sak om dette er ute på høring, og vil komme til Stortinget i begynnelsen av april.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at den foreliggende St.meld. nr. 26 (1999-2000) ikke skiller seg vesentlig ut fra andre tidligere stortingsmeldinger når det gjelder forpliktende forslag bundet opp mot nødvendig ressurstilgang. Det er få ting i meldingen disse medlemmer kan si seg uenig i, men disse medlemmer vil dog bemerke at alle politiske partier i Norge bygger på et humant menneskesyn, hvor menneskeverdet er ukrenkelig uavhengig av fysisk eller psykisk utrustning, inntekt, boforhold og sosial status. Disse medlemmer vil imidlertid understreke at det fortsatt er et betydelig gap mellom befolkningens behov for helse og omsorgstjenester og det tilbud det offentlige helse- og omsorgsvesen i dag kan tilby.

Disse medlemmer har med interesse merket seg at forsiden i den trykte St.meld. nr. 26 (1999-2000) har en billedlig fremstilling av den barmhjertige samaritan slik den er fortalt i Lukas 10, versene 33 og 34 - en god oppskrift på hvordan det offentlige helse- og omsorgsvesenet burde fungere. Ikke minst gjelder dette finansieringen av helse- og omsorgstjenester hvor den bibelske fortellingen klart og utvetydig gir uttrykk for at pengene bør følge pasienten/brukeren. Det står nemlig i fortellingen om den barmhjertige samaritan at da han måtte forlate herberget hvor pasienten var plassert, tok han to penninger fram og ga verten og sa til ham: "plei ham og hva du mer måtte koste på ham, det skal jeg betale deg igjen når jeg kommer tilbake".

Vi har etter disse medlemmers mening fortsatt i dag betydelige uløste oppgaver både i vårt helsevesen og i vårt omsorgsvesen i Norge, noe som i stor grad skyldes mangel på ressurser og intern organisering og styring. Disse medlemmer mener at vi i Norge har et helsepersonell med høy etisk standard og moral, men høy etikk og moral er dessverre ikke nok når ressursene mangler for å dekke pasientene/brukernes behov for helsehjelp og omsorg. Manglende ressurstilgang innen helse og omsorg kan føre til stress og frustrasjon, noe som på sikt kan svekke empatien hos vårt helsepersonell i forhold til pasientene/brukerne.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Høyre, sier seg godt tilfreds med at den nåværende regjering legger opp til en statlig ansvarsovertagelse av de offentlige sykehus og fristilling av disse som selvstendige rettssubjekter og spesialisthelsetjenesten. Flertallet tror at en slik reform på en langt bedre måte vil være i stand til å yte mere likeverdig helsehjelp til alle norske borgere uavhengig av eksempelvis bosted.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser også til at Fremskrittspartiet har som mål at også eldreomsorgen skal bli et statlig finansiert ansvar, slik at man også kan få likeverdige omsorgstilbud uavhengig av hvilken kommune og hvilken landsdel man måtte være bosatt i. Dessverre er det slik i eldreomsorgen i dag at forskjellene er skremmende store, noe som skyldes både den enkelte kommunes økonomi og ikke minst prioriteringer.

Komiteen sier seg glad for at vi har fått egne handlingsplaner for psykiatri og kreftomsorg, men det er etter komiteens mening særdeles viktig at disse planene fra departementets side revurderes årlig, slik at man hele tiden er sikker på at kart og terreng stemmer, noe komiteen føler seg usikker på er tilfelle både når det gjelder utviklingen innen psykiatriplanen og kreftplanen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, kan ikke slå seg til ro med at de vedtatte opptrappingsplaner innen psykiatrien og kreftomsorgen som går over flere år, ikke er å jour med det økende behov og den tekniske utvikling som hele tiden foregår, og flertallet vil derfor anmode Regjeringen om å foreta en årlig revurdering og korrigerings av de nevnte planer.

2. HELSEPOLITIKKEN I VELFERDS-SAMFUNNET

2.1 Samandrag

Om utfordringer for helsetenesta gjennom dei siste hundre åra blir det peika på at mens det ved inngangen til hundreåret var infeksjonssjukdommane som dominerte, er det nå velstands- og samfunnssjukdommar som utgjer dei største utfordringane. Dei siste tiåra av dette hundreåret har psykiske sjukdommar og sjukdommar i muskel-skjelettsystemet kome meir fram. Likeins har allergiske sjukdommar vore aukande.

I 1900 var ein seksdel av alle som døydd under eitt år gamle, og 9 pst. av fødselskullet døydd i første leveår. No døyr 0,4 pst. i løpet av første leveår. I byrjinga av dette hundreåret var middellevetida for nyfødde jenter om lag 55 år, mot 81 i dag og for gutar om lag 50 år, mot 75 i dag. Skilnaden i levealder mellom kvinner og menn skuldast for ein stor del at menn har høgare dødstal enn kvinner for hjartesyjukdommar.

Det blir peika på at det framleis er tydelege regionale skilnader i landet når det gjeld helsetilstand, forekomst av sjukdom og bruk av helsetenester. Til dømes er skilnaden i forventade levealder mellom ulike bydelar i Oslo opptil sju år.

Av problem som helsetenesta står overfor i dag, blir det lagt vekt på kapasitetsproblema der sviktande tilgang på kvalifisert personell står sentralt. Den samla strategien for å betre kapasiteten i helsetenesta byggjer på auka tilførsle av ressursar, betre fordeling av ressursane og særleg stimulering av prioriterte tenesteområde. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording er eit sentralt verkemiddel for å få ei betring av kapasitetsproblema som knyter seg til ujamn geografisk fordeling av tilgangen på legar.

Ein annan type problem som blir nemnd, er knytt til varierende kvalitet på tenestetilbodet. Det blir uttala at noko av variasjonen kan skuldast knappe ressursar, men at mykje truleg heng saman med manglande systematikk på kvalitetsarbeidet, og at det i det sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeidet enno skortar mykje på korleis andre samfunnssektorar tek omsyn til helseforhold i si planlegging.

Det blir òg peika på at sjølv om vi har meir medisinsk kunnskap no enn nokon gong før, er det store utfordringar knytte til å systematisere og leggje til rette for aktiv bruk av kunnskapen både i klinisk og helsepolitisk arbeid.

Det blir gjort greie for verdiutsegner i den norske helsepolitikken slik det går fram av ulike lover som lov om pasientrettigheter, lov om helsetjenesten i kommunene, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om folketrygd, lov om helsepersonell og lov om vern mot smittsomme sykdommer. Samla sett er stikkord som nærleik og tilgang til fagleg forsvarlege tenester; respekt for einskildmennesket og rettstryggleik; god utnytting av tilgjengelege ressursar og fremjing av helse som ledd i samfunnsbygginga sentrale verdiutsegner i lovverket.

I meldinga blir det lagt vekt på brukarperspektivet, der den einskilde sine behov skal liggje til grunn for prioriteringar, organisering og tiltak. Sentralt står eit ønske om å fremje deltaking og sjølvstende, og å medverke til eit verdig liv og gje like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom.

Det blir i meldinga òg gjort greie for verdisynspunkt som gjeld for den svenske og den engelske helsetenesta og for Verdhelseorganisasjonen (WHO) der følgjande tre grunnverdiar ligg til grunn for arbeidet:

- Helse som ein fundamental menneskerett
- Likeverd i helse og solidaritet i handling mellom og innanfor alle nasjonar og deira innbyggjarar
- Deltaking og medansvar for einskildmenneske, grupper, institusjonar og samfunn for vidare utvikling i helsearbeidet

Departementet føreset at dei som yter helsetenester, sjølv arbeider vidare med utvikling av servicefråsegner som syner kva pasientar og pårørande skal kunne vente seg av tenesteytarane, og meiner dette bør vere sentralt i den vidare kvalitetsutviklinga i helsetenesta.

Det blir uttala at utover sikring av likeverd i tenestetilbodet mellom ulike geografiske område, ligg det framleis utfordringar knytte til å sikre likeverd i forhold til ulike grupperingar av innbyggjarane, slik som til dømes i forhold til alder, kjønn, seksuell legning og etnisk tilhøyring.

Det blir peika på store utfordringar knytte til å utvikle velferdstenestene slik at dei både gjev grunnleggjande tryggleik og forsvarlege tenestetilbod til alle som treng det, og samstundes gjev rom for den einskilde pasienten til å påverke utforminga av det konkrete tenestetilbodet i sitt tilfelle. Det blir lagt vekt på at eit sentralt element i dette arbeidet vil vere å sikre at pasientane blir sette i stand til å nytte seg av valfridomen, og at for å hindre at valfridomen berre blir ein realitet for dei som sjølv er i stand til å skaffe seg informasjon om tilboda, må helsetenesta vere ansvarleg for å gje opplysningar om kva tenestetilbod som er aktuelle i det einskilde tilfellet.

I den vidare oppfølginga vil Regjeringa ha som overordna mål at den norske helsetenesta skal sikre alle i landet likeverdig og god tilgang til tenester som er fagleg forsvarlege og tilfredsstillende internasjonale standardar der slike finst.

Regjeringa vil leggje vekt på at helsetenestetiltak skal utformast slik at dei støt utjamning av skilnader i levekår, helsetilstand, funksjonsnivå og sjukdomsforhold. Departementet vil difor evaluere systematisk korleis bruken av ulike verkemiddel, irekna overførings- og oppgjersordningar til kommunar og fylkeskommunar, påverkar tilgangen til helsetenester og helsetilstanden.

Regjeringa meiner at likeverd i forhold til helsetenesta best kan sikrast gjennom offentleg finansierte tenester underlagt folkevald styring.

Departementet vil gå gjennom eigenbetalingsordningane for å sikre at dei skjermar brukarar med omfattande tenestetilbod på ein tilstrekkeleg måte.

Departementet vil sjå nærare på forholdet mellom eigenopplevinga av sjukdom, og korleis helsetenesta møter det opplevde behovet for tenester hjå pasientane, og departementet vil støt bruken av pasient- og pårørandeundersøkingar som grunnlag for utvikling av helsetenesta. Departementet vil støt utviklinga av lærings- og meistringssentra for å betre brukarmedverknaden og for å gjere bruk av dei røynslene som pasientar og pårørande har frå helsetenesta.

Departementet vil stimulere til auka bruk av ny teknologi i helsetenesta når dette kan gje eit betre tilbod. Samstundes vil ein stimulere til open debatt om føresetnadene for bruk av ny teknologi i helsetenesta.

Departementet vil halde fram med å støt utviklinga av telemedisintjenestene.

2.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg Regjeringens gjennomgang av og betraktninger rundt helsetjenesten i velferdssamfunnet og slutter seg til den faktiske beskrivelsen av utviklingen og de problemer helsetjenesten står overfor i dag. Beskrivelsen er i samsvar med det Stortinget har påpekt og lagt til grunn ved behandlingen av de ulike helsereformer og lover, handlingsplaner, Rehabiliteringsmeldingen og Utjamningsmeldingen og i de årlige budsjettene.

Komiteen vil understreke at alle skal være sikret nødvendig tilgang til offentlig finansierte tjenester av god kvalitet, uavhengig av bosted og økonomi. Komiteen vil videre understreke at helsetjenesten må utformes slik at det fører til utjamning av forskjeller i levekår, helsetilstand, funksjonsnivå og sykdomsforhold og viser for øvrig til Stortingets behandling av Utjamningsmeldingen, Rehabiliteringsmeldingen, Omsorg 2000 og Handlingsplan for funksjonshemmede.

Komiteen gir sin tilslutning til Regjeringens forslag om å evaluere hvordan bruken av de ulike virkemidler påvirker fordelingen av helsetjenester og helsetilstanden i befolkningen.

Komiteen mener det er viktig å følge opp erfaringene med økt valgfrihet for pasientene når det gjelder helsetjenester og vil gi sin tilslutning til bruken av pasient- og brukerundersøkelser som grunnlag for videreutvikling av helsetjenesten.

Komiteen ser klart at utviklingen innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi vil føre til store endringer i arbeidsmåter for helsepersonell og for organiseringen av helsetjenesten, og komiteen vil understreke at det er viktig å ivareta personvernet og de verdier taushetsplikten for øvrig er ment å ivareta.

Komiteen er enig i at det må stimuleres til økt bruk av teknologi når dette kan gi et bedre helsetilbud til pasientene, og viser til de store mulighetene som ligger i utviklingen av telemedisintjenestene og elektro-

niske systemer for behandling av journal og pasientdata som for eksempel røntgenbilder.

Komiteen vil understreke viktigheten av at den medisinske forskning og særlig den kliniske forskningen tilføres større ressurser, slik at norsk helsevesen kan gi den best mulige behandling på høyde med det internasjonale nivå.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil særlig understreke at den norske lovgivningen på gen- og bioteknologiområdet ikke må være mer restriktiv enn internasjonal lovgivning, slik at norske forskere og genetikere kan delta i utviklingen av denne teknologien på høyt internasjonalt nivå.

3. MENNESKEVERD OG VERDIAR I HELSETENESTA

3.1 Samandrag

Verdigrunnlaget for helsetenesta i dag og i tida som kjem og verkemiddel som kan sikre dette verdigrunnlaget, blir drøfta i meldinga. Som grunnlag for den norske helsetenesta blir det særleg peika på at helsepolitikken skal byggje på respekt for menneskeverdet og leggje til grunn ei rettferdig fordeling av rettar og plikter, likeverd og lik tilgjenge til tenestene, og ei styrkja rettsstilling for den som treng tenestene.

Det blir understreka at det er viktig å stimulere til auka innsats for å fremje reell jamstilling mellom kvinner og menn i medisinsk forskning, helsefremjande, førebyggjande og kurativt helsearbeid. Det blir uttala at det ukrenkjelege menneskeverdet gjev støtte til ei prioritering av dei som til ei kvar tid er mellom dei svakaste, og at når ein legg dette prinsippet til grunn, må ein også sikre at det ved utforming og tildeling av helsetenester ikkje blir lagt avgjerande vekt på vurderingar av skuld for eigen sjukdom. Ei følgje av å sjå på mennesket som ukrenkjeleg blir å akseptere at mennesket har kompetanse til å gjere egne val, men i helsetenesta vil ein likevel i praksis ofte stå overfor menneske som ikkje har reelt høve til å gjere egne val. Dette tilseier at helsetenesta må ha omfattande plikter til informasjon og opplæring av pasientar og pårørande.

Det blir understreka at respekt for det sårbare og veike skal vere eit kjenneteikn for den norske helsetenesta, og at tiltak for å sikre menneskeverdet når livet byrjar og når det tek slutt skal vere høgt prioriterte. Helsetenesta må ifølgje meldinga ha eit sterkt islett av nesstekjærleik ved tenesteytinga si, og handlingane må vere i samsvar med interessene til den andre utan omsyn til nytte for tenesteytaren eller samfunnet. Det blir uttala at særleg varsemd må visast og grundige etiske analysar må gå føre bruken av medisinske metodar til føremål som tener samfunnet meir enn den ein-skilde pasienten.

Helsepolitikken i velferdssamfunnet skal ifølgje meldinga medverke til utjamning av levkåra, og helsetenesta må i aukande grad venje seg til å leggje

avgjerande vekt på brukarane sine egne synspunkt og val.

Regjeringa tek fråstand frå eit syn som oppfattar mennesket først og fremst som individ med materielle behov, og frå oppfatningar av mennesket først og fremst som aktørar på ein marknad. Regjeringa meiner prinsippet om kvar einskild sin ukrenkjelege verdi, utan omsyn til kjønn, religion, sosial bakgrunn, funksjonsnivå, sivilstand, bustad og etnisk tilhøyring skal leggast til grunn for politikken, og at det er viktig å motarbeide utviklinga av samfunnstrekk som legg opp til sortering av menneske.

Det blir peika på at tilgang til ny kunnskap i genetikk og medisinsk bruk av bioteknologi vil auke raskt dei komande åra, og at denne kunnskapen vil opne opp for ei rekkje undersøkings- og behandlingsformer som både kan vere meir effektive og ha færre biverknader enn dei metodane vi har i dag. Det bli lagt vekt på at den kunnskapen vi då rår over, må forvaltast på ein måte som ikkje krenkjer menneskeverdet.

Forskning på befrukta egg og sider ved genteknologisk eksperimentering blir haldne fram som døme på forhold som aukar faren for sortering av menneske ut frå ei oppfatning om kva som er gode og kva som er dårlege eigenskapar.

Regjeringa meiner lønsemds-, nytte- og økonomiske verdivurderingar av mennesket kan vere overgrep overfor det ukrenkjelege i menneskeverdet, og at det er viktig å hindre at medisinsk bruk av ny teknologi medfører endra haldningar til menneske med sjukdom og funksjonshemjingar, eller at det fører til ei uønskt merking av menneske med visse eigenskapar.

Det blir peika på at bruk av økonomiske teoriar og modellar ved utforming av konkrete tiltak i helsetenesta er nødvendig for å sikre best mogeleg bruk av dei tilgjengelege ressursane, men at dei prioriteringane som blir gjort, skal vere i samsvar med omsynet til menneskeverdet, planlagde mål og faglege krav, og ikkje vere motiverte ut frå omsynet til tenesteytaren sin eigen profit.

Sjølv om den statlege tilsynsordninga har viktige oppgåver med å følgje opp klagesaker og avviksmeldingar i helsetenesta, kan ho ifølgje meldinga ikkje erstatte dei ulike yrkesgruppene sitt eige arbeid med å utvikle og følgje opp etiske standardar, eller den innsatsen som kvar verksemd i helsetenesta sjølv må gjere for å sikre etisk og fagleg forsvarlege tenester. Departementet meiner at behovet for slik etisk refleksjon vil auke i framtida, og at utdanningsinstitusjonane må sikre elevane og studentane nødvendig innsikt og øving i dette.

Det blir understreka at rommet for fagleg utvikling og kreative løysingar skal vere stort, men òg at valet av konkrete ordningar ikkje berre kan bli styrt av reine faglege ønskje. Konflikhtar må løysast gjennom å leggje vekt på det overordna verdigrunnlaget og dei tilgjengelege ressursane, der omsynet til pasienten innanfor dei rammene som gjeld, må vere i sentrum.

Departementet meiner at det samlande verdigrunnlaget må vere kjent for dei samhandlande partane før konflikthar oppstår dersom partane skal ha tillit til at dette kan vere ei rettesnor for løysinga av konflikthar. Det vil difor vere ei sentral oppgåve for leiarskapet å arbeide for at dette grunnlaget er kjent og blir teke med når ein vurderer utforminga av tiltak i helsetenesta.

Det blir vist til dei etiske komiteane ved region- og sentralsjukehusa, og departementet meiner at ein gjennom å opprette slike komitear kan vere med på å dempe konflikthar mellom omsynet til den enskilde pasienten og omsynet til effektiv ressursbruk. Det er sett av middel til Senter for medisinsk etikk slik at dette kan påta seg oppgåva for ei nasjonal samordning av desse komiteane.

Departementet reknar med at pasientomboda vil kunne ha viktige innspel til dømes ved utforminga av system og prosedyrar for brukarmedverknad og bruk av røymsler frå pasientar og pårørande ved utforminga av tenestetilboda.

Departementet vil i det vidare arbeidet med utvikling av kvalitetssystema i helsetenesta stimulere til auka bruk av innspel frå dei frivillige organisasjonane, m.a. gjennom utforminga av krav til internkontrollsystema i helsetenesta. Det blir uttala at det er viktig at organisasjonane si rolle som brukarrepresentant er fri og uavhengig i høve til reine næringsinteresser.

Det blir vist til at Kirkens Arbeidsgiverorganisasjon og Kyrkjerådet sidan 1996 har ført ein dialog med departementet om korleis kyrkja og helsetenesta saman kan møte nokre av dei utfordringane ein står overfor i helsetenesta. I 1998 løyvde departementet middel for gjennomføring av første fase av prosjektet helse/kyrkje der målet har vore å kartleggje element som helsetenesta og kyrkja kan byggje eit vidare samarbeid på. Rapporten frå dette arbeidet syner at diakonalt arbeid i form av samarbeid mellom kyrkjelydane og kommunehelsetenesta er eit primært verksemdsområde for kyrkja, og at ikkje minst arbeid mellom eldre står sterkt, mens dette samarbeidet er lite formalisert på sentralt hald, og det er lite samordna forskning og fagutvikling. Departementet ønskjer å følgje opp rapporten innanfor dei økonomiske rammene som er stilte til disposisjon for faglege utviklingstiltak.

3.2 Merknader frå komiteen

Som komiteen tidlegare har understreket, er det bred enighet om verdigrunnlaget for den norske helse-tjenesten. Helsepolitikken skal bygge på respekt for menneskeverdet og legge til grunn en rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgang til tjenestene og en styrket rettsstilling for den enkelte bruker.

Komiteen vil understreke prinsippet om at hvert enkelt mennesket har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosial bakgrunn, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet.

Komiteen vil peke på at brukernes egne synspunkter og valg må respekteres, og at den enkelte pasi-

ent har krav på individuell behandling og vern om og respekt for egen integritet. I det daglige arbeidet handler disse verdiene om innlevelse, evne til å lytte og sette seg i pasientenes situasjon, om varme, åpenhet, ha tilstrekkelig tid og å gjøre det beste for at pasientene skal føle seg ivaretatt og respektert.

Komiteen vil peke på at ny kunnskap innen genetik og medisinsk bioteknologi vil åpne for en rekke undersøkelses- og behandlingsmetoder som både vil være mer effektive og ha færre bivirkninger enn de metodene som er tilgjengelige i dag. Forvaltningen av denne kunnskapen må skje på en måte som ikke krenker menneskeverdet og øker faren for sortering av mennesker ut fra egenskaper. Komiteen viser til at utviklingen innen medisinen vil føre til store utfordringer for pasienter, pårørende og helsepersonell. Bruk av ny medisinsk teknologi og den raske utviklingen medfører at yttergrensene i livet blir tøyd og gir større mulighet til å påvirke befruktning, fødsel og død. Komiteen mener denne utviklingen vil medføre vanskelige avveininger i det kliniske arbeidet ved sykehusene.

Komiteen viser til at Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (UIO) i 1993 tok et initiativ overfor Sosial- og helsedepartementet om samarbeid om et prosjekt for å prøve ut kliniske etikkomiteer ved tre norske sykehus. Slike komiteer har vært utprøvd i Norge i 6 år og er nå opprettet ved 7 norske sykehus. Komiteen har merket seg evalueringsrapporten fra 1998 som anbefalte at det bør opprettes kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus, og at arbeidet blir koordinert nasjonalt gjennom Senter for medisinsk etikk ved UIO. Målsettingen for komiteene er at de skal bidra til å utdanne helsepersonell og bevisstgjøre om verdier i helsetjenesten og om hvordan man skal forholde seg til, mestre og løse vanskelige etiske problemstillinger i den kliniske hverdagen på en tilfredsstillende måte. Videre skal komiteene kunne behandle enkeltsaker etter henvendelse fra helsepersonell eller andre, og de skal utarbeide retningslinjer for utvalgte områder på eget initiativ eller etter forespørsel fra sykehusledelsen.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn utarbeider retningslinjer for denne praksisen. I tillegg skal de kliniske etikkomiteene ha som en sentral oppgave å skape bevissthet om etiske problemstillinger knyttet til ressursbruk og prioriteringer, slik at fordelingen kan skje med størst mulig grad av rettferdighet. Komiteen ser det som en stor fordel at det finnes et forum på sykehuset som har mulighet til å vurdere prioriteringsspørsmål i en sammenheng. Ofte vil enkeltsaker omhandle spørsmål om ressursbruk og overordnede beslutninger om effektivisering som vil ha konsekvenser for enkeltmenneske på utvalgte områder. Komiteen erkjenner at helsetjenesten er blitt langt mer komplisert, f.eks. når det gjelder livsforlengende behandling.

Komiteen viser til at det ikke lenger er slik at legene har monopol på å ta kliniske beslutninger, og at

beslutningsprosessene er blitt mer kompliserte ved tverrfaglighet og pasientenes krav på selvråderett og medvirkning (informert samtykke).

Komiteen støtter opprettelsen av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus. Disse kan bidra til å bevisstgjøre, megle og løse sammensatte etiske problemer. Kliniske etikkomiteer er en nødvendig del av en forsvarlig sykehusdrift. Komiteen støtter videre forslaget om en nasjonal samordning og mener at det er naturlig at denne oppgaven legges til Senter for medisinsk etikk.

Komiteen vil peke på at de kliniske etikkomiteene må koordineres regionalt med utgangspunkt i region-sykehusene, og at det er av vesentlig betydning med faglig kompetanse i medisinsk etikk med tanke på kompetanseoppbygging og harmonisering. Det samme gjelder de regionale forskningspolitiske komiteene.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2002."

Komiteen mener det bør vurderes om kliniske etikkomiteer også bør omfatte sykehjem, psykiatriske institusjoner og omsorgen for psykisk utviklingshemmede.

Komiteen viser til at frivillige organisasjoner har lang tradisjon for aktiv deltagelse ved både utforming og drift av den norske helsetjenesten. Komiteen vil understreke den viktige rolle frivillig sektor etter hvert spiller når det gjelder produksjon av viktige velferdstjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Høyre og Senterpartiet, mener at det ved siden av det offentlige finansierte helsevesen må være rom for private helsetjenester som et viktig supplement og et alternativ til det offentlige helsevesen.

Spesielt vil flertallet peke på at de frivillige, ideelle og kommersielle foretakene har bidratt til et mangfold i helsetjenestene som har gitt brukerne reelle valgmuligheter. Flertallet vil også fremheve verdien av et mangfold når det gjelder tilnærming, tenkning og organisering i helsevesenet. Flertallet vil understreke at det er viktig å gi gode rammebetingelser til de frivillige organisasjonene slik at de kan sikres videre utvikling og drift. Flertallet vil også bemerke at private alternativer gir muligheter for å prøve ut nye driftsformer, og at det her ligger et betydelig læringspotensial også for offentlige institusjoner når det gjelder effektivisering og bedre utnyttelse av ressursene.

Komiteen viser til at ideelle organisasjoner, stiftelser og samvirkeforetak tilbyr tjenester og løser oppgaver på vegne av det offentlige. Disse inngår som en del av offentlige planer på ulike områder som innen

eldreomsorgen og behandlingstiltak for rusmisbrukere. Slike tilbud er positive og nødvendige for å sikre kapasitet og variasjon. Stadig flere enkeltpersoner og grupper tar slike initiativ for å løse oppgaver til felles beste.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det er viktig å sikre folkevalgt styring med helheten, kvaliteten og fordelingen av tilbudene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at vesentlige oppgaver innen utdanning og helse- og omsorgssektoren ikke bør legges ut på anbud og overlates til private. Hovedtyngden av oppgaver på disse områdene må løses gjennom det offentlige. Private tjenestetilbud skal etter dette flertallets mening være et supplement.

Hvis private står bak hovedtyngden av tilbud på et område, mener dette flertallet at muligheten for folkevalgt styring, ansvar og prioritering på dette området over tid kan svekkes.

Komiteen viser til at det er stor mangel på helsepersonell i det offentlige helsevesen til tross for en stor reserve av helsepersonell som ikke arbeider i yrket. Komiteen mener at et variert arbeidsmarked kan bidra til å få flere tilbake i yrket.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Høyre og Senterpartiet, viser til at Kirken gjennom de diakonale ordninger har en plass i det forebyggende arbeid blant barn og unge, eldreomsorgsarbeid og undervisning. Flertallet har merket seg at Kirkenes Arbeidsgiverorganisasjon og Kirkerådet siden 1996 har ført en dialog med departementet om hvordan Kirken og helsetjenesten sammen kan møte noen av de utfordringene en står overfor i helsetjenesten.

Flertallet viser at departementet i 1999 bevilget midler for gjennomføring av første fase av prosjektet helse/kirke der målet var å se på mulige områder som helsetjenesten og Kirken kan bygge et videre samarbeid på. Flertallet ser positivt på et samarbeid mellom helsetjenesten og Kirken, og spesielt vil flertallet nevne den betydningen det kan ha for utdanning og rekruttering av personer til omsorgsyrkene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke viktigheten av at helsepolitikken bygger på respekt for menneskeverdet og dets ukrenkelighet. Respekten for enkeltmenneske må føre til at brukernes erfaringer og valg tas på alvor.

Dette gir økt kvalitet på helsetjenestene og styrker den enkeltes evne til å mestre sitt eget liv.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil vise til at det sårbare og det svake i menneskelivet er på sitt største ved livets begynnelse og dets slutt. Tiltak som sikrer menneskeverdet i disse livsfasene må derfor prioriteres høyt.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at ut fra det enkelte menneskes ukrenkelige verdi er det viktig å motarbeide en utvikling som legger opp til en sortering av mennesker. Ethvert menneskes liv er i seg selv et mål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke alvoret i at ny kunnskap i genetik og medisinsk bruk av bioteknologi vil kunne utfordre grensene for hva samfunnet ser som forsvarlig medisinsk virksomhet.

Flertallet vil vise til at mange opplever helseproblemer som ikke har medisinsk opphav, men som kan føres tilbake til at den enkelte opplever vanskelige livssituasjoner. Det kan være knyttet til arbeidsliv, samliv eller personlige problemer. Flertallet vil peke på at den diagnosen som fører til flest sykemeldinger og nye uføretilfeller, er muskel- og skjelettsykdommer etterfulgt av psykiske lidelser. Flertallet vil understreke viktigheten av at helsetjenesten er i stand til å møte mennesker som kommer med disse problemene, samtidig som den må hjelpe til å knytte kontakt med andre personer eller organisasjoner som kan være til hjelp og støtte.

Flertallet mener det er viktig at etiske drøftelser og analyser inngår som en naturlig del av utdannelsen av helsepersonell.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre er kjent med at de fleste offentlige sykehus i dag har kvalitetsutvalg. Disse medlemmer mener disse utvalgene eventuelt må slå sammen med lokale etiske sykehuskomiteer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil dog advare mot å bygge opp byråkratiske særordninger i det enkelte sykehus hvor svært mange toppfagpersoner kan komme til å sitte med utstrakt møtevirksomhet istedenfor å stå i pasientbehandling. Spørsmålet om etablering av etiske komiteer og på hvilke sykehus disse skal etableres, forutsetter disse medlemmer at Regjeringen kommer tilbake til i forbindelse med sykehusreformen og den interne omorganiseringen i det enkelte sykehus på et senere tidspunkt.

Komiteen viser til at ca. 15 000 fullt utdannede sykepleiere er ute av helsetjenesten, og at hele 70 pst. av hjelpepleierne går i brøkstillinger med til dels liten brøk. Komiteen mener det er særdeles viktig å få tilbakeført til helsevesenet både sykepleiere og hjelpepleiere som i dag er ute av helsetjenesten, og dette kan etter komiteens mening gjøres ved å bedre arbeids- og lønnsforholdene både for sykepleiere og hjelpepleiere. I tillegg mener komiteen det er særdeles viktig at det enkelte sykehus har utviklet en god infrastruktur som kan ivareta helsepersonellens private interesser; det være seg barnehagetilbud og attraktive tjenesteplaner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet Høyre og Senterpartiet, viser til at det er åpnet opp for utleiefirma av helsepersonell i tillegg til tiltak gjennom Arbeidsmarkedsetaten.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Høyre, forventer at rekrutteringen av helsepersonell til de offentlige sykehus vil kunne bli bedre med en statlig overtakelse av sykehusene hvor en kan sikre en bedre intern organisering i det enkelte sykehus og tilrettelegge arbeidsforholdene på en langt bedre måte enn tilfellet er i dag.

4. MEDISINSK BRUK AV BIOTEKNOLOGI

4.1 Samandrag

Regjeringa vil leggje fram ei melding for Stortinget om evalueringa av bioteknologiloven, og ei meir detaljert framstilling av medisinsk bruk av bioteknologi vil bli gjeve i den meldinga.

Det blir uttala at større innsikt i dei biologiske mekanismene som handlar om utvikling av liv, gjev høve til å finne fram til nye medisinske metodar som vil tene livet, og at den nye kunnskapen og dei nye metodane såleis vil kunne styrkje respekten for mennesket og menneskeverdet. Føresetnaden for at det skal kunne skje, er etter Regjeringa si meining at ein ved bruk av tilgjengeleg kunnskap og utvikling av nye metodar legg til grunn at integriteten til eit kvart menneske er ukrenkjeleg.

Det blir understreka at ein må utvise stor aktsemd ved forskning og gjennomføring av tiltak som rører ved korleis liv oppstår og det genetiske grunnlaget for livet når dette medfører bruk av celler og vev frå foster.

Omsynet til kvart eit liv, også det ufødde, må ifølgje meldinga takast med i vurderinga av det etiske grunnlaget for forskning og helsetenester. Det blir uttala at det ikkje er akseptabelt at ein ved hjelp av tekniske metodar startar eit menneskeliv i vissa om at dette livet berre skal tene som grunnlag for forskning eller medi-

sinsk teknologi, og ikkje ha sitt eige verd. Det blir peika på at Stortinget sitt vedtak om ikkje å tillate forskning på befrukta egg byggjer på dette prinsippet.

Det blir lagt vekt på at det i dag berre er moglege å sjå byrjinga på dei etiske utfordringane som følgjer ved utvikling og bruk av nye bioteknologiske metodar. Ein del etiske spørsmål er knytte til samfunnsmessige forhold, som t.d. familien si rolle i fortid og framtid, og rører såleis ved verdiar og normer knytte til samhandling menneske imellom. Andre etiske spørsmål er knytte til biologiske forhold og rører meir ved respekten for integritet og menneskeverd. Stundom vil verdiar og normer frå desse to områda kome i konflikt med kvarandre. Igjen må det overordna prinsippet vere at ein skal leggje prinsippet om kvart menneske sitt ukrenkjelege verde til grunn for vurderinga av eventuelle konflikter. Uvissa kring kva utfordringar ein vil stå overfor i åra som kjem tilseier at ein skal gå varsamt og langsamt fram før ein godtek bruk av kunnskap eller metodar som vil vere eigna til å rokke ved dei nemnde prinsippa.

Regjeringa vil leggje avgjerande vekt på menneskeverdet før fødselen ved utforminga av tenester og tiltak som byggjer på ny kunnskap i genetikk og bioteknologi der dette inneber bruk av eller verknader på foster. Det er dette som har vore avgjerande for at Regjeringa har fremja eit lovforslag om forbod mot forskning på aborterte foster.

Departementet vil vurdere korleis ein kan auke kunnskapen om den bioteknologiske utviklinga gjennom styrking av informasjonsarbeidet på dette området.

4.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg Regjeringens redegjørelse for hovudlinjene i det vidare arbeidet knyttet til spørsmål om medisinsk bruk av bioteknologi.

Komiteen er gjort kjent med at Regjeringa vil legge fram en odelstingsproposisjon i forbindelse med evalueringen av bioteknologiloven i 2001, og komiteen vil i den sammenheng komme tilbake til de konkrete spørsmål og problemstillinger som er berørt i denne meldingen.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke viktigheten av at den nye kunnskapen om molekylærbiologiske og genetiske forhold og nye medisinske metoder legger til grunn at integriteten til hvert menneske er ukrenkelig. Det må vises stor varsomhet ved forskning og gjennomføring av tiltak som rører ved hvorledes liv oppstår, og det genetiske grunnlaget for livet når dette medfører bruk av celler og vev fra foster.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at en ved vurderingen av det etiske grunnlaget for forskning og helsetjenester

må ta hensyn til hvert enkelt livs verdi, også det ufødte. Disse medlemmer vil understreke at det er derfor ikke akseptabelt at en ved hjelp av tekniske hjelpemidler starter et menneskeliv for at dette livet bare skal tjene som grunnlag for forskning eller medisinsk teknologi.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det er viktig å legge avgjørende vekt på menneskeverdet før fødselen ved utforming av tjenester og tiltak som innebærer bruk av eller virkninger på foster. Disse medlemmer er derfor imot forskning på aborterte foster.

Disse medlemmer vil vise til at vi i dag kun ser begynnelsen på de etiske utfordringene som følger med utviklingen av nye bioteknologiske metoder. Utviklingen av medisinsk bruk av bioteknologi skjer så fort at det ikke bare er vanskelig for folk flest å følge med, men også for helsepersonellet. Disse medlemmer mener det er viktig å styrke informasjonsarbeidet på dette området.

Disse medlemmer har merket seg at internasjonale konvensjoner ikke gir direkte bindinger når det gjelder hvordan man skal se på menneskeverdet før fødselen. Noen mener at menneskeverdet kommer ved befruktningen, mens andre vil hevde at det blir gradvis utviklet gjennom fosterlivet. Disse medlemmer vil vise til at norsk sosial- og helsetjeneste utfører tiltak i forbindelse med svangerskap ikke bare av hensyn til moren, men også av hensyn til fosteret.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti mener at menneskelivet og menneskeverdet begynner ved befruktningen. Disse medlemmer vil peke på at det ufødte liv i dag har for liten beskyttelse innen vår lovgivning. Retten til liv er den mest grunnleggende rettighet enkeltmenneske kan ha. Disse medlemmer ser det derfor som viktig at retten til liv slås fast i vår grunnlov.

5. FOLKEHELSEARBEID

5.1 Samandrag

Det blir understreka at sjølv om helsetenesta har ei viktig pådrivarrolle i det sjukdomsførebyggjande arbeidet, har ikkje helsetenesta åleine ansvaret for helsepolitikken i vidare meining. Dette er eit samfunnsansvar som krev samarbeid mellom mange ulike offentlege instansar, privat og friviljug sektor, i tillegg til innsats frå kvar einskild. Til grunn for det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet i 1990-åra har departementet lagt ei slik utvida forståing av kva som påverkar helsetilstanden. Det er satsa på førebyggjande tiltak som har reduksjon i sjukdom, skadar og tidleg død som mål. Det er også satsa på meir helsefremjande tiltak retta inn mot å styrkje kvar einskild

sine ressursar for å meistre dei utfordringane og påkjenningane som livet gjev.

Regjeringa ser det som viktig å få ein brei gjennomgang av utviklinga gjennom 1990-åra som grunnlag for planlegginga av innsatsen i tida framover, og vil difor leggje fram ei eiga stortingsmelding om folkehelsearbeidet våren 2001.

Det blir uttala at lovgevinga på dette området ligg i forkant av gjeldande praksis, og at det er eit stort behov for å arbeide meir for å sikre at krava i lovgevinga blir følgt opp. Departementet vil styrkje arbeidet med helsefaglege konsekvensutgreiingar og uttaler at slike utgreiingar bør vere ein naturleg del av det samla konsekvensutgreiingsarbeidet som er pålagt gjennom plan- og bygningsloven eller anna lovgeving. Departementet er kjent med at mange kommunar har nytta tilsvarende tilnærmingar i det arbeidet som er gjennomført med utvikling av risiko- og sårbarheitsanalyser i beredskapsplanlegginga.

I ein omtale av alkoholbruk og folkehelse blir det understreka at det er skadane av alkoholbruk mellom dei som ikkje er avhengige i vanleg forstand som samla gjev dei største lastene for helsetenesta. Departementet meiner at dei mest effektive offentlege tiltaka for å avgrense alkoholrelaterte skadar er å gripe inn med marknadsregulerande verkemiddel for pris og tilgang, og at haldningsskapande tiltak er langt mindre effektive. Departementet meiner at sambandet mellom alkoholbruk og folkehelsearbeid er eit godt døme på eit område der systematisk bruk av helsefaglege konsekvensvurderingar kan vere eit tenleg verkemiddel i folkehelsearbeidet.

Det blir vist til at utvalet som skulle gje ei utgreiing om styrking av folkehelsearbeidet i kommunane, la fram hovudinnstillinga si i 1998 (NOU 1998:18). Dokumentet var på høyring våren 1999, og ein omfattande dokumentasjon er komen inn i høyringsrunden. Det blir uttala at høyringa syner at innstillinga gjev eit solid grunnlag for styrking av folkehelsearbeidet i framtida. Det blir vist til at NOU 1998:18 gjev ein grundig argumentasjon for at kommunane også i framtida bør vere den forvaltningsmessige hovudarenaen for folkehelsearbeidet.

Departementet har sett i gang ein grenseoppgang med sikte på betre samordning av dei sentrale statsinstitusjonane som driv med helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Målet er mellom anna å nytte kompetanse og ressursar til dei sentrale førebyggingsinstitusjonane mest mogeleg effektivt, og å vidareutvikle kompetansmiljøa.

For å auke kunnskapsnivået og sikre meir rasjonelle vedtaksprosessar og effektiv ressursbruk blir det peika på følgjande satsingsområde:

- Forsking i Noreg som kan gje ny kunnskap om verknadene av ulike førebyggjande metodar under norske forhold.

- Systematisk og kontinuerleg oppsummering av den kunnskapen som er tilgjengeleg internasjonalt, for å sikre at denne kan bli brukt også i Noreg.
- Strammare utforming av og meir systematisk evaluering av handlings- og tiltaksplanane i helsefremjande, førebyggjande og rehabiliterande arbeid.
- Kunnskap om folkehelse og utviklinga i den må nå ut til publikum.

Departementet vil vidareføre arbeidet med kultur og helse.

5.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg Regjeringens redegjørelse for sentrale forhold vedrørende folkehelsearbeidet og slutter seg i hovudsak til disse vurderingene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Høyre, mener det er viktig å få en bred gjennomgang av utviklingen i samfunnet de siste 10 år som grunnlag for planlegging av den videre innsatsen og er tilfreds med at Regjeringen vil legge fram en handlingsplan om folkehelsearbeidet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at Regjeringen istedenfor en stortingsmelding om folkehelsearbeidet bare vil legge fram en nasjonal handlingsplan for folkehelsearbeidet. Disse medlemmer mener det bør framlegges en stortingsmelding om dette.

Komiteen er bekymret for den nedprioritering av de kommunale helsestasjonene en har registrert de seneste år. Nedbygging av de kommunale helsestasjonene/helserådene har gitt som resultat at skolehelsetjenesten i mange kommuner er svært utilfredsstillende. Dette er særlig uheldig fordi jevnlig helsekontroll skal bidra til å hindre at barn og unge pådrar seg ulike fysiske og psykiske lidelser.

6. LIVSHJELP - GRUNNFJELLET I HELSETENESTA

6.1 Samandrag

Det blir i meldinga peika på at aktiv dødshjelp er i strid med norsk lovgeving. Regjeringa vil motarbeide initiativ for å liberalisere lovgevinga på dette området, og uttaler at for å motverke krava om at helsetenesta skal medverke ved sjølvvald avslutning av livet, er det viktig å sikre at det tilbodet som blir gjeve til menneske mot slutten av livet er så godt som mogeleg både menneskeleg og reint fagleg. Dette tilbodet er ifølgje meldinga ikkje godt nok i dag.

Det blir gjort greie for NOU 1999:2 Livshjelp og hovuddraga frå høyringa til denne.

Departementet vil understreke at likeverd, omsorg og respekt for menneskeverdet er ein særleg viktig føresetnad for tenester til alvorleg sjuke og døyande menneske. Departementet ser det som heilt sentralt at tilbodet i kommunane blir styrkt dersom ein skal få ei betre teneste for denne gruppa, og dersom det skal leggjast til rette for at den enkelte skal få vere mest mogleg heime. For å synleggjere tenester til slike pasientar og for å sikre at tenestene blir planlagt særskilt vil departementet understreke at tenester til desse pasientgruppene må takast med i dei ordinære tenestene, og vere synlege i helse- og sosialplanen, eller i kommuneplanen der tenester innanfor helse- og sosialsektoren er omtalt i denne.

Når det blir for vanskeleg å gje pasientar med sjukdommar som ikkje kan lækjast og døyande tilbod i heimen, er departementet samd med utvalet i at sjukeheimen eller sjukestova bør kunne yte tenester. Kva oppgåver sjukeheimane og sjukestovene skal ha i høve til denne pasientgruppa vil bli drøfta i samanheng med vurderinga av den rolla desse tenestene skal ha i framtida.

Departementet meiner at private initiativ kan vere ein viktig ressurs i tenestetilbodet til alvorleg sjuke og døyande. Departementet meiner også at private tilbod må tilpassast det ordinære tenesteapparatet, og vere del av det totale tilbodet til den einskilde pasienten.

Gjennom nasjonal kreftplan er det løyvd midlar til alle regionar til oppbygging av kompetansesentra og avdeling/seksjon for lindrande behandling. Departementet vil kome tilbake til dette i dei årlege budsjettframlegga og uttaler at tilbodet også må kome andre pasientgrupper enn kreftpasientar til gode.

Departementet arbeider med forskrift om individuelle planar som vil vere heimla i lov om spesialisthelsetenesta m.m. Ei utdjuing av plikta for kommunar og fylkeskommunar til å utarbeide individuell plan for alvorleg sjuke og døyande vil bli vurdert i samband med arbeidet med forskrifta.

Departementet vil fastsetje forskrift om ordninga med pasientansvarleg lege, og uttaler at det i denne samanhengen må vurderast om visse pasientgrupper skal nemnast særskilt.

Det blir gjort greie for tiltak for utdanning av helsepersonell som har som mål å vektleggje sterkere tema knytte til pleie og omsorg ved slutten av livet.

Det blir uttala at dersom ein skal styrkje kunnskapen om palliativ medisin i grunnutdanninga i medisin, må det opprettast stillingar ved universiteta, og at dette vil bli teke opp med dei som har ansvar for oppretting av akademiske stillingar ved universiteta. For å styrkje personellet sin kompetanse er det vidare foreslått utarbeiding av fagleg rettleingshefte til bruk i kommunar og fylkeskommunar. Departementet ser dette som eit nyttig tiltak for å skape større tryggleik i møte med pasientane.

Departementet vil ta stilling til spørsmålet om oppretting av ein medisinsk spesialitet i palliativ medisin

etter at saka er vurdert av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av legar og legefording.

Departementet vil arbeide for å auke den kliniske forskinga innanfor diagnostikk og behandling av alvorleg sjuke og døyande menneske om nødvendig gjennom eit eige forskingsprogram. Dette vil bli vurdert i samarbeid med Noregs forskingsråd. Departementet finn det ikkje føremålstenleg på førehand å setje av middel frå regionsjukehustilskotet til særskilde område, som palliativ medisin, men vil be om at sjukehusa tek omsyn til dette i fordelinga.

Det blir vist til at Livshjelpsutvalet har foreslått at ordninga med pleiepengar frå folketrygda bør utvidast både når det gjeld tidsramme og kva personar som skal bli rekna som pårørende etter denne ordninga. Departementet vil kome attende til ei konkret vurdering av desse framlegga i samband med arbeidet med statsbudsjettet.

Utvalet har også foreslått innføring av unntak når det gjeld brukarbetaling for heimetenester. Departementet meiner at det ikkje vil vere rett å unnta ei gruppe frå brukarbetaling og vil difor ikkje foreslå å innføre unntak for brukarbetaling for heimetenester for personar med sjukdom som ikkje kan lækjast, og døyande i siste fasen av livet.

Departementet vil vurdere om ordninga med refusjon ved ambulansetjeneste skal utvidast når ein har fått meir røynsle med gjeldande ordningar. I dag er det slike ordningar for kreftpasientar og innanfor psykiatrien.

6.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg Regjeringens redegjørelse og omtale av tiltak som kan bedre tilbodet til mennesker som trenger helsehjelp, pleie og omsorg mot slutten av livet. Komiteen vil understreke at tilbodene til uhelbredelig syke og døende i det alt vesentlige vil være en integrert del av den vanlige helsetjenesten, og at tilgang til hospice blir en del av denne.

Komiteen har vidare merket seg NOU 1999:2 Livshjelp og de ulike forslag som der er skissert.

Komiteen viser til at aktiv dødshjelp er i strid med norsk lov, og vil opprettholde forbudet mot aktiv dødshjelp. Komiteen mener at samfunnet ikke kan autorisere helsepersonell til å gå inn i den motsatte rollen av den etikk leger og annet helsepersonell har i vår kultur. Komiteen er også av den oppfatning at det heller ikke kan være en oppgave for det offentlige å ta stilling til om et menneskes liv er meningsløst eller ikke verd å leve. Målet må være at omsorgen ved livets slutt kan møte behovet for trygghet og verdighet.

Utviklingen har gått i retning av at et stadig større antall personer lever sine siste dager på sykehus eller sykehjem. Komiteen mener at omsorg ved livets slutt er blitt en sentral og krevende oppgave i helsetjenesten fordi den omfatter mer enn tradisjonell behandling og pleie. Komiteen viser til at mangelen på kunnskap om smertelindring hos helsepersonell er et

problem og at helsetjenesten mangler systematisk kunnskap om medisinsk praksis på dette feltet.

Komiteen vil også påpeke mangelen på ressurser til smertelindrende medisin og stråleterapi for kreftpasienter.

Komiteen viser til at Livshjelputvalget har lagt vekt på at det er nødvendig at helsetjenesten på alle nivåer, ikke bare noen få spesialenheter for smertelindrende medisin, får bred kompetanse til å yte nødvendig lindrende behandling.

Komiteen mener det er behov for å styrke omsorgen for døende og de med en uheldelig sykdom og vil peke på følgende tiltak:

- Vurdere sykehjemmenes og sykestuenes rolle i forhold til å kunne gi pasienter en omsorgsfull, meningsfull og verdig livsavslutning.
- Styrke kunnskapen om omsorg for døende i helseutdanningen.
- Styrke utdanningstilbudet innenfor palliativ omsorg og medisin.
- Styrke den kliniske forskningen.
- Bedre informasjonen til pasienter om smertelindring, tilgang til ekspertise, tilgang til hospice og annen følelsesmessig og åndelig hjelp.
- Sikre at de pasienter som har undertegnet "Mitt livstestamente", respekteres, og at det legges til grunn for behandlingen slik at de kan føle seg trygge på at deres ønsker blir respektert.

Komiteen ber Regjeringen legge dette til grunn for hvordan helsetjenesten kan sikre at pasienter får en verdig død.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at en ennå ikke har fått utbygget smerteavsnitt og avsnitt for palliativ medisin ved alle de større norske sykehus. Dette er en viktig del av kreftplanen og et arbeid som disse medlemmer vil anmode departementet om å prioritere i tiden fremover.

Disse medlemmer viser til at så sent som sommeren 2000 var det registrert så mange som 3 000 langtkommede kreftpasienter som ikke fikk tilgang på smertelindrende behandling. En slik situasjon mener disse medlemmer i fremtiden må forhindres. Disse medlemmer tok så sent som ved behandlingen av statsbudsjettet for 2001 til orde for å foreslå en tilleggsbevilgning til anskaffelse av to stråleterapi-maskiner for å øke tilgangen på lindrende strålebehandling.

Disse medlemmer vil peke på en annen viktig sak i forbindelse med smertebehandling og tilsyn med alvorlig syke og døende, nemlig manglende legedekning i våre offentlige sykehjem. I dag er tilsynslegedekningen ved det offentlige sykehus ca. ett legeårsverk pr. 150 pasienter, mens det kanskje burde være legedekning på ett årsverk for 50 pasienter. Disse medlemmer viser til at komiteen har besøkt Montebello rehabiliteringssenter for kreftpasienter som i dag

drives av Den Norske Kreftforening. Disse medlemmer mener det er viktig å stimulere til at man får etablert lignende sentre også i andre landsdeler, en sak som disse medlemmer vil komme tilbake til på et senere tidspunkt.

7. PRIORITERING I HELSETENESTA

7.1 Samandrag

Den første offentlige utgreiinga om prioriteringar i den norske helsetenesta kom med NOU 1987:23. Regjeringa oppnemnde i 1996 eit nytt prioriteringsutval for helsetenesta som la fram rapport i 1997 som NOU 1997:18 Prioritering på ny.

Departementet vil i den vidare regelverksutviklinga leggje til grunn at prioriteringar i helsetenesta skal byggje på kriteria om alvorgrad av tilstanden, den forventta nytten av tiltaket og kostnadseffektivitet av tiltaket, som foreslått i NOU 1997:18. Departementet vil særleg vurdere korleis desse kriteria kan nyttast i forhold til diagnostisk verksemd, og i psykisk helsevern og rehabilitering.

Det blir lagt vekt på at ein må sikre at effektomgrepet blir tolka slik at det ikkje berre omfattar dei verknadene som er lett målbare, og at også verknader som den einskilde pasienten opplever som positive, må kunne reknast med, sjølv om dei ikkje alltid kan målast og etterprøvast på standardiserte måtar. Det blir uttala at ei einsidig vektlegging av målbar nytte av eit tiltak, til dømes i form av forventta auka livslengd, vil kunne føre til at lindrande tiltak blir prioritert urimeleg lågt.

Departementet meiner at det i hovudsak ikkje er føremålstenleg å fastsetje detaljerte og klinisk prega forskrifter som grunnlag for prioriteringsarbeidet i helsetenesta, men at dette ikkje er til hinder for at ein i særlege høve kan finne det nødvendig å regulere bruken av visse metodar gjennom bindande krav frå styremaktene si side.

Departementet ser det som nødvendig med eit nasjonalt rådgjevande organ som gjev overordna råd om prioritering av ulike tenester i høve til kvarandre, og tek sikte på å endre Statens sjukehusråd sitt mandat og samansetning, slik at dette kan få rolla som eit nasjonalt prioriteringsråd. Mellom anna vil det bli oppnemnd representantar frå ulike brukargrupper. Departementet reknar med at Statens helsetilsyn nyttar faggrupper innanfor prioriterte tenesteområde for å sikre eit best mogeleg grunnlag for rådgjevinga overfor departementet.

Departementet ser det som viktig at terskelen for å kome i kontakt med helsetenesta er låg, og at lett tilgang til fastlege og den medisinske nødmeldetenenesta er sentrale verkemiddel i dette arbeidet.

Det blir peika på at ved innføringa av fastlegeordninga står ein overfor særlege utfordringar overfor innsette i fengsla, og at dei kommunane som har ansvar for fengselshelsetenester, må sjå til at det sentrale verdigrunnlaget for helsetenesta blir realisert også innan

denne delen av helsetenesta, sjølv om ikkje valfridomen i praksis vil kunne vere så stor som i helsetenesta elles.

Departementet vil setje ned eit utval for å vurdere samarbeidet mellom første- og andrelinetenesta, og som kan kome med framlegg til tiltak som kan styrkje dette samarbeidet, og såleis sikre at desentraliserande utviklingstrekk i medisinen blir fanga opp i helsetenesta.

Departementet arbeider med nærare retningslinjer om bruk av individuelle planar i helsetenesta slik at denne skal bli betre i stand til å oppfylle behova for samordning av tenestetilbodet. Det er eit mål å samordne arbeidet med individuelle planar som ulike etatar gjennomfører i forhold til kvar einiskild brukar.

7.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg at retningslinjene for prioriteringer i helsetjenesten skal bygge på kriteriene om alvorlighetsgrad av tilstanden, den forventede nytten av tiltaket og kostnadseffektivitet av tiltaket, slik det også er foreslått i NOU 1997:18 Prioritering på ny. Komiteen har vidare merket seg at det særleg vil bli vurdert hvordan disse kriteriene kan nyttas i forhold til diagnostisk virksamhet, i psykisk helsevern og i rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er enig i og slutter seg til dette grunnlaget for prioriteringer.

Komiteen viser til at det er nedsatt et Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, som på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet eller på eget initiativ skal gi råd om prioriteringer innen områder som angår sykehustjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, og at det skal omfatte både somatiske og psykiatriske tjenester. Videre skal rådet gi råd om hvordan både nye og etablerte behandlingstilbud og tjenester skal prioriteres i forhold til hverandre, herunder forebyggende tiltak, tiltak for kronisk syke og for personer som er døende eller har sykdommer som ikke kan helbredes, og alternative behandlingsmetoder. Rådet skal vidare særleg uttale seg om spørsmål knyttet til effektiv ressursutnyttelse for å sikre et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, pasientgruppe og geografisk bosted. Rådet skal på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gi råd om fordeling av høyspesialiserte sykehustjenester, herunder lands- og flerregionale funksjoner og kompetansefunksjoner. Videre skal rådet uttale seg om spørsmål av faglig/etisk karakter ved innføring av nye behandlingsmetoder og innhente informasjon fra sykehus og andre relevante organer. Rådet skal ikke uttale seg om prioriteringer i forhold til enkeltpasienter. Rådets uttalelser er offentlige med mindre annet følger av lovbestemt taushetsplikt.

Komiteen vil uttrykke tilfredshet med at det endelig er nedsatt et Nasjonalt råd for prioriteringer og mener dette er et viktig virkemiddel i arbeidet for en bedre helsetjeneste.

Selv om det er enighet om de overordnede kriterier for prioriteringer, vil komiteen peke på at det kan synes som om det ikke alltid er like enkelt å foreta denne prioriteringen i den kliniske hverdagen. Komiteen viser til at psykiatri, geriatri, rehabilitering og smertelindrende behandling er områder som blir underprioritert blant annet på grunn av lav faglig status og manglende kunnskap. Komiteen mener det er viktig å heve den faglige kompetansen gjennom rekruttering slik at de svakeste pasientgruppene kan sikres grunnleggende helse- og sosialtjenester.

Komiteen vil peke på at det er nødvendig å styrke forskningsinnsatsen innen geriatri både med tanke på å forbedre diagnostikk og behandling og for å styrke de fagområdene dette gjelder. Komiteen mener at ett viktig tiltak kan være å opprette et geriatrisk forskningsprogram.

Komiteen vil i denne sammenheng vise til tidskriftet Omsorg nr. 2/2000 hvor professor Peter F. Hjort har skissert hvilke behov det er for forskning i dødspleien, og videre til Høgskolen i Buskerud som nylig har etablert tverrfaglig videreutdanning for lindrende behandling, pleie og omsorg.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere å opprette et geriatrisk forskningsprogram med hovedvekt på anvendt pasientnær forskning i regi av Norges forskningsråd og redegjøre for fremdriften i statsbudsjettet for 2002."

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, mener at geriatrisk forskning må sees i sammenheng med annen klinisk forskning, og viser til Programmet for aldersforskning i Tromsø. Målet har vært å utvikle et produktivt og tverrfaglig forskningsmiljø med høy klinisk kompetanse. Et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet ønsket å videreføre dette programmet ved budsjettbehandlingen for 2001. Dette flertallet styrket bevilgningen og ba Regjeringen om å foreta visse omdisponeringer for å sikre videreføring av programmet på nåværende nivå.

Komiteen legger til grunn at tilgangen på helsetjenester skal være rettferdig og likeverdig fordelt i befolkningen. Imidlertid er ressursene i helsetjenesten begrenset, og det er nødvendig å foreta prioriteringer.

Komiteen vil understreke at helsetjenesten er en stor og komplisert organisasjon i stadig endring og konstant krav om effektivitet. Ny teknologi, press mot rasjonalisering og effektivisering og stadig økende forventninger fører til løpende krav om omstilling og bevisste prioriteringer. For å sikre et medisinsk faglig

grunnlag for prioriteringer når det gjelder retten til nødvendig helsehjelp, mener komiteen det bør opprettes faggrupper som skal gi råd om prioriteringer innen sine fagfelt, og styrke det tverrfaglige, samordnede prioriteringsutvalget som skal gi råd om prioriteringer mellom faggrupper. Komiteen viser til NOU 1997:18 Prioriteringer på ny der det fremgår at forslaget om faggrupper var en forutsetning for arbeidet i det nasjonale prioriteringsutvalget. Videre skal prioriteringsutvalget gi råd til politiske myndigheter om hvilke helsetjenester som skal være det offentliges ansvar, og hvilke tjenester den enkelte delvis eller helt må finansiere selv.

Komiteen vil peke på at en rivende teknologisk utvikling gjør at helsevesenet i dag kan tilby behandling mot sykdommer som tidligere var uhelbredelige. Denne utviklingen vil forsette i et enda raskere tempo.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Høyre, mener at så lenge helsetjenester tilbys gratis av det offentlige, vil etterspørselen være nærmest ubegrenset. Flertallet mener det bør vurderes å innføre graderte egenandeler for enkelte lavt prioriterte helsetjenester, og at moderat bruk av egenandeler ikke kommer i konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene.

Komiteen vil understreke nødvendigheten av å skjerme kronikere og andre med stort behov for helsetjenester gjennom et nytt egenandelstak som dekker utgiftene disse har til helsetjenester og legemidler som i dag ikke dekkes under det ordinære egenandelstaket.

Komiteen viser videre til behandlingen av statsbudsjettet for 2001, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) side 92:

"Komiteen har merket seg at regjeringen Bondevik i statsbudsjettet for 2000 varslet at den ville komme tilbake med analyser og forslag til konkrete tiltak i statsbudsjettet for 2001, og at Statistisk sentralbyrå har utført en kartlegging av omfanget av utgifter til helse- og sosialtjenester i befolkningen, med særlig blick mot utgiftene blant dem som antas å være storforbrukere av disse tjenestene. Komiteen har registrert at Regjeringen finner det komplisert å utforme en målrettet ordning med egenandelstak for tjenester som ikke omfattes av dagens takordning.

Komiteen er enig i dette, og ber om at det gjøres forsøk på å utrede en takordning basert på skjermingsordninger for kronikere og storforbrukere slik Stortinget har bedt om."

Komiteen mener at også de positive økonomiske sidene ved den teknologiske utviklingen må vektlegges. Komiteen anser at utviklingen fører til bruk av nye metoder som kan gjøre det langt billigere å behandle enkelte pasientkategorier og gjøre det mulig å redusere sykefravær og dårligere funksjonsevne gjennom mindre tidkrevende inngrep og inngrep som gir kortere rekonvalesens og kortere behandlingstid i sykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet stiller seg meget skeptiske til det kostandseffektivitetskravet som er lagt inn i prioriteringsskalaen når det gjelder helsetjenester. I en tid med økende knapphet på ressurser i helsevesenet er disse medlemmer engstelige for at nettopp dette kriteriet med kostnadseffektivitetsmål i for mange tilfeller skal bli den avgjørende faktor for hvorvidt en pasient skal få behandling eller ikke. Disse medlemmer vil i alle tilfeller sterkt presisere at det er sykehusene, fagekspertisen, som til enhver tid skal prioritere enkelt-pasienter. Dette skal ikke skje ved politiske eller departementale pålegg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til den nylig vedtatte pasientrettighetsloven hvor tilgang på medisinsk behandling også skal være avhengig av økonomi og kapasitet. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til at Stortinget i november 2000 bevilget ca. 1 mrd. kroner til behandling av norske pasienter i utlandet. Disse medlemmer vil henstille til departementet at de pasienter som venter på behandling på grunn av manglende kapasitet i eget fylke eller i landet generelt, prioriteres når det gjelder bruk av utenlandsmilliarden.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener også at det nasjonale råd for prioriteringer som er nedsatt av departementet, bør fastlegge en øvre tidsgrense for venting på behandling ved norske offentlige sykehus. I dag er ventetiden for behandling ved norske sykehus svært varierende - fra måneder til flere år, og dette mener disse medlemmer ikke kan fortsette. Disse medlemmer mener imidlertid at en vil få en bedre oversikt over listepasienter og ventetid ved en statlig sykehusovertakelse.

Disse medlemmer vil ikke akseptere at det innføres egenandeler på lavt prioriterte helsetjenester. Disse medlemmer mener at egenandelene i helsevesenet i dag allerede er for høye, og nå må betraktes som skatt på sykdom. En videre utvikling av flere egenandeler og høyere egenandeler vil Fremskrittspartiet ikke være med på.

8. KUNNSKAPSGRUNNLAGET FOR HELSETENESTA

8.1 Samandrag

Det blir i meldinga lagt vekt på at kunnskapsgrunnlaget for den norske helsetenesta skal byggje både på tradisjonar og praksis i dei ulike faga og det best mogeleg teoretiske grunnlaget som ein finn til ei kvar tid.

Det blir peika på at det er store utfordringar knytte til å utvikle dialogen mellom pasient og behandlar slik at tiltaka frå helsetenesta si side ikkje berre byggjer på teknisk prega fagkunnskap.

Departementet vil vurdere om det er nødvendig å ta særleg omsyn til forskingsaktivitetar ved utforminga

av reglar og retningslinjer. Målet er å sikre at det samla regelverket for helsetenesta også sikrar pasientar som deltek i klinisk forskning.

Departementet vil ta initiativ for å få formalisert eit nasjonalt nettverk som i samarbeid med utøvarane i helsetenesta kan overvake kunnskapsfronten, leggje fram kliniske retningslinjer med grunnlag i den til ei kvar tid beste kunnskapen og leggje grunnlag for jamlege evalueringar av arbeidsmåtene i helsetenesta.

Uvissa hjå helsepersonell om korleis ein i praksis skal forhalde seg til nye metodar i møtet med den ein-skilde pasienten gjer at Regjeringa vil vurdere om det er behov for å regulere dette området nærare. Det blir uttala at det er viktig at reguleringssystema ikkje tek frå den ein-skilde yrkesutøvaransvaret for sjølv å møte pasienten på ein fagleg forsvarleg og omsorgsfull måte, også ved bruk av nye metodar med uviss verknad.

Det blir vist til at arbeidet til Senter for medisinsk metodevurdering har hatt konkrete følgjer for planlegging og utvikling av helsetenestetilbodet i landet. Departementet ser det som viktig at dette arbeidet blir ført vidare, og at senteret har eit aktivt samarbeid med andre instansar som arbeider med nærliggjande saker.

Departementet vil styrkje samarbeidet mellom ulike offentleg finansierte instansar om å sikre eit forsvarleg kunnskapsgrunnlag for den norske helsetenesta i åra som kjem.

Departementet er klår over at alternative terapiformer er ein del av det offentlege tenestetilbodet i fleire land, og vil ta omsyn til røynslene frå desse landa når ein skal vurdere forsøk med bruk av alternative terapiformer i den norske helsetenesta.

Departementet vil ta eit initiativ for å evaluere den samla produsentuavhengige informasjonen til helsepersonell i Noreg, og deretter vurdere behovet for ei utvida samordning av dei statlege informasjonstiltaka.

8.2 Merknader frå komiteen

Komiteen har merket seg gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten og gir sin tilslutning til de vurderinger som er gitt.

Komiteen vil understreke at kravet om forsvarlig virksomhet står sentralt i den norske helselovgivningen og viser til de nye helsetjenestelovene som ble vedtatt i Stortinget våren 1999. Komiteen viser til at sosialkomiteen i sin innstilling til helsepersonelloven (Innst. O. nr. 58 (1998-1999)) spesielt pekte på at kravet til forsvarlig virksomhet innebærer en plikt for alt helsepersonell til å holde seg til sitt fagområde og ikke gå utover sine faglige kvalifikasjoner av hensyn til trygghet for pasientene.

Når det gjelder forskning, viser komiteen til at det er fastsatt som et krav til spesialisthelsetjenesten gjennom den nye spesialisthelsetjenesteloven. Komiteen viser videre til at det vil være en oppgave for den enkelte virksomhet å sikre at forskningen inngår som en naturlig del av det totale helsetjenestetilbudet.

Komiteen viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000) der det bl.a. heter:

"Det er dessverre et faktum at offentlig støtte til norsk medisinsk klinisk forskning er på et lavmål i forhold til de land det er naturlig å sammenligne seg med. Komiteen mener derfor at en langt større del av bevilgningen til Forskningsrådet bør gå til klinisk forskning, ikke til forskning for å bedre grunnlaget for politikkutforming og nasjonale forvaltningsoppgaver."

Komiteens flertall ba i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) om at det i fremtidige budsjetter må gjøres rede for hva som er tenkt bevilget til klinisk forskning, og hva som går til forvaltning og politikkutforming.

Komiteen vil understreke at en større andel av forskningsmidlene må gå til klinisk forskning.

Komiteen har merket seg arbeidet til Senter for medisinsk metodevurdering og de positive virkninger det har hatt for planlegging og utvikling av helsetjenestetilbudet når det gjelder forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom. Komiteen vil understreke viktigheten av at dette arbeidet videreføres for å kunne sikre et helhetlig system for tidlig vurdering og evaluering av de metodene og tiltakene helsetjenesten tilbyr.

Komiteen viser til at norsk medisinsk forskning ligger tilbake i forhold til våre skandinaviske naboland og de øvrige landene i Europa. Dette gjelder både basisforskning og klinisk forskning. På grunn av manglende ressurser tappes våre forskningsmiljøer for kompetente forskere, og dette er etter komiteens mening bekymringsfullt. Når det gjelder den kliniske forskningen ved våre offentlige sykehus, er den lite koordinert, og forskningen foregår ofte ved hjelp av ekstrainsats på fritid fra klinikere. Samarbeid mellom farmasøytisk industri og klinisk forskning er mindre utviklet enn i Sverige og Danmark, og dette gir mindre midler til klinisk forskning enn det man opplever i disse landene. I tillegg gir det den negative effekt at det ikke etableres næringsvirksomhet innen den farmasøytiske industri i Norge og den lille industrien vi har, har en tendens til å flytte ut av landet. Komiteen mener at et samarbeid med den farmasøytiske industri for å få tilført midler til klinisk forskning vil komme pasientene til gode.

9. HELSETENESTA OG FORHOLDET TIL ALTERNATIV MEDISIN

9.1 Samandrag

For Regjeringa er det vesentleg å medverke til auka vitenskapleg innsikt i dei grunnleggjande kroppslege, mentale og kulturelle prinsippa som alternative utøvarar byggjer verksemda si på. Sosial- og helsedepartementet og Noregs forskingsråd har difor sett i verk eit program for forskning innanfor alternativ medisin i Noreg som vil bli følgt opp i åra som kjem.

I 1997 blei det oppnemnd eit utval for å kome med ei utgreiing kring ulike sider ved alternativ medisin i Noreg. Dette utvalet la fram NOU 1998:21 Alternativ medisin i desember 1998.

Departementet stør hovuddraga i dei vurderingane som utvalet har gjeve til kjenne, og uttaler at det er eit viktig prinsipp at pasientane sjølve skal ha fridom til sjølv å velje mellom ulike helsetenester, også utanfor det som tradisjonelt har vore ein del av den norske helsetenesta.

Departementet vil fremje kontakten mellom dei alternativ medisinske miljøa og helsestyremaktene, m.a. gjennom ei kontaktgruppe for alternativ medisin.

9.2 Merknader frå komiteen

Komiteen viser til at Stortinget ved flere anledningar har pekt på at alternativ medisin har fått stor utbredelse i samfunnet, og at mange som benytter seg av alternativ medisin, har fått god hjelp. Det er behov for en gjennomgang av en rekke forhold som er knyttet til hvilken plass alternativ medisin og alternative behandlingsformer bør ha innenfor den tradisjonelle helsetjenesten. Komiteen har tidligere uttalt at det er viktig å skille mellom seriøs og useriøs behandling, og har tidligere bedt om at arbeidet med å dokumentere effekten av ulike former for alternativ medisin blir intensivert. Komiteen er derfor tilfreds med at departementet og Norges forskningsråd har satt i gang et program for forskning innen alternativ medisin.

Komiteen viser til Aarbakke-utvalgets innstilling om alternative behandlingsformer.

Komiteen mener det er en rekke spørsmål som må avklares, og fremmer på den bakgrunn følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge fram en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002."

Komiteen viser til at forskningsprogrammet for alternativ medisin fra 1. januar 2001 er slått sammen med programmet for pasientnær klinisk forskning. Sammenslåingen er nyttig for å skape felles arenaer for denne forskningen og skolemedisinen.

10. UTFORMINGA AV HELSETENESTA

10.1 Samandrag

Det blir vist til at NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge syner at det gjennomgåande er stor mangel på kunnskap om og manglande integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikken og i helsetenesta, og departementet meiner det difor er nødvendig å skape strukturar, rutinar og reiskapar som kan sikre at ein tek omsyn til kjønnspektivet. Eit fagråd for kvinnehelse oppretta av Statens helsetilsyn vil vere eit sentralt verkemiddel i dette arbeidet. Kjønnspektivet vil også bli lagt til grunn og få særleg merksemd i den komande stortingsmeldinga om folkehelsearbeidet.

Det blir uttala at det geriatriske tenestetilbodet framleis er for lågt prioritert i den norske helsetenesta, og at det er eit godt stykke att før ein kan seie at verdigrunn-

laget for helsetenesta slik det er skissert i meldinga, er blitt ein realitet for eldre i Noreg.

Departementet vil arbeide særleg med tiltak som kan sikre innhaldet i legetenesta i sjukeheimar og andre heildøgns omsorgstilbod ved innføringa av fastlegeordninga.

Det blir peika på at sjukeheimane i større og større grad fungerer som sjukestover og tek imot pasientar som berre for få år sidan ville blitt lagt inn i sjukehus. Regjeringa meiner at dette er ei rett utvikling.

Det blir lagt vekt på at ei forsvarleg helseteneste må vere i stand til å ta omsyn til kulturelle vilkår i møte med einskildmenneske og ved utforminga av tenestetilbodet. Verdshelseorganisasjonen skal utarbeide ein handlingsplan for helsa til urfolka. I samband med dette vil Noreg vere ein aktiv deltakar, og Sametinget vil bli trekt med i dette arbeidet.

Departementet meiner det er store utfordringar knytte til utdanningsopplegga for helsepersonell for å sikre kunnskapar om særlege forhold ved funksjonshemjingar av ulike typar og sjukdom, og ser det som viktig at driftsformer og prosedyrar er slik at menneske med ulike funksjonshemjingar kan oppleve eit verdig møte med helsetenesta og helsepersonellet.

Departementet meiner at opplæring og trening i å byggje tenesteytinga på verdiane i helsetenesta ikkje i første rekkje handlar om å leggje til nye fag i studieplanar som alt er ganske omfattande, men at det er viktigare at lærarane er i stand til å trekkje fram etiske dilemma og analysere desse ut frå dei gjeldande verdiane.

Eit anna moment som departementet meiner må gjevast særleg merksemd dei komande åra, er utfordringane ved introduksjon av ny teknologi og behovet for å justere tradisjonell praksis.

Regjeringa vil arbeide for at grunn-, vidare- og etterutdanningar for helsepersonell i større grad enn i dag gjev innsikt i tverrfagleg arbeid og dei verdiane helsetenesta byggjer på, irekna menneskerettsspørsmål.

Det blir uttala at når det gjeld spesialistutdanninga for legar, vil det for ei rekkje spesialitetar vere aktuelt å sjå på korleis dei møter krava frå ein aldrande populasjon og auka rusmiddelbruk i samfunnet. Alle spesialitetar som møter døyande menneske må gå gjennom korleis dei kvalifiserer kandidatane til å møte utfordringar på dette området. For alle utdanningar er det aktuelt å sjå nærare på kva skilnader i utfordringar faget har i møte med kvinner og menn, både i rollene som pasientar, pårørande og også som utøvarar i faget.

Regjeringa meiner at tida no er inne for ytterlegare å sikre innhaldet i tenestene, og at dei maktar å oppnå ønskte resultat, og tek sikte på å følgje opp den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i form av eit nasjonalt program for prioritering og kvalitetsarbeid i helsetenesta.

Det blir uttala at det er naudsynt å sørgje for informasjon til befolkninga, politikarane og administrasjonen om ulike sider ved kvaliteten i sjukehusa. For å få dette til vil departementet gjere offentleg kjent visse indika-

torar for kvalitet i sjukehusa i samband med den vanlege offentlege statistikken om verksemda i sjukehusa.

Helsetilsynet har sett ned ei arbeidsgruppe som skal sjå nærare på korleis ein kan få etablert eit landsdekkjande nett av eksisterande og nye kvalitetsregister på dei viktigaste medisinske fagfelta i Noreg. Målet er at alle viktige fagområde skal få kvalitetsregister som omfattar viktige område ved verksemda.

Regjeringa arbeider for at alle offentlege instansar skal kunne gje nærare opplysningar om innhaldet i dei tenestene som blir gjevne, og uttaler at dette også må gjelde helsetenestetilbodet.

Departementet vil at det skal gjerast periodiske brukundersøkingar ved alle sjukehusa i landet, og at resultatane frå desse skal bli gjort ope tilgjengelege. Departementet reknar med at dei ulike sjukehusa nyttar desse resultatane aktivt i kvalitetsutviklinga si. Departementet ser det som naturleg at ein årsrapport frå verksemdar og einingar i helsetenesta også omfattar problemstillingar knytte til faglege og etiske forhold i tillegg til vanlege kvantitets- og økonomidata.

Departementet vil sjå nærare på korleis tilsynsetaten gjennom verksemda si kan følgje med på korleis tenesteytarane ivaretek behova for helsetenester i befolkninga.

Regjeringa vil gje helsetenestetiltak høg prioritet i bistandsarbeidet fordi tilgang til forsvarlege helsetenester er mellom dei sentrale menneskerettane.

10.2 Merknader frå komiteen

Komiteen viser til at det er stor mangel på kunnskap om og manglende integrering av kjønns- og aldersperspektivet i helsepolitikken og helsetjenesten. Komiteen har merket seg at Statens helsetilsyn har oppretta et fagråd for kvinnehelse som vil være et sentralt virkemiddel i dette arbeidet.

Komiteen vil understreke behovet for å fremme likestilling innen helsetjenester for kvinner og menn. Kunnskapene innen helsetjenesten tar i altfor stor grad utgangspunkt i menns fysiologi og livsløp. Komiteen vil derfor peke på viktigheten av at Regjeringen gjennom en stortingsmelding følger opp NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge.

Komiteen viser videre til at det geriatrike tjenestetilbudet i praksis er lavt prioritert i den norske helsetjenesten. Komiteen har imidlertid merket seg at det femårige geriatriprogrammet har ført til økt innsats og etablering av egne behandlingssenheter ved regionsykehusene, men at det ikke er tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig tjeneste.

Komiteen er svært bekymret over manglende rekruttering av kvalifisert personell til eldreomsorgen og mangelen på legespesialister i geriatri. Komiteen viser til at det bare er 230 leger ved sykehjemmene mot 6 606 leger ved de somatiske sykehusene. Komiteen ber Regjeringen sørge for at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling tar spesielt hen-

syn til dette forholdet, og ber Regjeringen redegjøre for utviklingen i rekrutteringen innen feltet.

Komiteen viser til at forhold som er knyttet til helse og sykdom, kan bli oppfattet forskjellig i ulike kulturer, og at kunnskapen om andre kulturer i helsetjenesten ofte er mangelfull. Komiteen mener at en forsvarlig og god helsetjeneste må ta hensyn til kulturelle forhold i møte med det enkelte mennesket og ved utforming av helsetjenestetilbudet.

Komiteen viser til at helsetjenesten i kommunene i større grad enn før må ta ansvar for helsetjenestetilbudet til pasienter som tidligere hadde egne helsetilbud, eller som fikk et tilbud ved sykehus. Dette gjelder blant annet mennesker med psykisk utviklingshemning, pasienter med alvorlige psykiske sykdommer og alvorlig kreftsyke. Komiteen viser også til at det ikke er uvanlig at pasienter som trenger respirator- eller dialysebehandling, får dette i eget hjem. Komiteen ser dette som en positiv utvikling i samsvar med verdigrunnlaget for helsetjenesten. Komiteen er opptatt av at også alvorlig syke kan være i sitt nærmiljø og så langt det er mulig ha et tilnærmet normalt liv. Komiteen er enig i at det er viktig at driftsformer og prosedyrer er slik at mennesker med ulike funksjonshemninger kan oppleve et verdig møte med helsetjenesten og helsepersonellet.

Komiteen vil understreke at det er nødvendig å gjennomgå innholdet i helseutdanningene for å sikre at det samsvarer med behovet i helsetjenesten og utviklingen i samfunnet.

Komiteen vil peke på at kjønnsperspektivet, aldersendringene i befolkningen og utfordringene knyttet til rusmiddelbruk må få større oppmerksomhet i helseutdanningene enn hva som er tilfelle i dag.

Når det gjelder organisering og finansiering av sykehustjenestene, vil komiteen vise til at Regjeringen har varslet en sak til Stortinget i april 2001 om statlig overtagelse av sykehusene, og komiteen vil komme tilbake til disse spørsmålene i den forbindelse.

Komiteen vil understreke viktigheten av å sikre kvaliteten i helsetjenestene og at det er nødvendig å knytte kvalitetsarbeidet opp til det faglige utviklingsarbeidet og prioriteringene av helsetjenester. Komiteen er derfor tilfreds med at departementet vil utvikle en nasjonal strategi for kvalitetsutviklingen i helsetjenesten gjennom bl.a. å etablere et kvalitetsregister.

Komiteen har merket seg at Statens helsetilsyn har utarbeidet en veileder i kvalitetsarbeid, og komiteen ser dette som et viktig ledd i arbeidet med sikre kvaliteten av faglige prosesser og prosedyrer.

Komiteen har videre merket seg at Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund har startet opp et arbeid med å utvikle nasjonale indikatorer for kvaliteten på sykehusbehandling. Denne informasjonen skal være offentlig tilgjengelig sammen med statistikk om aktivitet, ressursbruk og ventelister i SAMDATA-rapportene og annen offentlig statistikk. Komiteen mener dette er viktig informasjon som kan benyttes av fagmiljøene til fors-

kning, evaluering og sammenligninger (benchmarking) og av politikere og administrasjon i arbeidet med å kvalitetssikre og utvikle bedre helsetjenester.

Komiteen viser til at det i statsbudsjettet for 2000 ble bevilget midler til arbeidet med medisinsk kvalitetsregister, og at Helsetilsynet har startet opp dette arbeidet.

Komiteen viser til at pasientene har en forskriftsfestet rett til å få informasjon om ventetider ved behandling av tilstander som er dekket av ventetidsforskriftene. Komiteen er enig i at det skal gis opplysninger om helsetjenestetilbudet, og at det gjennomføres brukerundersøkelser ved alle sykehusene. Resultatene må bli gjort tilgjengelig for befolkningen. Komiteen mener at informasjon om resultatene i helsetjenesten vil være en forutsetning for at brukerne skal kunne velge mellom de ulike tilbud. Komiteen vil understreke at brukerinteresser og erfaringer fra pasienter og pårørende må tas med ved planlegging og gjennomføring av helsetjenestene, og at brukerverkning er viktig i arbeidet med å sikre kvaliteten.

Når det gjelder beredskapsordningene, vil komiteen vise til Stortingets behandling av Innst. O. nr. 79 (1999-2000) Lov om helsemessig- og sosial beredskap.

Komiteen viser til Regjeringens gjennomgang av internasjonalt arbeid og er enig i at det i utgangspunktet er de samme verdiene som ligger til grunn for den helsemessige bistanden og den norske helsetjenesten. Komiteen viser til at forsvarlige helsetjenester er en av de sentrale menneskerettighetene, og komiteen er enig i at helsetjenestetiltak gis høy prioritet i bistandsarbeidet.

Komiteen har merket seg departementets gjennomgang av tilsynsordningene og har ingen merknader utover dette.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at det nedsatte departementale rådet for legefordeling de seneste par år har vært altfor restriktive når det gjelder å tildele spesialisthjerner til de offentlige sykehus fordi en med dette skulle sikre flere og tilstrekkelig antall leger til fastlegeordningen. Dette mener disse medlemmer er en gal politikk, og flere sykehus har i dag store problemer når det gjelder å utnytte medisinsk-teknisk utstyr av mangel på spesialister. Disse medlemmer forutsetter at med statlig overtagelse av sykehusene og når de enkelte sykehus blir selvstendige juridiske enheter, må de stå fritt til å tilsette den legekspertise de til enhver tid har behov for.

Disse medlemmer viser til at Aricept til bruk for alzheimerpasienter ennå ikke er overført til den vanlige blåreseptordningen. Dette skaper mange praktiske problemer for de pasientene som har fått forskrevet midlet, og egenandelen er spesielt høy for inngangen til bruk av disse medisinene. Selv etter ca. to år med refusjonsmulighet for Aricept er det kun 2 000-3 000 pasi-

enter som i dag bruker medikamentet, mens behovet skulle tilsi ca. 7 000 pasienter. Disse medlemmer kan ikke se bort fra at årsaken til at så få pasienter bruker Aricept som har vist seg å være av stor nytteverdi for mange, skyldes at man ikke har en ordinær blåreseptordning for Aricept. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at godkjent medisin for Alzheimers sykdom, som eksempelvis Aricept, overføres til den vanlige blåreseptordningen fra 1. januar 2002."

Disse medlemmer viser til at Norge i 2000 hadde 327 overdosedødsfall, fortrinnsvis blant unge mennesker. Dette der det høyeste antall overdosedødsfall i henhold til befolkningsstørrelsen i hele Europa. Det er for disse medlemmer helt uakseptabelt at Norge skal ligge på europatoppen når det gjelder overdosedødsfall, når vi samtidig har botemiddel for å rette på dette ved bruk av mer medikamentell assistert behandling av de narkomane. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til Stortingets tidligere vedtak om at spesialister i allmennmedisin skulle få rett til å foreta medikamentassistert behandling av stoffmisbrukere. Disse medlemmer viser også til at andre tiltak må settes i verk for å redusere overdosedødsfallene. Eksempelvis mener disse medlemmer at man må igangsette et prøveprosjekt med sprøyterom i våre større byer og tettsteder. Dette har man gjort i Frankfurt med meget godt resultat, og for å redde flest mulig menneskeliv bør også dette forsøket være prøvd i Norge. Disse medlemmer vil også i forbindelse med behandling av proposisjonen om statlig sykehusovertagelse fremme forslag om at rusomsorgen skal bli et ansvar for helsevesenet, idet disse medlemmer mener at det i seg selv vil gi større behandlingsprestisje for vårt helsepersonell. I tillegg må det etableres refusjonsordninger fra Rikstrykdeverket slik at allmennlegene også får betalt for sitt behandlings- og rehabiliteringsarbeid med narkomane. Disse medlemmer mener det er særdeles viktig at de knappe ressurser en har til rådighet i rusomsorgen, fortrinnsvis og i det vesentligste må brukes på gateplan i forhold til stoffmisbrukerne, og igjen vil disse medlemmer henstille til departementet å gå inn og evaluere ressursbruken ved Mario Metadonsenter på Ullevål.

Komiteen viser til at Regjeringen arbeider med en handlingsplan for rusomsorgen.

11. ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE FØLGJER

11.1 Samandrag

Tiltaka som er føreslegne i meldinga pålegg ikkje staten, kommunane eller fylkeskommunane oppgaver eller plikter ut over det som alt ligg i gjeldande lovgje-

ving eller som likevel må gjennomførast som oppfølging av den nye helsetenestelovgjevinga.

Fleire av tiltaka som blir drøfta som oppfølging av NOU 1999:2 Livshjelp, er av ein slik art at det er naturleg å følgje dei opp ved seinare budsjettframlegg overfor Stortinget.

Framlegget om oppretting av kliniske etikk-komitear ved dei større sjukehusa, er så marginalt ressurskrevjande at departementet reknar med at dei sjukehusa det gjeld over ei viss tid vil kunne finne rom for dette som del av den vanlege organisasjonsutviklinga. Framlegget om oppretting av eit sentralt samordningsorgan for dei kliniske etikk-komiteane vil krevje noko ekstra utlegg for departementet.

Framlegget om eit nasjonalt prioriteringssystem vil føre til visse endringar i rådsorganiseringa kring Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. Desse endringane kan gjennomførast ved omdispensering av ressursane som er tilgjengelege. Det blir uttala at ei nærare kopling mellom prioriterings- og kvalitetsarbeidet vil vere kostnadssparande og effektivitetsaukande for helsetenesta samla sett.

12. FORSLAG FRÅ MINDRETAL

12.1 Forslag frå Framstegspartiet:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at godkjent medisin for Alzheimers sykdom, som eksempelvis Aricept, overføres til den vanlige blåreseptordningen fra 1. januar 2002.

13. TILRÅDING FRÅ KOMITEEN

Komiteen viser til meldingen og det som står foran, og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber Regjeringen redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.

II

Stortinget ber Regjeringen vurdere å opprette et geriatrisk forskningsprogram med hovedvekt på anvendt pasientnær forskning i regi av Norges forskningsråd og redegjøre for fremdriften i statsbudsjettet for 2002.

III

Stortinget ber Regjeringen legge fram en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002.

IV

St.meld. nr. 26 (1999-2000) - Om verdier for den norske helsetenesta - vedlegges protokollen.

Oslo, i sosialkomiteen, den 13. mars 2001

John I. Alvheim
leiar

Sonja Irene Sjøli
ordførar

Are Næss
sekretær