



Innst. 422 S

(2010–2011)

**Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen**

Meld. St. 16 (2010–2011)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om
Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)**

Innhold

		Side			Side
1	Sammendrag	5	2.5.2	Regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	34
1.1	Innledning	5	2.5.3	Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus	35
1.2	Helhet og sammenheng	5	2.5.4	Psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige	36
1.3	Folkehelse	6	2.5.5	Prehospitaltjenester	36
1.4	Framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste	7	2.5.6	Tilgjengelighet, fristbrudd og prioritering	37
1.5	Framtidens spesialisthelsetjeneste	8	2.5.7	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	38
1.6	Framtidens pasient- og brukerrolle	9	2.6	Framtidens pasient- og brukerrolle	38
1.7	Kvalitet og kunnskap	9	2.7	Kvalitet og kunnskap	40
1.8	Personell	10	2.7.1	Kvalitet og læringskultur	40
1.9	Økonomiske og administrative konsekvenser	10	2.7.2	Pasientsikkerhet	41
2.	Komiteens merknader	10	2.7.3	Kunnskapsutvikling	41
2.1	Generelle merknader	10	2.7.4	Forskning og innovasjon	41
2.2	Helhet og sammenheng	12	2.7.5	IKT, e-helse og personvern	42
2.3	Folkehelse	14	2.7.6	Legemidler	43
2.4	Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester	20	2.8	Personell	43
2.4.1	Legetjenester i kommunene	23	2.8.1	Utdanning og rekruttering	44
2.4.2	Kommunal legevaktstjeneste	24	2.8.2	Ledelse og arbeidsmiljø	45
2.4.3	Pleie- og omsorgstjenester	24	2.9	Økonomiske og administrative konsekvenser	46
2.4.4	Psykisk helse	28	3.	Forslag fra mindretall	47
2.4.5	Rehabilitering og habilitering	28	4.	Komiteens tilråding	47
2.4.6	Tannhelsetjenesten	30			
2.5	Framtidens spesialisthelsetjeneste	32			
2.5.1	Ny kunnskap og teknologi	34			



Innst. 422 S

(2010–2011)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 16 (2010–2011)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

Til Stortinget

1 Sammendrag

1.1 Innledning

Regjeringens utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Målet er at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det framholdes at en trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Målet er flest mulig gode leveår for alle og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. Regjeringen vil videreutvikle helsetjenestene og vil at de skal være effektive, trygge og tilgjengelige innen akseptable ventetider.

Det understrekes at endringer i helsetrusler, sykdomsmønster og utviklingen i medisinsk diagnostikk og behandling fordrer endringer også i helse- og omsorgstjenestene.

For å bedre helsetilbudet nær der folk bor skal en større del av veksten i helsebudsjettene framover komme i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats så tidlig som mulig. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten videreutvikles.

1.2 Helhet og sammenheng

Det understrekes at det trengs en helhetlig tenkning om hvordan framtidens helse- og omsorgstjeneste og folkehelsearbeid skal formes for å bedre folkehelsen og sikre en bærekraftig utvikling.

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.

Det framholdes at en vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reformen skal gjennomføres over tid fra 1. januar 2012. For å nå målene i reformen mener regjeringen at det er nødvendig med et bredt sett av virkemidler:

- Rettslige virkemidler inkluderer lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Økonomiske virkemidler skal understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kvalitativt gode og kostnadseffektive løsninger, og sikre finansiering av nye oppgaver for kommunene.

- Faglige virkemidler skal bidra til å endre praksis i tjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det blir nødvendig med nye kompetansekrav. Utdanning og opplæring av personell skal tilpasses målene i samhandlingsreformen. Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Organisatoriske virkemidler skal bidra til mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling og må utvikles både lokalt og nasjonalt.

Det understrekes at i planlegging, organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbaserte normer og standarder avgjørende for god kvalitet.

Det skal utvikles kvalitetsindikatorer til bruk i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Erfaringer fra brukere og pårørende skal tillegges betydelig vekt.

For gjennomføring av samhandlingsreformen skal det etableres et fireårig prosjekt i Helse- og omsorgsdepartementet for planperioden 2011–2015. Departementet skal utarbeide en gjennomføringsplan med milepæler for de ulike virkemidlene i reformen.

1.3 Folkehelse

Regjeringen vil styrke arbeidet med å fremme god helse i befolkningen, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Det framholdes at samfunnet har et ansvar for å sikre gode oppvekstvilkår og tilrettelegge for en helsefremmende livsstil, slik at det blir enkelt å ta sunne valg i barnehagen, i skolen, i fritiden og på arbeidsplassen.

Regjeringen vil ha et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på tvers av sektorer, nasjonalt, regionalt og lokalt. Dagens strategier og handlingsplaner og de som blir utarbeidet i perioden, skal knyttes sammen i en tverrdepartemental folkehelsestrategi, som skal være ferdig i 2012.

Det understrekes at frivillige organisasjoner er sentrale aktører i folkehelsearbeidet, blant annet ved å tilby meningsfylt aktivitet, sosiale fellesskap og tilhørighet.

Regjeringens overordnede mål for folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Det understrekes at kommunene og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid.

Regjeringen vil gjennom folkehelseloven utvikle folkehelsearbeidet på kommunalt, regionalt og statlig nivå, blant annet ved å legge til rette for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Det skal tas utgangspunkt i regionale og lokale helseutfordringer, innsatsen skal skje i alle sektorer og være forankret i plan-systemet etter plan- og bygningsloven. Regjeringen vil utarbeide en gjennomføringsplan for folkehelse-

loven som skal omfatte økonomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunnlag og kompetanse på alle nivåer og i flere sektorer, samt metoder og standarder for godt folkehelsearbeid og effektive tiltak, blant annet basert på helseøkonomiske analyser.

Regjeringen vil lovfeste en prinsippbestemmelse om at statlige myndigheter der det er relevant, skal vurdere hva slags konsekvenser ulike forslag til tiltak vil ha for befolkningens helse.

Regjeringen vil tilstrebe at offentlig informasjon i større grad tilpasses forskjellige målgrupper og tilrettelegges med tanke på kjønn, alder, innvandrergupper, og grupper med risikoatferd.

Regjeringen vil tilrettelegge for at det skal være lettere å leve sunt og bidra til utjevning av sosiale forskjeller i helseatferd. Det skal utarbeides måltall for helseatferd og risikofaktorer som henger sammen med de nasjonale helseutfordringene. Det uttales at det vil være behov for data over helsetilstand og helseatferd i befolkningen og faktorer som påvirker dette. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskafer (2009–2014), skal gjennomføres videre, og det skal utarbeides veiledningsmaterieell om skade- og ulykkesforebygging i kommunene.

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) skal gjennomføres og evalueres. Ny strategi for tobakksforebygging skal ferdigstilles i løpet av 2011. Handlingsplan for økt fysisk aktivitet (2005–2009) er anbefalt videreført med sterkere virkemidler. Regjeringen prioriterer bygging av gang- og sykkelanlegg gjennom Nasjonal Transportplan (2010–2019). St.meld. nr. 26 (2006–2007) Regjeringens miljøpolitikk og rikets miljøtilstand skal følges opp med en handlingsplan for lokal luftkvalitet. Strategi for å redusere radoneksponering (2009–2014) skal følges opp. Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken der forebygging vil være et sentralt tema. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse (2007–2016) og Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008–2012) skal følges opp.

Regjeringen vil i 2011 legge fram en stortingsmelding om landbruks- og matpolitikken. Den vil videreføre dialogen med matvarebransjen og matprodusentene for å stimulere til produktutvikling og tilgang til sunne matvarer og måltider. Det vil bli arbeidet videre med økonomiske virkemidler som kan fremme sunne valg og begrense usunne levevaner.

Regjeringen vil gjøre det enklere for offentlig og frivillig sektor å samhandle og vil dreie støtten over fra prosjektmidler til frie midler. Regjeringen vil utvide ordningen med frivillighetssentraler og sikre gode støtteordninger til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner.

Regjeringen vil at barnehager og skoler skal inkludere helsefremmende faktorer i sin virksomhet.

Regjeringen vil ha særlig oppmerksomhet på tilsynet med drikkevannsanlegg. Det skal foreligge oppdaterte beredskapsplaner, og overvåkingen av smittsomme sykdommer skal vedlikeholdes og videreutvikles. Tiltakene i Nasjonal hiv-strategi (2009–2014) og i Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012) skal følges opp.

Regjeringen vil bidra til et inkluderende arbeidsliv som skal få flere mennesker i arbeid og aktivitet og færre på stønad. Regjeringen vil i 2011 legge fram en stortingsmelding om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet. Samarbeidsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv videreføres ut 2013. Myndigheter og berørte fagmiljøer samarbeider om veiledere for sykmeldere som skal bidra til å sikre enhetlig praksis.

1.4 Framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Det framholdes at kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Kommunene skal sørge for at helhetlige pasientforløp kan ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging. Det understrekes at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet.

Veksten i legetjenesten i årene framover skal i hovedsak komme i kommunene. Allmennlegetjenesten skal i større grad ta del i det individrettede forebyggende arbeidet. Regjeringen vil legge til rette for at allmennleger i større grad kan ha fast lønn med mulighet for å gå over til næringsdrift, der kommune og lege er enige om dette. Legevaktjenesten skal videreutvikles, og fastlegenes ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne pasienter skal tydeliggjøres. De overordnede rammebetingelsene for fastlegeordningen skal ligge fast, men ordningen skal utvikles på en del områder som er viktige i samhandlingsreformen. Stat og kommune skal få bedre styringsmuligheter for å sikre god kvalitet slik at innsatsen er i tråd med nasjonale og lokale prioriteringer. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Målet er at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til listepasientene og i større grad deltar i annet allmennlegearbeid. Fastlegeforskriften skal revideres. Det skal innføres nasjo-

nale kvalitets- og funksjonskrav med rapporteringskrav.

For å møte framtidens utfordringer på omsorgsfeltet arbeides det videre med Omsorgsplan 2015. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015 og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Regjeringen har som mål å etablere 12 000 årsverk i omsorgstjenestene i perioden 2008–2015.

Verdighet skal presiseres som en del av forsvarlighetskravet. Det skal arbeides for bedre samhandling og medisinsk oppfølging og styrket innsats innen lindrende behandling.

Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015. Det understrekes at for å nå dette målet, må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å få nødvendig hjelp i eget hjem, og de som trenger heldøgns omsorgstilbud, kan få dette. Regjeringen har som mål å lovfeste en plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut.

Regjeringen har forlenget Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010) med to år fram til 2012 og vil legge fram en stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.

Regjeringen har som mål at det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet, og kommunene skal ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering.. Helsedirektoratet skal gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Avtaler mellom helseforetak og kommuner skal legge til rette for gode forløp for habiliterings- og rehabiliteringspasienter. Det skal vurderes hvordan de økonomiske virkemidlene kan innrettes for å stimulere til ønsket faglig utvikling, herunder om deler av kapasiteten i de private opptreningsinstitusjonene skal knyttes nærmere til kommunene. Økt vekt på brukerinnflytelse, krav til personlig koordinator, individuell plan og krav til planlagte behandlingsskjeder skal legge til rette for økt satsing på habilitering og rehabilitering for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet.

Forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten skal økes. Medisinsk teknologi, velferdsteknologi og nye innovative løsninger skal utvikles og tas i bruk.

Det framholdes at det skal være god tilgjengelighet til tannhelsetjenester, og at sosial ulikhet i tannhelse skal reduseres. Det offentlige tilbudet skal i større grad, innrettes mot dem som trenger det mest. Regjeringen vil utrede ulike modeller for et tak for utgifter til tannhelsetjenester.

1.5 Framtidens spesialisthelsetjeneste

Det framholdes at spesialisthelsetjenesten må videreutvikles for å møte framtidens utfordringer, og at nye metoder kan innebære at flere tjenester kan desentraliseres, mens andre tilbud vil kreve ytterligere spesialisering. Teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevede utstyr. Det påpekes at spesialisthelsetjenesten må legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemer i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor, at spesialisthelsetjenesten må utvikle tilbudene i dialog med kommunene, og at kommunene må samarbeide.

Summen av rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler skal føre til at spesialisthelsetjenesten får en tydeligere rolle i å støtte kommunene. Det skal skje gjennom veiledning, opplæring, tilgjengelighet og ved å opprette nye tiltak og tjenester.

De regionale helseforetakene skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk. Helseforetaksmodellen skal videreføres. På grunnlag av de erfaringene som er gjort med helseforetaksmodellen til nå, vil det bli gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen, og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at en framtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Målet er å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet. For å sikre god kompetanse og robusthet i alle ledd i tjenesten, er det nødvendig å etablere og tydeliggjøre en faglig nettverksfunksjon i helseforetakene. Det innebærer at alle enheter har felles faglig ansvar for det samlede tilbudet innenfor de enkelte fagområdene, og at fagressursene på de ulike områdene ses i sammenheng.

Det understrekes at lokalsykehuset som nærmeste sykehusstilbud skal ha en tydelig plass i behandlingsskjeder der de bidrar til god og helhetlig behandling. Det framholdes at krav til innhold i lokalsykehus bør ta utgangspunkt i bredden av tilbud lokalsykehuset gir til befolkningen. Det uttales at det skal stilles samme krav til lokalsykehus som til større sykehus når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Regjeringen foreslår at lokalsykehus minst skal inneholde følgende:

- Tilbud om døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten
- Et bredt tilbud av dagtjenester, for eksempel dagkirurgi, nevrologi, øye- og øre-nese-hals-sykdommer, barnesykdommer, hudsykdommer, revmatiske sykdommer, kreftsykdommer, gynekologi og jordmortjenester, samt lærings- og mestringsaktiviteter
- Tilgang til nødvendig kompetanse for rask og effektiv diagnostikk og med diagnostisk utstyr som radiologi og laboratorietjenester tilgjengelig, som hovedregel på døgnbasis
- Akuttfunksjoner tilpasset befolkningsstørrelsen i opptaksområdet, avstander, kommunikasjoner og lokale forhold, herunder samarbeid med kommuner om legevakt og felles akuttmottak
- Kompetanse til å ta hånd om og stabilisere og/eller videretransportere pasienter som henvises til sykehuset med akutte lidelser, og til å bidra til riktige behandlingsforløp
- Indremedisinsk akuttberedskap og kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis.

Det skal iverksettes et arbeid for å fastsette minstekrav til hva som kan anses som sykehus.

Regjeringen mener at nærhet til føde- og barselomsorg er viktig. Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen omfatter krav til organisering, kompetanse og seleksjon av fødende, system for oppfølging av kravene, og krav til informasjon og kommunikasjon. Det uttales at oppfølging av disse kravene vil måtte skje som utviklingspregede prosesser som går over tid, og at ulike lokale forhold vil skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene. Kravene til kvalitet, herunder pasientsikkerhet, skal være de samme over hele landet. Det uttales at lokalsykehus med lang avstand til fødeavdeling, hvor det ikke er aktuelt med fødeavdeling eller fødestue, som minimum skal ha tilgjengelig jordmortjeneste på døgnbasis for følgetjeneste, samt et barseltilbud. Disse sykehusene skal ha mulighet for å forløse lokalt når fødselen er langt framskredet, gynekologtilbud på dagtid samt tilgjengelig bil- og luftambulansse.

Det framholdes at omstillingsprosessen innen psykisk helsevern må fullføres for å sikre bedre tilgjengelighet til tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå. Bruken av tvang i psykisk helsevern skal reduseres.

I tråd med målene i samhandlingsreformen mener regjeringen det bør utvikles mer lokalbaserte tjenester for rusmiddelavhengige, og at det i tillegg vil være nødvendig at strukturen og organiseringen av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i større grad tilpasses strukturen og organiseringen av tjenestene i den øvrige spesialisthelsetjenesten – i første rekke det psykiske helsevernet.

Det understrekes at kommuner og helseforetak i større grad må samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenestene for å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud av god kvalitet. Regjeringen ønsker å sikre befolkningen likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten.

Det påpekes at mange pasienter opplever lange ventetider før de får behandling. Aktuelle tiltak for å redusere ventetiden kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører, der dette er kostnadseffektivt. Fra 2011 stiller departementet krav om månedlig rapportering og oppfølging av ventelistetall, basert på tall fra Norsk pasientregister. Det uttales at fristbrudd for rettighetspasienter ikke kan aksepteres.

Det forutsettes at regionale helseforetak gjennomfører eksterne evalueringer av sine anskaffelser. Evalueringene skal blant annet omfatte konsekvenser for pasienttilbudet når det gjelder kontinuitet, geografisk tilgjengelighet, bredde, mangfold og evne til fornyelse og utvikling.

1.6 Framtidens pasient- og brukerrolle

Det framholdes at i framtidens helse- og omsorgstjeneste vil pasienter og brukere få en tydeligere rolle, og det understrekes at brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukeres rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging og utredninger og når beslutninger tas. Brukerne skal delta mer aktivt i utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og handlingsplaner. Regjeringen er oppatt av at spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten skal være tilpasset brukernes behov språklig og kulturelt. En nasjonal helseportal med informasjon om helse, tjenestetilbud, rettigheter og støtteordninger skal etableres i 2011.

Departementet mener at ordningen med brukerstyrt personlig assistanse bør bygges ut og vil framover legge til rette for at kommunene kan bygge ut dette tilbudet videre.

Det skal legges til rette for at pårørende skal kunne kombinere omsorgsarbeid med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene skal være mer likt fordelt

mellom menn og kvinner. Det uttales at pårørende også må bli hørt når det gjelder egne behov.

Regjeringen mener at frivillig sektor er en viktig samarbeidsaktør i folkehelsearbeidet, og at friske pensjonister er en uutnyttet ressurs i frivillig arbeid. Det uttales at de offentlige tjenestene i større grad må inngå partnerskap med frivillige organisasjoner og et levende sivilsamfunn. Regjeringen ønsker å videreutvikle samhandling mellom offentlig sektor og frivillig sektor som bidrar til bedre velferd. Frivillige organisasjoner og private aktører skal sikres forutsigbare avtalevilkår, samtidig som det må stilles klare krav til kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår.

1.7 Kvalitet og kunnskap

Det framholdes at trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Departementet foreslår å etablere et system for kunnskapsbasert vurdering ved innføring og bruk av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Det skal etableres et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som skal gi pålitelig kunnskap om sikkerhet, kvalitet og ytelser i alle deler av helsetjenesten. Det skal legges vekt på å inkludere indikatorer på sosiale forskjeller i tilgjengelighet og bruk og resultat av helsetjenester. Det uttales at pasienterfaringer må få en større plass i kunnskapsgrunnlaget. Kunnskap skal være tilgjengelig når den behøves, i alle deler av helsetjenesten. En felles faglig plattform med retningslinjer, prosedyrer og annen beslutningsstøtte på tvers av behandlingsnivåer og profesjongrensler vil være viktig for å sikre kunnskapsbasert praksis i alle deler av helse- og omsorgstjenesten og for å gjennomføre samhandlingsreformen.

Som viktige forutsetninger for kvalitet og nyskaping i tjenestene nevnes utdanning og forskning av høy kvalitet og relevans, kompetanseutvikling, samspill mellom tjenestene, god ledelse, innovasjon, gode kvalitetssystemer og tilrettelagte løsninger.

Helse og omsorg er et prioritert område i regjeringens arbeid med forskning og innovasjon. Satsingen på både behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon i sektoren skal videreføres. Det uttales at det i dag er for lav forskningsaktivitet på flere tjenesteområder.

Det er et mål å øke antall nasjonale helse- og kvalitetsregistre og øke tilgjengeligheten til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker.

Regjeringen vil bedre kvaliteten i hele helse- og omsorgstjenesten og legge fram en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.

Regjeringen vil legge til rette for å utarbeide nasjonale standarder for palliasjon i helsetjenesten, både for barn og voksne. Tilbud om palliativ pleie og

hospice skal inngå som en integrert del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Det skal etableres et nasjonalt lærings- og rapporteringssystem for uønskede hendelser i helsetjenesten og etableres systemer og rutiner for å løse problemer knyttet til legemiddelbruk.

Regjeringen vil legge til rette for at Norge deltar i EUs infrastrukturtiltak for kliniske studier.

Det framholdes at IKT-systemer kan bidra til bedre behandling, mindre pasienttransport, bedre lokale helsetilbud, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen. Regjeringen vil fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren.

Det skal etableres en nasjonal helseportal for helsetjenesten som skal være Norges samlede inngangsport til helsetjenester på nett og gi relevant og kvalitetssikret informasjon.

1.8 Personell

Det framholdes at å skaffe tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i framtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten. Det uttales at personell- og kompetanseprofilen i sektoren må utvikles i tråd med målene i samhandlingsreformen, noe som innebærer kontinuerlig vurdering av innholdet i grunnutdanninger, videre- og etterutdanninger og kompetanseheving i tjenestene. Utdanningene må i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermidvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene i løpet av 2011.

Det understrekes at arbeidsoppgavene i helse- og omsorgssektoren må fordeles riktig mellom personellgruppene for å utnytte arbeidskraften og for å oppnå best mulig kvalitet i tjenestene. Det skal arbeides for å redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering. Regjeringen vil bidra til å opprette 12 000 nye årsverk med fagutdanning i den kommunale pleie- og omsorgssektoren fra 2008 til 2015. Regjeringen vil redusere andelen deltidsstillinger og arbeide for å øke bruken av faste stillinger og begrense bruk av midlertidige stillinger og vikariater.

Regjeringen mener at ledelses- og arbeidsmiljøutfordringer i helse- og omsorgstjenesten først og fremst må møtes med tiltak i regi av kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak og helseforetak. Arbeidet med å styrke lederkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal fortsette. Det skal arbeides videre med etikk og verdier i tjenestene for å sikre at brukere og pårørende møtes med respekt og forståelse.

Regjeringen vil styrke kompetansen på aldersrelaterte og psykiske lidelser i medisinstudiet og i helsefagutdanningene. Kommunene skal gis økt forutsigbarhet gjennom fireårige handlingsprogram på Helse- og omsorgsdepartementets områder, blant annet en kompetanse- og rekrutteringsplan, handlingsplan for demensomsorg og handlingsplan for eldre i sykehus.

1.9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det uttales at mange av tiltakene i planen ikke har store økonomiske og administrative konsekvenser. Viktige unntak fra dette er de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, og innføring av plikt for kommunene til å etablere tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene blant annet for å ivareta behovet for økt forebygging og styrket folkehelsearbeid. Regjeringen vil i sine årlige budsjettframlegg komme tilbake med forslag til eventuelle endringer i bevilgningene til kommunene og spesialisthelsetjenesten.

2. Komiteens merknader

2.1 Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Kari Kjønaas Kjos, Per Arne Olsen og Erlend Wiborg, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, vil innledningsvis vise til den brede tilslutningen til hovedretningen i samhandlingsreformen ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, jf. Innst. 212 S (2009–2010). En samlet komité uttalte:

“Komiteen vil understreke at den norske folkehelsen er god, og at vi har en god helsetjeneste i hele landet. Komiteen konstaterer at Norge er ett av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per innbygger. Men det godtgjøres ikke at den betydelige ressursinnsatsen skaper tilstrekkelig helsegevinst. Komiteen konstaterer videre at det er mange enkeltmennesker som opplever at utredning, behandling og rehabilitering ofte ikke er sammenhengende. Dette er en belastning for enkeltindividet, det er ofte unødvendig, det er dårlig ressursbruk, og det kan være forbundet med helsesisiko.

Komiteen vil understreke at de sosiale og geografiske helseforskjellene fortsatt er store. Vi kan gå mot en tid med mangel på personell til helse-, pleie- og omsorgssektoren dersom vi ikke makter å forebygge bedre slik at færre mennesker blir pasienter.

Komiteen mener at reformen må gjenspeile folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon, samt desentralisering av helsetjenester der dette kan skje uten å svekke kvaliteten – ut fra prinsippet om best mulig nærhet mellom bruker/pasient og de tjenestene som ytes.”

Komiteen vil vise til at regjeringen varslet at konkretisering av prosess og løsninger ville komme til Stortinget gjennom forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, ny lovgivning og i de årlige budsjetter og kommuneproposisjoner. Komiteen har merket seg den store deltagelsen i høringsrunder om de dokumenter som nå legges fram, og at hovedtrekkene i reformen med økt satsing på forebygging, desentralisering av helsetjenester, tidlig intervensjon og forebyggende helsearbeid har fått bred støtte.

Komiteen vil understreke at det er viktig å ha god tilgjengelighet til trygge, likeverdige helsetjenester i hele landet.

Komiteen vil også understreke at framtidens helseutfordringer er annerledes enn gårsdagens og tvinger fram behov for å tilpasse helsetjenestene framover. Det er nødvendig i sterkere grad å flytte fokus over fra reparasjon til forebygging. Økt kunnskap om, og iverksetting av sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak er nødvendig for å begrense forekomst og utvikling av blant annet kroniske sykdommer, rusproblematikk og psykiske plager.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) legger den politiske kursen for folkehelsearbeidet, samt helse- og omsorgstjenestene de neste 4 årene. Flertallet er glad for at regjeringen med denne planen vil videreutvikle en helsetjeneste som er blant verdens beste medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg.

Flertallet vil trekke fram at det i regjeringserklæringen står at nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene. Videre sies det at planen skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten. For å sikre en reell prioriteringsdebatt har fylkeskommunene vært involvert i høringsrundene. Flertallet viser for øvrig til flertallsmerknadene fra innstillingen om samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009–2010).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til merknadene i Innst. 212 S (2009–2010) der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti la frem forslag til hvordan disse partiene mener at intensjonene i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen kunne vært oppnådd på en bedre måte. Der skriver disse partiene:

“Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til regjeringens og spesielt til Jens Stoltenbergs uttalte intensjoner om et bredt forlik i Stortinget. Disse medlemmer vil påpeke at en samlet opposisjon var rede til å inngå forhandlinger med intensjon om å få en bred tilslutning til en samhandlingsreform som kunne gitt gode resultater i helsevesenet. Regjeringspartienes behandling av denne saken oppleves å være i sterk kontrast til regjeringens tidligere uttalte intensjon om forlik.

Disse medlemmer er overbevist om at samhandlingsreformen hadde vært mye bedre tjent med et bredt forlik; eksempelvis har opptrappingsplanen for psykisk helse og barnehageforliket gitt gode resultater tidligere. Dette er spesielt skuffende for alle de som arbeider i helsevesenet, og som forventet en reform med konkret innhold. Videre påpekes den manglende forutsigbarheten som både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren får når det fra regjeringspartienes side ikke synes ønskelig med et forlik.

Disse medlemmer vil understreke at uten at denne meldingen blir fylt med mer innhold slik en samlet opposisjon foreslår, vil meldingen ikke oppnå de gode intensjoner som er beskrevet.”

Meld. St. 16 (2010–2011) er preget av at det ikke ble oppnådd enighet om virkemidlene i reformen. Disse medlemmer viser videre til sine merknader i Innst. 424 L (2010–2011) og Innst. 423 L (2010–2011) til henholdsvis ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov for mer utdypende beskrivelse av disse medlemmers alternative forslag når det gjelder kommunehelsetjenesten og folkehelsearbeidet.

Disse medlemmer mener at den nasjonale helse- og omsorgsplanen som er lagt frem av Regjeringen Stoltenberg II, ikke er tilstrekkelig for å etablere en klarere politisk styring med utviklingen i helsetjenesten generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. Disse medlemmer mener at nasjonal helseplan i større grad skulle ha vært en mer operativ nasjonal helse- og sykehusplan. Utviklingen av en nasjonal helse-, omsorgs- og sykehusplan forutsetter at en kan bruke den kompetansen som er i helseforvaltningen, og gjennomføre en lengre prosess der de involverte er innforstått med hva en slik plan skal være. Det er derfor ikke mulig for opposisjonen å foreslå en alternativ nasjonal helse-, omsorgs- og sykehusplan. Disse medlemmer mener imidlertid at en nasjonal helse-, omsorgs- og sykehusplan burde ha inneholdt:

- minimumskrav til innhold og funksjoner i ulike typer sykehus
- estimert investeringsbehov og prioriteringsliste over planlagte større investeringer som krever statlig medfinansiering
- overordnet kapasitetsanalyser innenfor de viktigste områdene
- beskrivelse av utvikling, kompetansebehov og kapasitetsbehov innenfor prehospitale tjenester som følge av overordnet struktur
- prioritering av vekst mellom de ulike sektorene, somatikk, rus og psykiatri
- prioriteringsutfordringer og avklaring av hvilke områder hvor det er behov for tydeligere politisk prioritering
- vurdering av de private/idelle aktørenes rolle og utvikling i helsetjenesten.

Disse medlemmer ønsker at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal være et mer operativt og detaljert dokument, som sikrer en politisk forankring for flere av de viktigste avgjørelsene i Helse-Norge. Etter disse medlemmers syn legger Meld. St. 16 (2010–2011) fra regjeringen i for stor grad opp til et system der beslutninger og veivalg som burde tas av et folkevalgt organ, enten tas av regjeringen gjennom forskrift eller er delegert til de regionale helseforetakene. Slik disse medlemmer ser det, leder dette til et mindre forutsigbart og mindre demokratisk forankret helsesystem og sykehusstruktur.

Disse medlemmer mener at en slik nasjonal helse- og sykehusplan må legge klare føringer for hvordan landets sykehusstruktur skal organiseres, og hva som skal være et minimumsnivå for å innfri de ulike definisjoner for hva et sykehus skal være. Slike standarder vil etter disse medlemmers syn legge til rette for forutsigbarhet for befolkningen og sikkerhet for hva slags helsetilbud man kan forvente å møte på et sykehus. Disse medlemmer ønsker også at en slik plan i større grad enn i dag skal legge føringer for fordelingen av oppgaver og funksjoner mellom de ulike sykehus.

Disse medlemmer vil også understreke at med en slikt utformet nasjonal helse- og sykehusplan vil det være mulig å revurdere de regionale helseforetakenes rolle. Disse medlemmer mener dagens system legger altfor mye makt hos de regionale helseforetakene, der de sitter med for mange roller. Etter disse medlemmers syn vil en mer politisk styring av helsesektoren gjennom en mer operativ nasjonal helse- og sykehusplan muliggjøre en nedlegging av de regionale helseforetakene, der man i stedet desentraliserer mer og lar de lokale helseforetakene operere innenfor de nasjonale føringene vedtatt av Stortinget.

Disse medlemmer mener åpenhet, kvalitet og tillit skal være bærende prinsipper i utformingen av helsetjenesten og sykehusstilbudet i Norge. Derfor vil disse medlemmer at en struktur med klare definisjoner av hva et sykehus skal være og inneholde, og en sterkere politisk forankring av sykehusstilbudet, må følges av bedre måling av kvaliteten på de ulike sykehus og åpenhet om disse resultatene.

På denne bakgrunn vil disse medlemmer fremme følgende forslag:

“Stortinget ber regjeringen umiddelbart starte arbeidet med å utvikle en operativ nasjonal helse-, omsorgs- og sykehusplan som kan fremmes for Stortinget senest i 2013 og avløse Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).”

Disse medlemmer viser til Dokument 8:54 S (2010–2011), jf. Innst. 287 S (2010–2011), der Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om at Stortinget skulle få seg forelagt en sak om avvikling av de regionale helseforetakene og en sterkere nasjonal styring med helsetjenesten gjennom en mer operativ nasjonal helseplan.

Komiteen er glad for at regjeringen framhever at frivillige organisasjoner er et viktig supplement til offentlige tjenester, og at dette samarbeidet skal videreutvikles i planperioden.

Men når det gjelder private aktører, oppfatter ikke komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre denne meldingen som en samarbeidsinvitasjon. Derimot fremkommer det at kommuner og helseforetak skal ha mulighet til å benytte private aktører for å utføre tjenester. Disse medlemmer er av den oppfatning at regjeringen fortsetter forskjellsbehandlingen av frivillig sektor og andre private aktører i planperioden. Disse medlemmer er skuffet over at regjeringen ikke fremhever de muligheter som ligger i å benytte private aktører til å løse oppgaver i helsesektoren, og dermed redusere køer og ventetider, samt bidra til mangfold. Disse medlemmer mener det burde være en selvfølge at aktører ble behandlet likt.

2.2 Helhet og sammenheng

Komiteen viser til at samhandlingsreformen legger økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering, rehabilitering, brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeid mellom sykehus og kommuner.

Bedre samhandling og samarbeid mellom kommuner og sykehus skal bidra til bedre og raskere behandling. Kvalitet skal stå i fokus. Lokalsykehuse-ene skal ha en viktig rolle i det nære helsetilbudet.

Særlig for eldre og kronikere som ofte trenger mange ulike helsetjenester, og som gjerne har komplekse sykdomsforløp, er dette viktig.

Ny teknologi og nye metoder krever samtidig ytterligere spesialisering. For å sikre god og riktig kompetanse må det bygges opp sterke fagmiljøer. Hensiktsmessig bruk av IKT er en forutsetning for å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i tråd med samhandlingsreformen. Komiteen imøteser at regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i løpet av 2012.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) omtaler de juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige grep som skal til for å sette samhandlingsreformen ut i livet.

Flertallet mener at de økonomiske virkemidlene skal understøtte gode pasientforløp, hensiktsmessig arbeidsdeling og kostnadseffektive løsninger for å sikre en best mulig utnyttelse av helsekronene til beste for fellesskapet. Kommunenes nye oppgaver skal fullfinansieres. Det innføres avgrenset kommunal medfinansiering for somatikk i spesialisthelsetjenesten, og kommunene får ansvar for finansiering av utskrivningsklare pasienter. Kommunene skal ha tilbud om døgnopphold for pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp eller trenger observasjon.

Komiteen vil påpeke at faglige virkemidler skal bidra til bedre praksis. De skal utvikles i samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner, mellom tjenestenivåene og andre aktuelle instanser som blant annet Nav. Framtidige opplærings- og utdanningsforløp skal tilpasses målene i samhandlingsreformen. Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester.

Organisatoriske virkemiddel skal bidra til bedre organisering og hensiktsmessig oppgavefordeling av tjenestene og må utvikles både lokalt og nasjonalt. Det skal legges til rette for samhandlingsarenaer som lokalmedisinske sentre der tjenestene utformes i tråd med lokale behov for dag- og døgntilbud.

Komiteen viser til at det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom de lokale helseforetakene og kommunene om utvikling av helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at disse avtalene skal være en plan for utvikling av tiltak i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og for tiltak som skal etableres av kommuner eller i samarbeid mellom

kommuner. Planen skal angi hvilke helse- og omsorgstilbud som bør finnes i en gitt befolkningsgruppe, for å ivareta samhandlingsreformens intensjon. Det bør som hovedregel være en befolkningsmasse på om lag 20-30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Det skal være statlig finansiering av spesialisthelsetjenestene i intermediære avdelinger, distriktsmedisinske sentra og tilsvarende tilbud

Disse medlemmer går mot en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og ønsker derfor ikke at prosjektfinansieringen som er etablert, gradvis skal fases ut. Tvert imot så mener disse medlemmer at reformen er tjent med at ulike modeller prøves ut i ulike deler av landet. Disse medlemmer mener det bør etableres en egen forsøkslovgivning som sikrer at det er mulighet å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak i geografisk avgrensede områder. Det kan blant annet prioriteres pilotprosjekter som sikrer helhetlige pasientforløp, modeller der pengene følger pasient/bruker mellom samarbeidende kommuner, og modeller der en skiller mellom bestiller- og utførerrollene. Det er viktig at ulike pilotprosjekter får virke over tid før ordningene utvides til å bli generelle. Reformtiltak må ikke iverksettes før det er utviklet kvalitetsparametre for å måle effekten av tiltakene. Disse medlemmer mener at reformen skal gjennomføres nedenfra, ikke ovenfra og ned.

Komiteen vil understreke at arbeidsstokken er den dominerende største del av vår nasjonalformue – langt større enn verdien av olje og gass, og at en friskere befolkning har en meget stor merverdi for samfunnet. Det er viktig at både stat og kommuner blir bedre i stand til å ta disse langsiktige gevinstmulighetene med i sine planer.

Komiteen mener en av framtidens hovedutfordringer er tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse. Innholdet i grunnutdanninger, videre- og etterutdanninger må kontinuerlig vurderes. Det må være fokus på kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene. Utdanningene skal i større grad underlegges forløpstenkning, samhandlingskompetanse, brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Komiteen imøteser derfor at regjeringen legger fram en stortingsmelding om utdanning i velferdstjenesten i løpet 2011. Det er også positivt at det skal legges bedre til rette for flere heltidsstillinger for personell i denne sektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at prinsippene

for den kommunale medfinansieringen av innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten omtales i Nasjonal helse- og omsorgsplan, i proposisjonen om ny helse- og omsorgstjenestelov og i Kommuneproposisjonen. Flertallet mener det er viktig at det ved fastsettelse av det detaljerte regelverket for medfinansieringen blir vurdert hvordan gjentatte innleggelser for samme sykdom/diagnose skal betales.

Flertallet viser til at regjeringen har tatt hensyn til flere av høringsinstansenes uttalelser, herunder KS', om at enkeltkommuners risiko må begrenses, og foreslår at det settes en grense på 30 000 kroner som den maksimale kostnad per enkeltopphold som en kommune skal betale sin andel av. Flertallet mener det er viktig at utviklingen med hensyn til kostbare enkeltpasienter følges nøye.

2.3 Folkehelse

Komiteen merker seg det fokuset Nasjonal helse- og omsorgsplan har når det gjelder folkehelse, og mener det er riktig at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Dette skal skje ved å gjøre helsefremmende valg enklere og billigere og ved å gjøre helseskadelige valg mindre attraktive.

Komiteen støtter at det i større grad må tas i bruk strukturelle virkemidler som prisvirkemidler, lovreguleringer og infrastruktur i det nasjonale folkehelsearbeidet.

Komiteen har merket seg at gang- og sykkelveier, natur- og friluftsområder og bo- og nærmiljøer som gir mulighet til lek og aktiviteter, er framhevet som gode tiltak.

Komiteen viser også til "Perspektivmeldingen 2009". Den har forebygging – det å vri innsatsen fra reparasjon til forebygging – som én av ti overordnede strategier.

Komiteen mener at kommunene er den viktigste arena for folkehelsearbeidet. De må nå identifisere egne folkehelseutfordringer, fastsette egne mål og strategier og iverksette nødvendige tiltak. Det gir kommunene mulighet til selv å kunne påvirke befolkningens helse, ha som overordnede mål å fremme helse og forebygge framfor reparere. Kommunene skal ha stor innflytelse på eget folkehelsearbeid, og kommunestyrene bør lage en årlig rapport og ha en årlig debatt om tiltaksplan. Forebyggingen må gjenspeiles i alle planer, i all politikk og i all lovutvikling.

Komiteen mener at blant de viktigste risikofaktorer for dårlig helse er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, røyking og alkohol- og annen rusmiddelbruk, men også frafall i videregående skole, lavt utdanningsnivå, lav inntekt, manglende sosialt nettverk, liten tilknytning til arbeidslivet og dårlig arbeidsmiljø. Komiteen merker seg at det skal utvikles måltall for helseatferd, og at det ses på risi-

kofaktorer som henger sammen med de nasjonale helseutfordringene. Det er bra at staten skal gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for den enkelte kommune og fylkeskommune og bl.a. gi tilgang til data fra sentrale registre, som har betydning for kommunene i arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom, slik det legges opp til i ny folkehelselov.

Komiteen mener at folkehelsekoordinator er et godt tiltak som bør brukes. Partnerskap for folkehelse bør videreutvikles, og komiteen viser til de mange positive tiltak som allerede gjøres, som sunnere mat i kantiner på videregående skoler og vannautomater til elevene.

Komiteen vil peke på at "Grønn resept" og "Frisklivsresept" er gode virkemidler for å stimulere til at folk kan få hjelp til å bli friske med godt kosthold, mosjon og en sunn livsstil i stedet for legemidler og behandling.

Komiteen vil berømme den viktige jobben frivillige og ideelle organisasjoner gjør når det gjelder folkehelse. Både idrettsorganisasjoner, friluftorganisasjoner og andre organisasjoner er viktige aktører. Organisasjoner som har sosiale tiltak som bedrer folks psykiske helse, yter viktige bidrag i folkehelsearbeidet. En bridgeklubb kan for noen være like viktig som et håndballag, en konsert like viktig som en treningsøkt. Komiteen er derfor fornøyd med at regjeringen vil sikre gode støtteordninger til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner.

Komiteen vil peke på at stiftelsen "Aktiv mot kreft" utgjør et svært positivt bidrag i den forebyggende kampen mot kreft med hovedformål å finansiere trenings- og aktivitetssentre for kreftpasienter etter modell av "Pusterommet", som ble åpnet i 2007 på Ullevål universitetssykehus med bl.a. Grete Waitz som pådriver. Stiftelsen jobber aktivt gjennom å motivere og tilrettelegge for økt fysisk aktivitet.

Komiteen merker seg at bruk av tobakk går ned, men at bruk av snus øker, og mener at det fremdeles er for mange dagligrøykere. Det er urovekkende at mange forsetter å røyke under svangerskap selv med god informasjon om skadevirkningene.

Komiteen merker seg at det kommer en ny tobakkstrategi i løpet av 2011 med målsetting om en kraftig reduksjon av antallet dagligrøykere og unge røykere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at gode informasjonskampanjer sammen med strukturelle tiltak, prisvirkemidler og lovreguleringer kan være virksomme tiltak for å redusere røyking.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at alle utdanningsinstitusjoner bør bli røykfrie.

Komiteen mener det er grunn til bekymring for det økende alkoholforbruket.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at prisvirkemidler og lovreguleringer sammen med holdningskampanjer er tiltak som vil kunne redusere bruken av alkohol. Åpnings- tidsbestemmelser, monopolordningen og reklameforbud er andre gode virkemidler som må videreføres.

Komiteen vil peke på det viktige arbeidet som gjøres for å forebygge alkoholbruk hos gravide for å unngå skade på fosteret. Komiteen har merket seg at Jordmorforeningen anbefaler at det innføres en livsstilsamtale med gravide tidlig i svangerskapet for å få fram gevinstene ved sunn livsstil. Komiteen mener at det er en god måte å bruke “motiverende samtale” som teknikk og sette fokus på positive faktorer for mor og barn.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at flere kommuner bør se på innstramninger av skjenketidene, og viser til den utredning som nå skjer i regi av Sirius som grunnlag for hvor den lovfestede maksimalgrensen for skjenketid skal gå. Flertallet er enig i at det bør vurderes å merke alkoholholdige drikkevarer med advarsel om helseskaden de medfører, og mener også at det er positivt med en veileder til kommunene når det gjelder kontroll med salg og skjenkebevillinger.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at kommunene selv burde hatt utvidet mulighet til å fastsette skjenketiden. Dette er spørsmål der kommunestyrene kan legge til grunn den samme kunnskapen som Stortinget har tilgang til, samtidig som de er bedre i stand til å vurdere de lokale forholdene. Etter disse medlemmers mening ville dette trolig ført til mer differensierte skjenke- og åpningstider, og det ville dermed redusert presset på kommunene til å bruke maksimaltiden i dagens lov.

Komiteen har tro på at sterk og effektiv kontroll med virksomheter som omsetter og tilvirker alkohol, er et egnet virkemiddel for å hindre misbruk, ulovlige og uakseptable utslag og utrygge forhold i tettsteder.

Komiteen vil imidlertid understreke at rask reaksjon og behandling av saker om inndragelse av bevilling ved brudd på alkoholloven også er et virkemiddel som kan virke forebyggende og skjerpene overfor personer eller firmaer som bryter loven.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ser det slik at sterkere reaksjoner overfor personer som utfører kriminelle handlinger eller handlinger som er til sjenanse og fører til utrygghet på grunn av høyt alkoholinntak, også vil bidra til reduserte problemer på dette området.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener det er av stor viktighet at straffeutmålingen for brudd på norsk alkohollovgivning blir mer enhetlig praktisert enn det en ser i dag. Disse medlemmer viser til at kommuner i dag blant annet tar hensyn til konkurransevridning til nabokommuner og andre næringspolitiske hensyn ved utmåling av straff for brudd på alkoholloven. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet på ulike måter har tatt opp med statsråden behovet for nasjonale retningslinjer for sanksjoner på dette området. Disse medlemmer har merket seg at det ifølge Prop. 48 L (2010–2011) nå skal utarbeides nasjonale verktøy som skal brukes av kommunene i forbindelse med kontroll. Disse medlemmer har problemer med å forstå logikken i at hvis disse kontrollrutinene fører til avdekking av ulike lovbrudd, så skal det være opp til hver enkelt av landets 430 kommuner hva slags reaksjon det skal føre til. Disse medlemmer mener en slik vilkårlighet i straffeutmåling ikke er tilfredsstillende i en rettsstat.

Disse medlemmer viser til sitt forslag i Innst. 267 L (2010–2011) om å utarbeide nasjonale retningslinjer for straffeutmåling ved brudd på alkoholloven. Disse medlemmer viser ellers til sine merknader i Innst. 267 L (2010–2011) til Prop. 48 L (2010–2011) hvor det blant annet står følgende:

“Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil påpeke at alkoholholdige drikkevarer er en lovlig omsettelig vare, og selv om disse medlemmer er klar over, slik også proposisjonen legger til grunn, de skadevirkninger overdreven bruk av alkohol kan medføre, mener disse medlemmer det er lite hensiktsmessig med tiltak som setter normal bruk av alkoholholdige drikkevarer i et uakseptabelt lys.”

Komiteen er enig i at det bør være et skarpere fokus på “Ansvarlig vertskap” og/eller lignende programmer.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har varslet en veileder om rusforebygging og helsefremmende tiltak i skolen, og komiteen mener dette er bra. Komiteen mener også at veilederen “Fra bekymring til handling” som er tidlig intervensjon på rusområdet, må brukes mer aktivt av ansatte i barnehager og skoler.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil vise til den klare og vel dokumenterte sammenhengen mellom tilgjengelighet og forbruk når det gjelder alkohol, og sammenhengen mellom alkoholkonsum og helseskade. Når tilgjengeligheten til alkohol øker, øker også forbruket. Når forbruket øker, øker også helseskadene (Sirus-rapport nr. 5 2010). Alkoholrelaterte helseskader er blant annet knyttet til promillekjøring og trafikulykker, skrumpleverdødelighet, selvmord og volds- og vinningskriminalitet.

Komiteen viser til Innst. 269 S (2010–2011), jf. Dokument 8:49 S (2010–2011) om tiltak for økt trygghet i byene, der en enstemmig komité slår fast at STAD-prosjektet bør innføres i norske storbyer i 2012. STAD-prosjektet i Stockholm innebærer samarbeid med salgsnæringen om opplæring av personale i alkoholloven og konflikthåndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at reduksjon av skjenketiden ved utesteder fra kl. 03.00 til kl. 02.00 har hatt en positiv effekt en rekke steder, med mindre bråk og vold. Det er nødvendig å vurdere regelendringer for antall skjenkesteder i særlig volds- og urobelastede områder i byene, samt vurdere bruk av differensierte stengtider for skjenkesteder. Videre kan unntak fra normalskjenketid benyttes.

Flertallet mener at denne type tiltak er et kommunalt ansvar og bør inngå i kommunale planer.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Innst. 11 S (2010–2011), jf. Prop. 1 S (2010–2011) statsbudsjettet 2011 for helse- og omsorgsområdet, der det vises til komitémerknad i Innst. S. nr. 322 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:80 (2008–2009) om endring av alkoholloven slik at servering av alkohol ikke kan skje etter kl. 02.00, stren-

gere sanksjoner for brudd på alkoholloven og større vektlegging av politiets råd.

Komiteen vil understreke at rusmiddelmissbruk i arbeidslivet må forebygges. I tillegg til problemet for den enkelte og deres familier er samfunnets kostnader store, med blant annet økt sykefravær. Komiteen viser til det viktige arbeidet Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk (AKAN) gjør, både når det gjelder å forebygge rus og avhengighet, og når det gjelder opplæring til virksomheter.

Komiteen merker seg at det har vært høring på en forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell, der det er foreslått et forbud mot å innta rusmidler åtte timer før tjeneste. Komiteen har merket seg at det er varslet at det i løpet av 2011 kommer en stortingsmelding om rusmiddelproblematikken som utdyper temaet.

Komiteen mener at det er viktig å bedre det generelle kostholdet i befolkningen, og peker på at usunne kostvaner gir økt risiko for både hjerte/karsykdommer, diabetes type 2 og noen kreftformer. Det er nødvendig med konkrete tiltak innenfor kosthold som fører til gode vaner, og komiteen ser fram til at Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) nå evalueres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, registrerer at det drikkes for mye sukkerholdig brus, og mener at dette kan endres ved å innføre en mer treffsikker avgift på sukkerholdige varer enn dagens. Flertallet viser til flertallsmerknaden fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti i budsjettinnstillingen for 2010, jf. Innst. 11 S (2009–2010), der en mener at “aktuelle tiltak kan være blant annet restriksjoner på markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge og bruk av prisvirkemidler”.

Komiteen er opptatt av kosthold og sunne matvarer i barnehager, SFO og skolen. Barnehage og skole er viktige aktører når det gjelder helsefremmende arbeid, og gode levevaner legges tidlig i livet. Det er positivt at tiltak som kan bidra til økt inntak av frukt og grønt i skolehverdagen for alle, blir vurdert.

Komiteen har merket seg at barn og unge bare spiser halvparten av anbefalt mengde frukt og grønt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at ordningen med gratis frukt og grønt i grunnskolen er innført for å rette på dette. Flertallet er bekymret for at det nå

viser seg at barn i skoler som ikke omfattes av gratisordninger, ikke får like mye tilgang til frukt og grønt på grunn av familienes økonomi.

Flertallet ser at forskjellene i kostvanene kan forsterkes ved å bruke abonnementsordninger framfor gratistilbud. Flertallet imøteser på denne bakgrunn at gratisordningen blir utvidet til alle grunnskoler.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at regjeringen gjennom flere år ikke har bevilget penger til skolematordning for alle elevene i grunnskolen. Regjeringen forholder seg fortsatt til at bare halvparten av elevene i grunnskolen skal få tilgang til frukt og grønt i skolen. Dette er et klart løftebrudd fra regjeringspartienes side. Disse medlemmer har tidligere vist til anbefaling fra Kostforum om å innføre gratis skolefrukt til alle elever for å ivareta helsen til elevene, redusere fremtidig sykdom og oppheve sosiale ulikheter i helse. Disse medlemmer støtter Kostforum i synet på at det ved de barneskolene som i dag står utenfor ordningen, vil være sosiale forskjeller i helse som følge av at de færreste faktisk abonnerer på frukt og grønt gjennom abonnementsordning. Disse medlemmer viser også til evalueringen av prosjektet "Fysisk aktivitet og måltider i skolen" utført av HEMIL-senteret på oppdrag fra Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, som bekrefter at dette har en positiv læringseffekt i skolen. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet har gått inn for gratis frukt og grønt til alle barn i grunnskolen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener det bør vurderes om det skal foretas avgiftsendringer for å få et sunnere kosthold blant befolkningen, slik at de nye kostrådene følges av flest mulig.

Komiteen mener det er viktig at sunne alternativer tilbys både på arbeidsplasser, i kantiner, dagligvarebutikker og offentlige institusjoner. Komiteen viser til budsjettinnstillingen for 2010, jf. Innst. 11 S (2009–2010), der komiteen ba om at det skulle ryddes opp i de ulike merkeordningene for matvarer som hevder at maten er sunn. Komiteen mener at ordningen med nøkkelhullmerking er positiv, og at den bør utvides til serveringsmarkedet og hurtigvaremarkedet.

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil utrede behovet for å innføre lov- og forskriftsregulering av markedsføring av mat- og drikkevarer rettet mot barn og unge.

Reint vann er blant de viktigste av alle folkehelseiltak. Komiteen merker seg at det skal legges fram en stortingsmelding om landbruk og matpolitikk i 2011. Komiteen er enig i at tilsynet med drikkevannsanlegg prioriteres, og at Mattilsynet bruker tilgjengelige virkemidler for å forhindre sykdomsutbrudd.

Komiteen vil peke på at det er behov for å utdanne flere ernæringsfysiologer, og at denne type kunnskap må nå fram til eldre, både hjemmeboende og dem som bor i institusjon

Komiteen viser til at kostveiledning og ernæringsbehandling har vist seg å være samfunnsøkonomisk lønnsomt i tillegg til å bidra til at langt færre utvikler eller forverrer sitt sykdomsbilde.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det i Sverige er ansatt en diettist i hver kommune, og at det er forventet en samfunnsøkonomisk besparelse på 1–1,5 mrd. kroner som følge av dette tiltaket.

Disse medlemmer mener norske kommuner må stimuleres til å gå i samme retning, og viser til at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2011, jf. Innst. 11 S (2010–2011), fremmet følgende forslag:

"Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal opprettes en tilskuddsordning som stimulerer kommunene til å knytte til seg personer med klinisk ernæringsfaglig kompetanse."

Komiteen vil påpeke at nasjonale kartlegginger viser at det fysiske aktivitetsnivået er lavere enn tidligere antatt, og mener det er bekymringsfullt at hverdagsaktiviteten går ned. Komiteen ser at det også på dette område er store sosiale ulikheter. Dette understreker hvor viktig målrettet og systematisk arbeid i kommunene er. Universelle tiltak når fram til flere, også de mest utsatte gruppene. Fysisk aktivitet er viktig forebyggende og helsefremmende. Minst én time daglig fysisk aktivitet på alle klassetrinn er et godt bidrag til å øke aktiviteten og gir resultater.

Friluftslivets betydning for folkehelsen er stor, og komiteen viser til de mange lag og foreninger som har aktiviteter som fremmer dette.

Komiteen viser til rapporten "Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet" som er utarbeidet av et bredt forskningsmiljø. Komiteen mener rapporten peker på viktige forhold knyttet til fysisk aktivitet i befolkningen. Komiteen vil understreke betydningen av økt satsing rettet mot de grupper som er fysisk inaktive, og at dette arbeidet må skje på tvers av samfunnssektorer.

Komiteen vil peke på at tilskuddet til idrett og fysisk aktivitet gjennom spillemidlene i det vesent-

lige går til idrettsanlegg og idrettsaktivitet i regi av idrettslagene, og har således en viktig oppgave i det generelle folkehelsearbeidet. Det er etter komiteens mening viktig at idrettsmidlene disponeres slik at man når ut til det brede lag av folket, særlig barn og ungdom. Samtidig er det viktig å stimulere til inkludering og aktivisering av sosialt utsatte grupper og mennesker som er fysisk inaktive.

Komiteen viser til at det finnes flere gode eksempler for å få til økt fysisk aktivitet. “Sykle til Jobben” i regi av Norges Bedriftsidrettsforbund er en aktivitet som har lyktes med å nå den voksne befolkningen.

Komiteen er fornøyd med at det kommer en stortingsmelding om idrett i 2011.

Komiteen vil framholde at svevestøv påvirker folkehelsen negativt. Komiteen merker seg med bekymring de siste års utfordringer når det gjelder luftkvaliteten i de store byene. Sammenhengen mellom biltrafikken og forekomsten av astma og kols må erkjennes og vektlegges mer både nasjonalt og ved lokale avgjørelser.

Komiteen påpeker at støyskadede hørselstoffer skadestatistikken hos Arbeidstilsynet, og at nær 15 prosent av befolkningen har en hørselshemming. God rehabilitering er viktig for å motvirke sosial isolasjon og frafall i arbeidslivet. Komiteen mener det må satses på forebygging av hørselsskader, og hørselshemming bør vurderes innlemmet i nasjonale helsestatistikker.

Komiteen vil påpeke at over 14 000 hvert år rammes av synshemming. 80 prosent av våre inntrykk oppfattes gjennom syn, og rehabilitering og habilitering er et viktig tilbud til denne gruppen. Komiteen viser til det ansvaret kommunene har når det gjelder opplæring av både synshemmede og hørselshemmede, og vil understreke betydningen av at kommunene har syn- og hørselskontakter med god kunnskap om feltet.

Komiteen mener at kulturen er undervurdert i et folkehelseperspektiv. Kulturen har innvirkning på trivsel, inkludering, livskvalitet og helse og må være en viktig del av folkehelsearbeidet. Komiteen ser fram til en stortingsmelding om kultur og inkludering.

Komiteen vil peke på at det er viktig å tenke hele mennesket også i folkehelsearbeidet for å ha en balanse mellom fysiske, psykiske og åndelige behov.

Komiteen mener at kulturens mange uttrykk og former ved siden av en skapende og kreativ verdi har en kraft som kan brukes både forebyggende, lindrende og behandlende. Både i Norge og i våre naboland er det forskning på kultur og velvære, i tillegg til mange gjennomførte prosjekter med positiv evaluering. Komiteen forventer derfor at den varslede

stortingsmeldingen om kultur og inkludering vil beskrive disse sammenhengene nærmere.

Barns oppvekstmiljø må sikres, og komiteen mener at det er viktig å bygge gode møteplasser og lavterskeltilbud for å sørge for at det finnes tilgjengelige tilbud for alle. Gang- og sykkelstier gir mulighet for bevegelse, og en fortsatt satsing på utbygging av dette og mer kollektivtrafikk er nødvendig. Komiteen mener at det å sikre allmennheten rett til fri ferdsel må fortsette, for tilrettelegging av stier og økt tilgjengelighet til naturen er god folkehelseetatenkning.

Komiteen merker seg at det skal lages veiledningsmaterieell til kommunene for å følge opp Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009–2014). Dette mener komiteen kan skape en bedre forankring i kommunene på å ha skarpere fokus på folkehelse og forebygging. Komiteen merker seg at det skal komme en ny veileder til forskriften om miljørettet helsevern. Komiteen er fornøyd med at kvalitetskravet til barnehagene skal tydeliggjøres, og at regjeringen følger opp St.meld. nr. 41 (2008–2009) Kvalitet i barnehagen.

Komiteen er enig i at det bør vurderes å opprette flere ulike informasjons- og rådgivningstjenester som for eksempel Klara Klok, Dopingtelefonen, Røyketelefonen og Matportalen. Lavterskeltilbud som dette er viktig, og sammen med økt bruk av sosiale medier og internett nås nye grupper der en kan skape holdninger, gi informasjon, få hjelp og skape debatt.

Frafall i videregående skole har store helsemessige konsekvenser. Målet er å få flere til å fullføre. Det er flere som lykkes; prosjektet NY GIV er et prosjekt for å forhindre frafall og har gode tall for å få ungdom tilbake til skole eller jobb. Østfold fylkeskommune har med hell lagt stor vekt på rådgivningstjenesten.

Komiteen mener at grunnskolen danner grunnlaget for å lykkes med overgangen til videregående skole. De som av forskjellige årsaker ikke har fått tilstrekkelig læringsutbytte i grunnskolen, trenger et tilbud med økt grad av tilrettelagt opplæring med utgangspunkt i grunnskolens pensum før de kan få utbytte av videregående skole. Voksenopplærings tilbudet må styrkes i den hensikt å få flere til å fullføre videregående opplæring og ta høyere utdanning.

Komiteen viser til at den fysiske aktivitet i skolen er for liten, og at kompetansen blant lærerne er for lav. Komiteen mener det bør være krav til kompetanse hos dem som skal lede fysisk aktivitet i skolen, og mener det er positivt med lovforslaget som nå er på høring, om kompetansekrav til læreren i “Læreren: Rollen og utdanningen”.

Skolehelsetjenesten har stor troverdighet og høy tillit blant ungdom. Det er fornuftig å bruke tjenesten mer aktivt i skolehverdagen og mot foreldrene.

Komiteen mener det er viktig å styrke skolehelsetjenesten i tiden som kommer, og kommunene må sørge for å ha gode tverrfaglig helsetilbud med blant annet psykologer og leger. Skolehelsetjenesten har en viktig oppgave både når det gjelder veiledning om prevensjon, bekjempelse av kjønns sykdommer, rus, det å være ung, og fokus på unges generelle helsesituasjon. Komiteen er opptatt av at ungdom med funksjonshemminger og kroniske sykdommer følges godt opp av skolehelsetjenesten. Komiteen viser til at det ikke finnes en egen nasjonal strategi for ungdomshelse, og mener det bør vurderes å lage en slik strategi.

Komiteen viser til at det er i ungdomsårene grunnlaget for helse legges, og den følger med videre i livet. Ungdomstiden preges av endring. Unge forlater trygge rammer og møter mange ulike utfordringer knyttet til valg av utdanning, det å flytte hjemmefra og å søke jobb. Komiteen vil spesielt vise til at unge funksjonshemmede opplever overgangen fra barnehelsetjenesten til voksenhelsetjenesten vanskelig. Som barn er det tett oppfølging og et helsetilbud skreddersydd den enkeltes behov. I ungdomstiden møter de et helsevesen som ikke er tilstrekkelig tilpasset unges livssituasjon, og fagpersoner som ikke er nok forberedt på unges problemstillinger.

Komiteen er kjent med synspunkter om at ungdomshelsetjenesten i dag har for lite fokus på sykdom blant unge. De spesielle helsetilbudene for ungdom er mer rettet mot prevensjonsbruk og rusproblematikk enn den unges generelle helsesituasjon.

De siste årene har det blitt større press rundt kroppsidealer, noe som får konsekvenser for ungdommens bilde av hva som er god helse og "riktig kropp". Studier viser at kroppsbilde er den viktigste faktoren for unges helse relaterte livskvalitet.

Komiteen vil også vise til undersøkelser som viser at sosiale helseforskjeller i ungdomsgruppen er økende. Spesielt går dette ut over unge som ikke er yrkesaktive og mottar økonomisk støtte i form av uføretrygd og sosialhjelp.

Komiteen vil presisere at tilbudet til ungdom må være et supplement og ikke en erstatning for den obligatoriske skolehelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti foreslår at det utarbeides en egen nasjonal strategi for ungdomshelse, og at det opprettes et nasjonalt kunnskapssenter som sikrer en helhetlig tenkning rundt ungdomshelse i Norge.

Komiteen viser til at det er stor enighet om at passivitet og det å stå utenfor arbeidslivet kan forlenge sykdom, men komiteen er opptatt av at fokuset på arbeidslinja ikke tvinger syke for tidlig tilbake i arbeid eller skaper dårlig samvittighet for sykdom.

En tettere oppfølging av sykmeldte og sanksjoner for aktører som ikke følger opp, slik endring i arbeidsmiljøloven varsler, ser komiteen som nødvendig og bra.

Komiteen mener frivillige organisasjoner og ideelle aktører skal ha en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Nasjonalforeningen for folkehelsen påpeker i sitt høringsinnspill til komiteen at det er behov for å utdype frivillige organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet. Foreningen påpeker følgende momenter:

"For det første må frivillige organisasjoner delta i planarbeidet i kommunen. De må få uttale seg og bli spurt til råd i relevante saker, slik at de kan dele kunnskapen de innehar. De må også få delta i planprosesser og i høringer. Kommunene bør årlig arrangere åpent møte mellom kommunen og organisasjonene i kommune om det lokale folkehelsearbeidet.

Frivillige organisasjoner må også få delta i folkehelse tiltak. De må bli invitert til å bli med i gjennomføringen av folkehelse tiltak. Frivillige organisasjoner må ses på som en ressurs og en naturlig samarbeidspartner når kommunene skal etablere og/eller bygge ut sine frisklivssentraler.

Det er viktig at samarbeid med frivillig sektor formaliseres. Kommunene bør forpliktes til å inngå samarbeidsplattformer med frivillige organisasjoner, i tråd med samarbeidsplattform som er inngått mellom KS og Frivillighet Norge. De kommunale folkehelsekoordinatorer må få informasjon om og opplæring i hvordan frivillig sektor er bygget opp, og om prinsippene for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor på lokalt plan.

Det må bli mer langsiktighet og forutsigbarhet i samarbeidet med det offentlige, ikke minst når det gjelder økonomi. Kravene til søknader og rapportering må være lave, slik at det ikke brukes mye ressurser på dette."

Komiteen vil minne om at alle kommuner har lovpålagte råd for personer med nedsatt funksjonsevne, der mange brukerorganisasjoner er aktive – også i det forebyggende helsearbeidet – og derfor vil være aktuelle samarbeidspartnere.

Komiteen viser til at medvirkning i planarbeidet, også når det gjelder folkehelse og forebygging, er regulert gjennom plan- og bygningsloven.

Komiteen viser til at det i endringene også er forslag som innebærer at legene i større grad deltar i dialogmøtene. Det legges til rette for en hensiktsmessig og praktisk gjennomføring av dialogmøtene. Både legekantor og Nav-kantor kan være møteplass i stedet for arbeidsplassen. I tillegg skal det legges til grunn fleksibilitet, slik at legen også kan delta per telefon, videomøte eller lignende. Dette stiller komiteen seg positiv til, men vil likevel bemerke at dette er en oppgave som vil ta tid, og vil kunne konkurrere med andre prioriterte oppgaver fastlegene skal ha, blant annet mer tid til hjemmebesøk til eldre/kronikere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er positivt at det lages faglige sykmeldingsveiledere for å få en enhetlig praksis og for å gi råd og veiledning i sykmeldingsarbeidet med fokus på alternativer til sykmelding og økt bruk av gradert sykmelding. Flertallet bifaller at det lages et tilbakemeldingssystem til fastlegen der en kan sammenligne seg med andre som sykmelder, og mener at det vil gi en god læringsprosess og bedre behandlingen av den sykmeldte. Flertallet mener at Navs rolle er viktig i denne sammenhengen, og at Nav har et stort ansvar for å finne gode løsninger for den sykmeldte.

Komiteen mener at hjemmebesøk basert på gode medisinske indikasjoner både er riktig og viktig. Undersøkelser viser imidlertid en reduksjon av antall legebesøk i hjemmet de siste tiårene. I perioden 2000 til 2008 har tallet på sykebesøk i hjemmet gått ned fra 357 430 til 80 498, det vil si en reduksjon på mer enn 77 prosent. Mange eldre og til dels immobile mennesker behandles stadig oftere med medisiner der kontakt med lege kan være nødvendig. I tillegg vil leger som reiser i sykebesøk til eldre og alvorlig syke, få en spesiell innsikt i samspillet mellom sykdom og levekår. Dette sosiale og kulturelle perspektivet vil utfylle kjennskapet til enkeltpersonen på fastlegelisten og kan ha direkte betydning for det kliniske arbeidet ved at man bedre forstår pasientens symptompresentasjon.

Komiteen mener det er viktig at personer med nedsatt funksjonsevne kan delta i arbeidslivet, og komiteen mener at det bør tilrettelegges bedre for at flere kan delta. For noen vil brukerstyrt personlig assistanse (BPA) være til god hjelp for å kunne arbeide, for andre er det viktig og avgjørende å tilrettelegge med hjelpemidler. Et inkluderende arbeidsliv må gjelde alle, og komiteen er opptatt av at alle tiltak som kan bistå med dette, gjøres.

Det økende problemet med antibiotikaresistens er bekymringsfullt, og gode restriktive rutiner når det gjelder bruk og behandling, er viktig. Sammen med en restriktiv bruk av antibiotika innenfor helsevesenet må det være en streng og restriktiv bruk av antibiotika innenfor landbruk og fiskeri. Dette er tema som også diskuteres i Nordisk råd, og komiteen mener det bør være gode muligheter for en felles strategi i Norden.

Komiteen mener også det er viktig at man følger med på bruk av desinfeksjonsmidler med hensyn til mulig utvikling av resistente bakterier. Hvis man skulle oppdage slik sammenheng, bør det vurderes å iverksettes hensiktsmessige tiltak.

Komiteen mener det er bra at Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa og Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan nå revideres. Det er positivt at det vurderes å lage en egen plan for særlig smittsomme sykdommer, samtidig som de eksisterende planene på feltet gjennomgås og videreutvikles.

Komiteen mener at vaksinasjonsprogrammet krever en kontinuerlig oppgradering ved ny kunnskap eller nye sykdomsutbrudd. Det er videre viktig å informere om bivirkninger og konsekvenser ved de ulike vaksiner, men også konsekvensene dersom ikke vaksinasjonsprogrammet følges. Helsestasjonens arbeid er viktig i denne sammenheng. Det bør også, slik komiteen ser det, informeres bedre om oppvaksining av den voksne befolkningen. Komiteen mener at Norges globale innsats når det gjelder vaksining av barn, må fortsette, og også kampen mot hiv/aids og tuberkulose.

2.4 Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester

Komiteen viser til at det er kommunene som skal tilby helhetlige og samordnende tjenester og organisere tjenestene slik at innbyggerne får trygghet for et fullverdig tilbud. Målet er at innbyggerne skal kunne få den hjelpen de trenger, når de trenger det, og at det er god tilgjengelighet til tjenestene. Kommunene må derfor ha nok personell med god kompetanse som samarbeider om og med brukerne.

Kompetansen i helsetjenestene i kommunene må økes for at samhandlingsreformens intensjoner skal kunne gjennomføres. Kompetanseløftet 2015 skal sikre økt kompetanse i omsorgstjenesten, men vil samtidig bidra til å understøtte reformens mål. Komiteen vil også vise til Demensomsorgens ABC som over 9 000 kommunalt ansatte helsearbeidere nå har gjennomført, noe som betyr en økt kvalitet i demensomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at demens ikke er tatt med blant fremtidens utfordringer i kap. 3.2 i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Demenssykdom kan inntre allerede fra ca. 40-års alder, og ut fra dagens kunnskap vet en at over 30 prosent av alle over 85 år rammes av demenssykdom. Disse medlemmer har merket seg at Nasjonalforeningens råd for demens i sin høringsuttalelse mener det fortsatt er nødvendig med en egen demensplan, og etterlyser en varslet revidering i 2011 og ny 4-årig handlingsplan for perioden 2011–2015. Både mangelfulle tilbud og manglende oppbygging av tilbud til demenssyke i kommunene viser nødvendigheten av et fortsatt sterkt fokus. Det er behov for spredning av kunnskap om god

demensomsorg, mer penger til forskning på bl.a. årsaksmekanismer, økt kjennskap og tilgang til teknologiske hjelpemidler for demente på lik linje med andre tekniske hjelpemidler.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti har merket seg Nasjonalforeningen for folkehelsens innspill om forebygging:

“De senere års forskning har vist at det også i noen grad er mulig å forebygge demenssykdommer gjennom kostholdsendringer, fysisk aktivitet, røykestopp, kolesterol- og blodtryksreduksjon og sannsynlig også vektreduksjon.”

Komiteen viser til at antall ansatte innenfor omsorgssektoren øker. KOSTRA-tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at kommunene økte årsverksinnsatsen med om lag 2 300 årsverk i 2009. Urevierte tall for 2010 viser en vekst på om lag 3 300 årsverk. Målet om 12 000 nye årsverk innen 2015 er derfor innen rekkevidde. Tallene fra SSB viser at om lag hele årsverksveksten i 2009 består av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette betyr høyere kvalitet på tjenesten og økt trygghet for brukerne.

Komiteen viser til at målsettingen er full sykehjemsdekning innen 2015 ved at alle som trenger hel-døgns omsorgsplass, skal få dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er fornøyd med at den økte satsingen på utbygging og fornying av institusjonsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger fortsetter med gode tilskuddsordninger for kommunene.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte en ekspertgruppe i november 2010 for å vurdere helsetjenester til syke eldre. Ekspertgruppen var bredt sammensatt og med svært høy kompetanse innefor fagområdet. Disse medlemmer viser til at ekspertgruppen i sine konklusjoner på flere områder gikk stikk i strid med de forslagene regjeringen har lagt frem. Gruppen imøtegår også flere av analysene som samhandlingsreformen bygger på. Disse medlemmer viser blant annet til at det ikke er dokumentert at det er mange unødvendige innleggelser blant eldre. Gruppen mener det er stor fare for at forsøk på å redusere innleggelser i denne gruppen vil føre til alvorlig helsetap. Den påpeker at intermedie-ravdelinger er et godt tilbud for fremskyndet utskrivning fra sykehus, men er svært sjeldent noe alternativ til innleggelse i sykehus. Disse med-

lemmer viser til at ekspertgruppen fraråder kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

På denne bakgrunn går disse medlemmer imot å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. De diagnosegruppene en slik medfinansiering vil omfatte, vil svært ofte være aldersrelaterte sykdommer. Disse medlemmer er derfor bekymret for at kommunal medfinansiering og kommunal plikt til å tilby døgntilbud for øyeblikkelig hjelp vil gjøre det vanskeligere for eldre å komme på sykehus og få nødvendig diagnostisering og behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på at den kommunale medfinansieringen etablerer en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelses og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et incentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Flertallet støtter dette virkemidlet med de avgrensinger som er foreslått.

Flertallet vil vise til at målet med samhandlingsreformen er at pasientene skal få et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud. Flertallet mener at nettopp det at det kan være vanskelig å stille rett diagnose på eldre syke, viser viktigheten av å bygge opp kompetanse og et bedre tilbud i kommunene. På den måten vil man lettere kunne diagnostisere og henvise de eldre videre enten det er til et tilbud i kommunen eller det er til videre behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det er enighet om at mange som i dag legges inn på sykehus, kan få like gode eller bedre alternative tilbud i kommunene. For å sikre at sykehusene behandler de som bør håndteres på sykehus, er det viktig å bygge opp den faglige kompetansen i kommunene, utvikle gode faglige retningslinjer for hvem som bør legges inn, og hvem som ikke trenger innleggelse, og samtidig bygge opp kommunale tilbud til dem som kan profitere på slike. Flertallet viser til at det fortsatt vil være fastlegen eller legevaktslegen som i dialog med pasienten vurderer sykehusinnleggelse opp mot alternative kommunale tilbud, og som avgjør hva som velges. Flertallet viser til at det er godt dokumentert at når det opprettes alternative tilbud i kommunene, kan mange innleggelser i sykehus unngås. Det er dokumentert at sykestuene i Finmark og Fosen DMS med sine tilbud reduserer innleggelsesraten på sykehus med mellom 20 og 30. Av alle innlagte i disse tilbudene er det 70 prosent som ikke trenger sendes videre til sykehus. Samtidig er disse pasientene svært godt fornøyd med

tilbudet de får lokalt i sine kommuner. Flertallet viser til at regjeringen nå foreslår justeringer i lovverket som innebærer at kommunene må gjøre noe både med sin åpningstid og sine inntaksprosedyrer. Når kommunene i tillegg sørger for å ha nødvendig kompetanse tilgjengelig, er det liten faglig uenighet om at kommunene kan tilby alternativer til innleggelse i sykehus og alternativer for raskere utskrivning fra sykehus. Det er derfor flertallets syn at de virkemidlene som nå legges inn for å stimulere kommunene til å bygge opp behandlingstilbud, er nødvendig for å lykkes med å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner.

Komiteen vil understreke det viktige omsorgsarbeidet familie og frivillige innenfor omsorgen gjør, en innsats som må tas vare på og stimulere i framtiden.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i det forebyggende arbeidet i kommunene. Tjenesten har stor tillit og bør utbygges ytterligere. Dette lavterskeltilbudet for gruppen 0-20 år når alle barn og unge, samtidig som tilbudet møter foreldre og foresatte. Komiteen erfarer at tjenesten er god på samarbeid, arbeider tverrfaglig og finner gode nye løsninger til beste for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må fortsatt ha fokus på de psykososiale utfordringer blant barn og unge. Komiteen merker seg at gutter er underrepresentert i bruken av skolehelsetjenesten, og det bør ses nærmere på hvordan dette kan endres.

Komiteen mener at både helsestasjoner og skolehelsetjenester må ha forutsigbare og kjente åpningstider.

Komiteen er opptatt av å forebygge uønsket graviditet og seksuelt overførbare sykdommer. Det er viktig at ungdom har tilgang på gode veiledningstjenester, og komiteen viser til den jobben Klinikk for Sex og Samfunn gjør overfor mange tusen unge brukere i Oslo, som utgir av metodeboka og læremidler til bruk i skolen og med andre viktige funksjoner for veiledningstjeneste og med hospiteringsopphold for helsepersonell fra hele landet. Ulike typer rådgivingstelefoner, sosiale medier og informasjonskampanjer er gode arenaer for å nå de unge. Komiteen vil nevne at forebygging av seksuelt overførbare sykdommer må fortsette, og at det må settes inn gode kampanjer på dette temaet. Utdeling av gratis kondomer og gratis prevensjon til jenter kan være et aktuelt tiltak. Komiteen er enig i at det må vurderes å utvide helsesøstres og jordmødres rett til å skrive ut hormonelle prevensjonsmidler til unge fra 16 år.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Stiftelsen Amatheia er en lands-

dekkende helsetjeneste som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som har blitt uplanlagt gravide. Å bestemme seg for å fullføre eller avbryte et svangerskap kan oppleves som en vanskelig beslutning. Da kan det være godt å snakke med noen som har veiledning som hovedoppgave samt lang erfaring. Amatheia bidrar også til utvikling av ny kunnskap og økt kompetanse i samfunnet knyttet til kvinnehelse og psykososiale utfordringer ved uplanlagt svangerskap og abort.

Komiteen vil peke på hvor viktig det er at alle som planlegger graviditet, gjøres oppmerksom på at oppstart med folat er viktig forebyggende tiltak mot ryggmargsbrokk. Behandlingen skal starte før graviditet, og komiteen vil utfordre legemiddelprodusenter av prevensjon om å lage en slik oppfordring og informasjon på sine pakkevedlegg. Andre gode informasjonskanaler som er lett tilgjengelig og som når gruppen som er i fertil aldre, bør vurderes.

Komiteen er kjent med at forebyggende hjemmebesøk er innført i Danmark, og at Drammen og enkelte bydeler i Bergen gjør dette. Komiteen er opptatt av gode forebyggende tiltak for eldre og mener at forebyggende hjemmebesøk til alle som fyller 75 år, vil sikre kommunene oversikt over fremtidige behov for tjenester og avdekke behov for tilrettelegging, samtidig som den enkelte og pårørendes behov for oppfølging sikres.

Komiteen viser til de 12 lokalmedisinske sentrene (LMS) og distriktsmedisinske sentrene (DMS) som er etablert. Disse inneholder ulike funksjoner som er lokalt initiert. De inneholder alt fra fastleger, jordmor, dialysetilbud, intermediære senger, tannhelsetjenester til mange andre spesialisthelsetjenester. Det bør vurderes om det bør etableres en statlig hjelpemiddelpool for utleie av særlig kostbart teknisk utstyr.

Det finnes flere gode eksempler: På helsesenteret Sonjatun DMS i Nord-Troms har fire kommuner gått sammen. Her har både omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten plass med ambulerende bemanning fra sykehuset i Tromsø når det gjelder røntgen. Telemedisin er i aktiv bruk, og dette sparer pasientene for lange reiser og samfunnet for store utgifter.

I Valdres finnes et samarbeid mellom seks kommuner og Sykehuset Innlandet om et desentralisert tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten på Fagernes. De har tilbud innenfor blant annet dialyse, røntgen, ortopedi, geriatri, ultralydkontroller og lysbehandling. De har flere poliklinikker med spesialister fra sykehuset i Oppland, noe som gir et bredt og godt tilbud. På Lokalmedisinsk senter på Otta, et nytt og moderne senter, samarbeider kommunene i Nord-Gudbrandsdalen med Sykehuset Innlandet. Senteret inneholder blant annet jordmortjeneste, legevakt,

øyelege, rehabiliteringsavdeling og intermediære plasser. Komiteen er enig i at det er det lokale behov som skal dekkes, men presiserer at oppbyggingen av lokale sentre ikke skal erstatte sykehusenes primær oppgaver. Det er viktig at det ikke bygges opp et nytt nivå med kommunale sykehus, men at det gis samlokaliserte tilbud til dem som har langvarige og sammensatte problemer, og helsehjelp som best kan gis på lokalt nivå. Etablering av LMS er i tråd med samhandlingsreformens intensjon; rett behandling til rett tid på rett sted, og er et kommunalt ansvar. Det er viktig at det skjer kompetanseoverføring fra annenlinjetjenesten, og at det defineres i avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten hva slags tjenester som skal finnes på de lokalmedisinske senterne.

2.4.1 *Legetjenester i kommunene*

Fastlegene har en viktig rolle i kommunehelsetjenesten, og tjenesten har stor brukertilfredshet og tillit i befolkningen. Komiteen mener likevel at fastlegenes rolle innenfor kommunehelsetjenesten må integreres bedre, og at kompetansen må utnyttes mer.

Komiteen mener at for dem som trenger legetjenester, er kontinuitet og kjennskap til legen viktig, og komiteen erkjenner at dette er en utfordring i noen kommuner. Målet må være mer stabilitet når det gjelder legedekning i hele landet. Det er viktig å legge til rette for at leger skal etablere seg, og kommunene har et særskilt ansvar for å kunne tilby gode vilkår, som barnehageplass, fagmiljø, gode vaktordninger og attraktive bosteder.

Komiteen imøteser en revidering av fastlegeforskriften, og mener at en presisering av listeansvar og nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav er viktig å gjennomføre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig i at det gjøres en forskriftsfesting av å kunne pålegge fastlegene 7,5 timer med andre typer allmennlegearbeid ved full praksis.

Flertallet merker seg at det ikke foreslås endringer i finansieringsordningen med per capita-tilskuddet og honorar nå, men at dette skal gjennomgås i forbindelse med arbeidet med forskriften. Flertallet mener at listelengde bør gjennomgås samtidig.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har merket seg motstanden fra høringsinstanser mot å endre finansieringssystemet for fastlegene fra en stykkpris på 70 prosent til en stykkpris på 50 prosent. Disse medlemmer ser at en reduksjon i per capita-tilskuddet

kan komme i strid med samhandlingsreformens målsettinger og føre til utilsiktede virkninger.

Komiteen mener det bør vurderes om en skal sette strengere krav til ventetid og til hvordan fastlegene kan følge opp pasientene som ikke selv etter spør tjenesten. Det er viktig å øke tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp for fastlegens egne pasienter for å begrense presset på legevaktstjenesten. Undersøkelser viser at mange kan vente til neste dag dersom de vet de har mulighet for time hos egen lege.

Komiteen vil peke på at utbyggingen av øyeblikkelig hjelp-tilbud på kommunenivå vil kreve flere leger og annet helsepersonell med forbedret kompetanse. Ikke minst er det viktig at legevaktstjenesten styrkes.

Komiteen mener at det er riktig å se videre på ordningen med å ansette fastleger med fast lønn, og om den skal utvides ytterligere. Dette kan være en fornuftig løsning i kommuner med rekrutteringsproblemer og kan bety lettere rekruttering av yngre leger med familier.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må være flere faste legestillinger i sykehjem og i omsorgsboliger med heldøgns pleie.

Komiteen er opptatt av at det er god tilgjengelighet til fastlegen for unge, og at terskelen for oppmøte ikke er for høy. Drop-in timer og kveldsåpnet kontor kan være gode ideer som flere fastleger bør vurdere.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen i forbindelse med den varslede gjennomgangen av fastlegeforskriften beskriver en fremtid med økt styring og kontroll av fastlegenes arbeid. Disse medlemmer viser til at fastlegene er den del av helsetjenesten innbyggerne uttrykker stor tilfredshet med, og som fungerer effektivt. Disse medlemmer mener at regjeringen gir uttrykk for overdreven tro på kommunal styring med fastlegenes virksomhet. Disse medlemmer har mer tro på bruk av kollegaveiledning og faglig utvikling av fastlegenes arbeid. Disse medlemmer vil vise til at en enstemmig komité i Innst. 212 S (2009-2010) sa følgende:

“Komiteen mener det må innledes et samarbeid mellom berørte myndigheter, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for kommunehelsetjenesten, herunder fastlegenes arbeid. Det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, slik som sykmeldings-

praksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis. Systemet skal også kunne brukes til obligatorisk opplæring og deltakelse i samhandling med andre aktører i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen bør bygge på bl.a. Legeforeningens erfaringer med smågrupper for spesialister i allmennmedisin og bør samordnes med oppfølgingen av den nye IA-avtalen.”

Disse medlemmer kan ikke se at dette er fulgt opp i beskrivelsen av hva gjennomgangen av fastlegeforskriften skal føre til. Disse medlemmer mener også at slike vesentlige endringer i forholdet mellom kommune, fastlege og pasient som regjeringen legger opp til, krever behandling i Stortinget og ikke kan gjøres bare gjennom en ordinær forskriftsprosess.

Ordningen med at fastlegene i all hovedsak har vært private næringsdrivende, har vært vellykket og disse medlemmer legger til grunn at regjeringen i det videre arbeidet med fastlegeordningen ikke svekker denne modellen.

2.4.2 *Kommunal legevaktjeneste*

Legevakten er en viktig tjeneste for befolkningen og gir trygghet for hjelp hele døgnet. Komiteen merker seg at noen steder oppfattes legevakten som et svakt ledd i akuttkjeden, og mener at dette må bedres.

Komiteen mener det er positivt med et felles telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. Det vil kunne forenkle og bedre tilgangen til legevakten. Komiteen mener at det å innføre krav til minimumskompetanse og å forskriftsfeste regler for fritak fra legevakt for fastleger vil virke positivt og øke kvaliteten.

Komiteen mener at videre utvikling av legevaktstjenesten bør skje gjennom utarbeiding av egen legevaktsforskrift, evt. at dette ivaretas gjennom revisjon av akuttmedisinforskriften.

2.4.3 *Pleie- og omsorgstjenester*

Komiteen viser til at pleie- og omsorgstjenesten står foran mange utfordringer som berører andre samfunnssektorer. Antall yngre brukere har økt kraftig de seinere åra, befolkningen eldes, og det blir en knapphet på helsearbeidere.

Komiteen mener framtidens pleie og omsorg må ta utgangspunkt i at de fleste eldre foretrekker å bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Bruk av trygghetsteknologi, bedre tilrettelagte boliger og muligheter for korttidsplasser er i den sammenheng viktig. I en rapport fra SSB (“Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050”, jf. Økonomiske analyser 4/2006, også gjengitt i St.prp. nr. 67 (2006–2007)) er det vist at økningen i kommunale årsverk til pleie og omsorg blir redusert med 20 pro-

sent dersom det forutsettes at økende levealder blir kombinert med forbedret helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at denne forbedringen kan oppnås gjennom de tiltak for forebygging som samhandlingsreformen legger opp til.

Komiteen har merket seg de gode resultatene som er oppnådd ved den såkalte Fredericia-modellen, der det tilbys trening for pleie og selvhjelp framfor hjemmehjelp. Komiteen mener dette er et godt eksempel som bør ses videre på.

Komiteen viser til at om lag 100 000 årsverk i omsorgstjenesten utføres av familie og andre frivillige. Det er avgjørende at viljen til slik hjelp beholdes. Komiteen viser til den gjennomgangen som nå gjøres når det gjelder ulike støtterordninger for pårørende. Kaasa-utvalget er bedt om å skissere minst ett forslag innenfor rammene av dagens omsorgslønnsordning.

Komiteen er særlig bekymret over mangel på helsefagarbeidere som framkommer i de prognosene som foreligger. Rekruttering av helsepersonell med oppdatert kunnskap og kompetanse er viktig. Kompetanseløftet 2015 har flere tiltak som bedrer kompetansen. Det finnes også mange gode lokale tiltak i kommunene som er verdt å se videre på.

Komiteen har merket seg bekymringen som flere høringsinstanser har ytret i komiteens høringer angående profesjonsnøytralitet i den framtidige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det må forankres grundig i forskriftene til de nye lovene at ikke krav om faglighet i tjenestene kan svekkes. De ulike helseprofesjonene som i dag har sitt virke i kommunal sektor, gjør et viktig arbeid ut fra sin fagkompetanse, og en fysioterapeut, helsesøster eller jordmor gjør oppgaver som ikke kan utføres av andre yrkesgrupper.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 424 L (2010–2011) der disse medlemmer går imot en profesjonsnøytral kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

Komiteen mener det skal sikres at kommunene kan sørge for sine innbyggere med et minst like godt spekter av helsetjenester som de gjør i dag. Samhandlingsreformen vil føre til at kommunene får et

større ansvar for helse- og omsorgstjenester for befolkningen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener derfor at dagens lovpålagte oppgaver ikke må svekkes som følge av den nye loven.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at ingen av dagens lovpålagte oppgaver svekkes som følge av den nye loven.

Når det gjelder begrepet øyeblikkelig hjelp, har flere høringsinstanser påpekt at dette ikke er godt nok definert i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester. Komiteen vil understreke at øyeblikkelig hjelp-tilbudet i spesialisthelsetjenesten minst skal opprettholdes på dagens nivå.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at økt kommunalt ansvar på dette feltet ikke betyr at innleggelser i kommunalt tilbud kommer i stedet for sykehusinnleggelser for dem som har behov for dette, men gjelder for dem med relativt avklart sykdomsbilde, men som likevel har behov for observasjon av kvalifisert helsepersonell. Ved Fosen DMS i Trøndelag blir 70 prosent av alle innlagte pasienter sendt tilbake til hjemmet eller institusjonen de kom fra, i stedet for til sykehus. Dette gir pasientene et trygt og hensiktsmessig tilbud. Pasienten slipper belastningen ved lang reise til og fra sykehuset, og dette er riktige bruk av helsekronene. Flertallet merker seg at regjeringen legger opp til lovfesting nå, men at bestemmelsen først skal tre i kraft 1. januar 2016.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at dagtilbud til personer med demenssykdom må lovfestes nå, da det vil være ett av de første tilbudene i omsorgstrappa/tiltakskjeden i kommunen og viktig for å opprettholde god livskvalitet for både den demente og familien. Spesielt for dem som bor alene, vil dagaktivitetstilbud være avgjørende for å utsette innleggelse i institusjon.

Komiteen merker seg flere tiltak som skal bedre hverdagen til den demente og de pårørende. Demensplanen 2015, Den gode dagen, bidrar til å styrke kvaliteten og kompetansen og har tre hovedstrategier: økt dagaktivitetstilbud, tilpassede boliger og økt kompetanse. Komiteen er enig i at det bør lovfestes en plikt til dagtilbud til demente i kommu-

nene, og at det innføres en egen øremerket tilskuddsordning for utbygging. Et godt dagtilbud for mennesker med demens gir pårørende hjelp og avlastning.

Komiteen mener at bygninger med tilrettelagte tilbud for personer med demens bør utformes for å ivareta alle faser i sykdommen, fra de hjemmeboende som besøker dagsenteret, de som kommer regelmessig til avlastning, til de spreke som bor på små avdelinger. Nærhet til utearealer og grøntområder er viktig, og mange kommuner har sansehager og turstier som er sikre og tilrettelagte. Å vise respekt, skape trygghet, legge til rette for god livskvalitet og gi den enkelte et verdig liv må være et felles mål og ansvar. Komiteen er derfor fornøyd med at alle plasser som skal bygges ut eller rehabiliteres, skal være tilpasset personer med demens, og at de skal bygges som små boenheter med fellesskap og tilgang til utearealer.

Komiteen vil understreke det viktige arbeidet som gjøres på de mange eldresentrene. Eldresenter er en sosial møteplass og en god investering i det forebyggende arbeidet. Komiteen merker seg at noen kommuner har kombinert dette tilbudet med helsestasjon for eldre, noe komiteen ser på som en spennende kombinasjon. Dette er rimelige og forebyggende tiltak for kommunene, som kan driftes av organisasjoner og eldre selv. Komiteen vil samtidig understreke viktigheten av tiltak som skal bedre hverdagen til den demente og de pårørende. Demensplanen 2015, Den gode dagen, bidrar til å styrke kvaliteten og kompetansen og har tre hovedstrategier: økt dagaktivitetstilbud, tilpassede boliger og økt kompetanse. Komiteen er enig i at det bør lovfestes en plikt til dagtilbud til demente i kommunene, og at det innføres en egen øremerket tilskuddsordning. Komiteen mener at dette er et viktig løft for eldreomsorgen, og at de nye demensplassene vil bidra til at mange tusen eldre får en meningsfull hverdag, samtidig med nødvendig avlastning for pårørende. Komiteen mener dette er et viktig skritt mot en mer verdig alderdom.

Komiteen er opptatt av at alle som jobber med mennesker med demens har god oppdatert kunnskap. Gjennom Demensomsorgens ABC får helsearbeidere mer kunnskap, noe som kommer alle til nytte.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil presisere at det ikke er noen automatikk i gjennomført kurs i Demensomsorgens ABC og økt kvalitet i demensomsorgen, men det er en god begynnelse og bør være et minimumskrav for dem som skal arbeide med demenssyke.

Komiteen viser til at verdighetsgarantien, som er avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Fol-

keparti og Venstre fra 2007, er vedtatt i forskrift å gjelde fra 1. januar 2011. Forskriften slår fast at kommunen er forpliktet til å legge til rette for en rekke hensyn når tjenestetilbudet utformes, bl.a. at den enkelte eldre skal ha en forsvarlig boform, et variert og tilstrekkelig kosthold, normal døgnrytme og noen å snakke med.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener dette bidrar til økt kvalitet i hverdagen for de eldre, og synes dette er bra.

Flertallet er fornøyd med at forskriften om en verdig alderdom trådte i kraft 1. januar 2011.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at hvis verdighetsgarantien reelt skal fungere som en garanti, kreves både nok bemanning og god kompetanse, og eldreomsorgen må tilføres tilstrekkelig med ressurser. Eksempler på rettigheter som følge av verdighetsgarantien er: kommunen har plikt til å gi sykehjemsplass ut fra en medisinsk vurdering, tilby samtaler om eksistensielle spørsmål, gi tilbud om enerom og plikt til å gi tilstrekkelig og variert kosthold og tilpasset hjelp ved måltider. Disse medlemmer viser til Dokument nr. 15:709 (2010–2011), skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren vedrørende eldre som opplever at garantien blir brutt. I svaret vises det til at tall fra Statens helsetilsyn viser at rundt 50 prosent av dem som retter klager mot kommunen for brudd på rett til nødvendig helsehjelp, får helt eller delvis medhold i klagen. En så stor omgjøringsprosent gir grunn til å tro at flere ville ha vunnet på å fremme en klage dersom de ikke er fornøyd med tjenestetilbudet. Disse medlemmer vil vise til at kommunen har informasjons- og veiledningsplikt og skal ved behov bistå med å utforme klagen og videreformidle til rette instans.

Det har vært lite fokus på forskning på omsorgstjenesten, og komiteen mener at forskningsaktivitet på dette feltet må styrkes. Komiteen merker seg at i Omsorgsplan 2015 har regjeringen styrket den praksisnære forskningen, noe komiteen ser positivt på. Dette må fortsette slik at grunnlaget beslutninger tas på og bygger kvaliteten på, til enhver tid er best mulig.

De nasjonale sentrene for omsorgsforskning må sikres en god og forutsigbar økonomi som grunnlag for styrket aktivitet. Komiteen mener at en satsing på disse sentrene vil bidra til at en raskt får fram nyttig kunnskap om hvordan en best organiserer tjenestene og sikrer kvaliteten i denne store, voksende sektoren.

Komiteen mener høgskolene og universitetene med profesjonsutdanninger bør spille en sentral rolle i samarbeid med kommunene for å sikre praksisnær forskning i helse- og omsorgsfagene i primærhelse-tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener midler til forskning i primærhelse-tjenesten derfor også bør gå til disse institusjonene under forutsetning av at det også utløser midler fra kommunene. Høgskolen Stord-Haugesund sitt samarbeidsprosjekt med kommunene om forskning og utvikling i primærhelsetjenestene er en modell som med fordel kan brukes nasjonalt.

Komiteen viser til prosjektet NOKLUS, som har som mål at laboratorieanalyser utenfor sykehus rekvireres, utføres og tolkes i samsvar med pasientenes behov for utredning, behandling og oppfølging. Alle sykehjem i landet skal ha blitt tilbudt to års gratis deltakelse.

Komiteen vil understreke at bruk av ny teknologi gir nye muligheter. Bruk av telemedisin, kommunikasjonsteknologi og ny velferdsteknologi gjør hverdagen lettere for brukerne og ansatte. Folk kan bo lenger hjemme ved tilrettelegging med alarmsystemer, datakommunikasjon for å kommunisere med familien, eller få større bevegelsesfrihet ved bruk av GPS. Komiteen mener at personvern skal ivaretas, og at dette må tillegges stor vekt, men at reglene ikke må være så rigide at mulighetene ikke kan benyttes.

Komiteen vil bemerke at det finnes mange gode trivselstiltak for eldre, både i regi av kommunene og i frivillige organisasjoner. Trivsel er viktig for helsa, og komiteen viser til det flotte arbeidet som gjøres i tiltaket "Livsglede for eldre", som lager aktiviteter for eldre og er basert på frivillige krefter fra studentmiljøene. "Inn på tunet" er et annet tiltak rettet mot demente, med gode erfaringer. Dette er tiltak som må utvikles videre. Komiteen viser også til "Den kulturelle spaserstokken" som gir flotte kulturtiltak og opplevelser.

Komiteen er opptatt av god ernæring innenfor eldreomsorgen. Mange eldre har dårlig matlyst eller har problemer med å få nok ernæring. Det viktig å ha mer kunnskap om ernæring for alle som arbeider i omsorgen, og dette må være et viktig tema i all helseutdanning.

Komiteen er positiv til at kommunene etablerer lindrende/palliative enheter og hospice. Et slikt tilbud representerer et godt og verdig tilbud til pasienter med behov for blant annet smertelindring. Dette er viktig også for pårørende. Komiteen mener slike enheter kan være et like godt tilbud som det sykehus kan tilby, blant annet fordi tverrfaglig

samhandling i kommunen sikrer helhetlige pasientforløp der pasientens individuelle behov blir godt ivaretatt. Slike enheter vil også kunne fungere som viktig ressurs for den lindrende behandlingen som ellers skjer i kommunenes regi.

Det er viktig å understreke den store betydningen pårørendes arbeid har når det gjelder å ta vare på egen familie. Det finnes i dag økonomiske ordninger som gir støtte, som omsorgslønn og pleiepenger. Det er satt ned et utvalg for å utarbeide en NOU med frist i oktober 2011. Det skal utrede hvordan familier med omfattende omsorgsoppgaver kan gis økonomisk kompensasjon når de gjør oppgaver som kommunen vanligvis plikter å tilby. Mange pårørende gjør en stor innsats for sine nærmeste som kommunen ellers ville hatt ansvaret for. Komiteen mener at det må være klare retningslinjer for hvilke stønader som en har krav på, og at dette behandles likt over hele landet. Komiteen ser fram til denne avklaringen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti registrerer at det ikke vurderes innføring av lovfestet rett til sykehjemsplass, og heller ikke behovet for sykehjemsplasser kartlegges. Målsettingen om full sykehjemsdekning vil derfor verken kunne måles eller nås. Disse medlemmer viser til hovedutfordringen som ligger i kommunenes driftsutgifter, og gjentar behovet for øremerkede driftstilskudd som et viktig virkemiddel for å få bygget flere sykehjemsplasser.

Videre er disse medlemmer av den oppfatning at økt kapasitet i hjemmebaserte tjenester er ikke en god nok løsning for eldre med stort pleiebehov. Dette er ikke noe godt alternativ til den tryggheten som heldøgns pleie og omsorg ved et sykehjem gir.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er nødvendig å kartlegge behovet for sykehjemsplasser, jf. målsettingen om full sykehjemsdekning i 2015, og viser i den forbindelse til Fafo-rapport 2011:12 "Eldreomsorg under press?" og Norsk sykepleierforbunds høringsuttalelse, der det uttales:

"I alt 79 prosent av sykepleierne i eldreomsorgen mener at tjenesten/institusjonen ikke er godt bemannet pr. i dag. De største kommunene kommer dårligst ut. 62 prosent svarer at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen/bydelen er for høy. Ca. tre av ti sier tilbudene av hjemmesykepleie til eldre er for lite bygget ut.

Satsingene som gjøres i dag tar utgangspunkt i at dagens tjenesteapparat dekker behovene i eldrebefolkningen. Det gjør den ikke, spesielt ikke for de sykeste gamle. Det er for få institusjonsplasser og det medfører at andre deler av tiltakskjeden innenfor el-

dreomsorgen får økt belastning og kvaliteten reduseres.

Først må dagens tilbud bygges ut, og opp på et nivå som sikrer de sykeste gamles rett til helsehjelp som befolkningen ellers. Det er viktig å presisere at tilbudet i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns omsorg ikke kan sidestilles."

Disse medlemmer visert til at hjemmebaserte tjenester i økende grad benyttes av andre brukere under 67 år. Regjeringens egen oversikt viser at nesten ni av ti nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til brukere under 67 år, som mottar hjemmebaserte tjenester. I en NIBR-rapport fra 2010 fremkommer det at siden 1992 har hele nettoveksten i de hjemmebaserte tjenestene gått til brukere under 67 år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at omsorgstjenesten har ansvar for hele livsløpet, fra barneboliger til sykehjemsplasser. Regjeringens mål er å skape trygghet for at alle som trenger det, skal være sikret et godt omsorgstilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter ikke dagens ordning, hvor kommunene betaler for sykehjemsdrift, samt at den enkelte betaler størstedelen av sin pensjon for opphold i sykehjem. Disse medlemmer ønsker prinsipielt en annen finansieringsmodell, der staten har ansvaret, og pengene følger brukeren til den institusjonen vedkommende ønsker å benytte seg av, samt at brukeren har en juridisk rett til sykehjemsplass. Disse medlemmer mener imidlertid ikke at den enkelte, eller dennes pårørende, skal være pliktig til selv å velge et sykehjem. De skal ha mulighet og rett til å gjøre det. Denne retten til å velge skal være vedvarende i den forstand at dersom en bruker, eller vedkommendes pårørende, ønsker å bytte sykehjem, skal brukeren ha rett til det innenfor et system med noen tidsfrister. Disse medlemmer understreker at kommunen fortsatt skal være pliktig å gi et tilbud til den enkelte; dette for å sørge for at alle får et tilbud uten å måtte aktivt oppsøke dette på egen hånd.

Videre er disse medlemmer av den oppfatning at det vil være nødvendig å sette et øvre tak for egenbetaling, slik at eventuelt gjenværende samboer/ektefelle ikke blir tvunget til å avskaffe parets bolig ut fra svekket samlet økonomi som følge av sykehjemsopphold.

Komiteen viser til at Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) frykter at bruken av institusjon som permanente hjem skal utvides fra sykehjem og barneboliger til også å omfatte nye institusjonstyper. Ansvarsreformen klargjorde retten mennesker

med utviklingshemming har til å leve aktive og selvstendige liv. Komiteen vil understreke de forpliktelser som følger av reformen, og viser til regjeringens informasjons- og utviklingsprogram. Komiteen vil særlig understreke viktigheten av ansvarsreformen knyttet til botilbud for mennesker med utviklingshemming.

2.4.4 Psykisk helse

Psykiske plager og lidelser er en stor folkehelseutfordring. Opptrappingsplan for psykisk helse har bidratt til at flere har fått behandling. Komiteen er opptatt av en helhetlig tenking når det gjelder psykisk helse, og av at det fokuseres på hele livsløpet fra barn til eldre. Komiteen har merket seg innspill fra Psykologforeningen om at det trengs en egen finansieringsordning for psykologer i kommunene for å kunne tilby lavterskeltilbud, og er kjent med at arbeid med å få dette til er i gang. Komiteen vil understreke hvor viktig det er å sette inn forebyggende tiltak innen rus og psykisk helse så tidlig som mulig.

Komiteen erkjenner at selvmordsadferd er en helsetrussel, og at omsorgsbehovene hos etterlatte ved selvmord må få økt oppmerksomhet i kommunene. Komiteen viser til det viktige arbeidet foreningen LEVE gjør i den sammenhengen. Komiteen mener det må vurderes utarbeidet en nasjonal handlingsplan mot selvmord.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at LEVE bør sikres driftsmidler, som ikke er prosjektavhengige.

Komiteen mener det er viktig at det ikke skjer brudd i behandlingkjeden, og at det finnes botilbud og god kompetanse om psykisk helse i kommunene. Dette er ofte langvarige behandlingsforløp, i mange tilfeller livsvarige. Det er kommunens ansvar å tilby lavterskeltilbud, og komiteen vil vise til gode tilbud som Fontenehusene, det brukerstyrte Huset i Larvik, og Kirkens Bymisjon har.

Komiteen viser til at andre lavterskeltilbud må bygges opp, og psykologene er en viktig del av dette. Det er positivt at det er bevilget 40 mill. kroner i 2011 til å ansette flere psykologer i kommunene, og at det er laget modellforsøk som kan bidra til å øke rekrutteringen av psykologer.

Komiteen merker seg at det finnes prøveprosjekter med oppsøkende team som kan følge opp mennesker med alvorlig psykisk lidelse med store behov. Dette ser komiteen på som spennende prosjekter og ser fram til evalueringen av disse.

Det er kommunenes ansvar å gi gode botilbud og ha oppfølgingen av psykisk syke. Komiteen er kjent med at det er utfordringer knyttet til bosetting.

Komiteen mener det også må vurderes andre typer insentiv for å stimulere kommuner til å forebygge at psykiske lidelser oppstår og forverrer seg.

Komiteen merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede modeller for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, og avventer dette.

Vold i nære relasjoner er en stor utfordring som rammer barn og voksne, der både offer og vitne påvirkes helsemessig. Komiteen er klar over den viktige jobben som gjøres når det gjelder Barnehus, og imøteser at det etableres flere.

Flere fylker har etablert familievoldskoordinatorer. Ved Støttesenteret i Trondheim og Sør-Trøndelag politidistrikt har de tett kontakt med det kommunale og regionale hjelpeapparatet, med en lavterskelprofil. I Vestfold politidistrikt er det ansatt familievoldskordinator som samarbeider med bl.a. barnevern, familievern og krisesenter for raskt å kunne hjelpe barn som er vitne til eller utsatt for vold. Komiteen vil berømme det viktige arbeidet som gjøres på krisesentrene rundt om i landet.

Komiteen vil presisere at barnevernets ansvar for å følge opp og avdekke forhold der barn er involvert, er stort. Det må være etablert gode rutiner for å følge opp bekymringsmeldinger, og solide samarbeidsrutiner mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevernet må også prioriteres. Brudd på rutiner må få konsekvenser for den som svikter.

Kommunene skal ha oversikt over helsetilstanden og rusmiddelbruken i egen kommune og har ansvaret for ettervern og helsetjenester. I statsbudsjettet for 2011 ble det bevilget 407 mill. kroner til kommunalt rusarbeid som en del av opptrappingsplanen på rusfeltet. Disse midlene er ment som en styrking av tilbud til rusmiddelavhengige unge og eldre i kommunene, med mål om et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Komiteen vil presisere at også innenfor dette feltet er samarbeid mellom det offentlige og private/ideelle instanser viktig, og at på dette feltet er mangfold i tilbudene nødvendig. Innenfor rusfeltet må forebygging skje i alle sektorer.

Komiteen er fornøyd med at Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007–2010) er forlenget i påvente av ny stortingsmelding som er varslet i 2011. Komiteen er kjent med Stoltenberg-utvalgets utredning, og forventer at denne følges opp i den nye stortingsmeldingen.

2.4.5 Rehabilitering og habilitering

Komiteen mener det er behov for en sterkere satsing på rehabilitering og habilitering. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2007–2011) understreker at rehabiliteringsfeltet framstår

som fragmentert, hvor de ulike nivåene i altfor liten grad har maktet å samhandle til beste for den enkelte pasient. Tverrfaglighet, brukermedvirkning og individuelt tilpassede pasientforløp er generelt viktig og spesielt for pasienter med mer langvarig rehabiliteringsbehov. Komiteen vil også understreke betydningen av god oppfølging gjennom individuell plan når det gjelder habilitering for mennesker med medfødte eller tidlig ervervede sykdommer eller funksjonshemminger. For mange brukere med omfattende bistandsbehov vil brukerstyrt personlig assistanse (BPA) være et godt tilbud, som kan bidra til at bruker i stor grad kan styre over egen tid og ha et aktivt liv.

Komiteen vil peke på at kommunene må kunne tilby gode og varierte rehabiliterings- og habiliteringstjenester, og støtter at Nasjonal helse- og omsorgsplan vektlegger dette. Ikke minst vil slike tjenester være av betydning for en stadig voksende eldre befolkning, som gjennom god, tverrfaglig rehabiliteringsinnsats i sitt nærmiljø kan mestre hverdagen i eget hjem så lenge som mulig.

Komiteen vil særskilt nevne rehabiliteringstiltaket i Bedrift, som er rettet inn mot arbeidslivet, finansiert gjennom ordningen Raskere tilbake. Prosjektet driftes i Vestfold og Troms, via henholdsvis Kysthospitalet i Stavern og Universitetssykehuset i Tromsø. Prosjektet har gjennom tverrfaglig rehabiliteringsinnsats på utvalgte arbeidsplasser oppnådd svært gode resultater for arbeidstakere med ulike muskel- og skjelettplager. Komiteen mener resultatene fra denne satsingen tilsier videreføring og styrking av dette rehabiliteringsarbeidet. Komiteen vil også bemerke det gode arbeidet som gjøres ved ulike institusjoner, og viser blant annet til Rehabiliteringssenteret AIR på Rauland som har gode resultater når det gjelder arbeidsrettet rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at rehabiliteringspolitikken skal bygge på Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2007–2011) som regjeringen la fram for Stortinget som en del av statsbudsjettet for 2008. Strategien framholder at de spesialiserte rehabiliteringsinstitusjonene har en viktig rolle i den framtidige spesialisthelsetjenesten, men understreker samtidig at rehabilitering i kommunene til ulike grupper av pasienter og brukere må styrkes, og at kontakten og samhandlingen mellom spesialistrehabilitering og den kommunale rehabiliteringstjenesten må bli langt bedre. Flertallet er enig i dette og viser til at spesielt kronikere vil ha behov for rehabiliteringstjenester som går over tid, og dermed ha større nytte av at slike tilbud finnes i eget nærmiljø, i tillegg til den spesialiserte rehabiliteringen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Stortingets omtale av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2007–2011) i forbindelse med behandlingen av Budsjettinnst. S. nr. 11 (2007–2008), da komiteens flertall bemerket at det var:

“...bekymret over den store reduksjon av kjøp av rehabiliteringsplasser i private rehabiliteringsinstitusjoner det siste året...’ (samt viste til) ’at pasientorganisasjoner og ansattes organisasjoner er meget kritiske til manglende økonomi og til at konkrete oppfølgingstiltak mangler.”

Disse medlemmer mener at den bekymringen i ettertid må sies å ha vært berettiget, og fortsatt er gjeldende. Som komiteens flertall den gang bemerket, er veksten i offentlige rehabiliteringsplasser i stor grad rettet mot arbeidsrettet rehabilitering. Disse medlemmer viser til viktigheten av et tilbud til kronikere og eldre innen rehabiliteringsområdet. Etter disse medlemmers syn vil satsing på og bruk av forutsigbare vilkår for de private rehabiliteringsinstitusjonene være nødvendig for å få den satsing på habilitering og rehabilitering som Stortinget har ønsket.

Komiteen vil peke på at kommunal habilitering og rehabilitering skjer både i sykehjem, i egne rehabiliteringsinstitusjoner og hjemme hos pasienter og brukere.

Komiteen viser til Helsedirektoratets strategi for habilitering av barn og unge og vil understreke at det er viktig med individuelt tilpassede rehabiliterings- og habiliteringstilbud. Unge mennesker med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse har særlige utfordringer i en sårbar fase i livet. Komiteen vil understreke at god rehabilitering og habilitering krever tverrfaglighet og bruk av ulike yrkesgrupper. Fysioterapeuter, manuellterapeuter, logopeder og ergoterapeuter er her viktige yrkesgrupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig i at kommunene skal ta større ansvar når det gjelder innholdet i den avtalebaserte fysioterapitjenesten.

Komiteen vil understreke at det er behov for mer forskning om habilitering og rehabilitering, og støtter at Norges forskningsråd skal videreføre forskningen på dette feltet.

Komiteen understreker at den kvalitativt gode rehabiliteringskompetansen som blant annet finnes i spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner, må kunne brukes mer fleksibelt ut over det institusjonsbaserte rehabiliteringsarbeidet. Det kan skje for eksempel

gjennom å tilby tverrfaglige, ambulante team i samarbeid med kommuner, bedrifter og andre samfunnsaktører. Komiteen har merket seg at flere rehabiliteringsinstitusjoner allerede har inngått avtaler med andre samarbeidspartnere i tillegg til oppdrag for de regionale helseforetakene. Et eksempel er stiftelsen RIBO i Saltdal, som både har avtale med Helse Nord og intensjonsavtale med Kriminalomsorgen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Helsedirektoratet skal gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare hva som skal være forholdet mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver, herunder også vurdere hvordan de private, spesialiserte rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene kan arbeide tettere sammen, med tanke på mer helhetlige pasientforløp. Flertallet peker på at flere høringsinstanser understreker viktigheten av dette.

Komiteen merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan de juridiske og økonomiske virkemidlene kan innrettes for å stimulere faglig utvikling på rehabiliteringsfeltet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti konstaterer at regjeringen har bedt Helsedirektoratet foreta en gjennomgang av rehabiliteringsfeltet for å avklare ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener dette også er et politisk spørsmål, og at det bør inngå som en del av en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget i 2012. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet. Planen må sikre at kvaliteten og kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes. Planen skal legge til grunn et fortsatt sterkt innslag av ideelle og andre private tilbud. Nasjonale spesialiserte kompetansemiljøer skal styrkes. Frem til planen er iverksatt, skal regjeringen sikre at eksisterende tilbud har langsiktige avtaler og forutsigbare rammer som sikrer videre drift. Planen skal blant annet bygge på de forslag som fremgår av helse- og omsorgskomiteens tilrådning i Innst. S. nr. 325 (2008–2009), samt inneholde følgende elementer:

- Diabetesplanen følges opp i statsbudsjettet for 2011 med en egen oversikt over hvordan planen skal følges opp årlig økonomisk.
- Ordningen med behandlingsreiser til utlandet utvides, herunder ordning for følgetjeneste.
- Det etableres et eget forskningsprosjekt knyttet til effekten av behandlingsreiser, der man tar sikte på å kartlegge samfunnsøkonomiske og helsemessige gevinster ved slike behandlingsreiser.
- Finansiering av tilbud om varmtvannsbasseng sikres. Muskel- og skjelettlidelser står for en svært stor andel av sykefraværet. Varmtvannsbasseng har store samfunnsøkonomiske gevinster knyttet til lavere sykefravær og mindre forbruk av spesialisthelsetjenester og legemidler.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

“Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget i løpet av 2012. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.”

Disse medlemmer registrerer at regjeringen i stortingsmeldingen har plassert rehabilitering og habilitering som et eget tema under overskriften “Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste”, men ikke har dette som et eget tema under “Fremtidens spesialisthelsetjeneste”. Dette forsterker disse medlemmers bekymring for at en fortsetter å bygge ned det spesialiserte rehabiliteringstilbudet og kompetansen og overfører ansvar og oppgaver på dette feltet til kommunene som disse ikke vil være i stand til å løse.

2.4.6 Tannhelsetjenesten

En god tannhelse er god folkehelse, og mange tannhelseproblemer kan forebygges. Mange har store utgifter til nødvendig tannbehandling, og de fleste over 20 år har ikke rettigheter til refusjon og må betale selv. Tannlegene har fri etableringsrett, og 2/3 av alle tannleger driver privat praksis. Derfor gjelder ingen faste priser, men kunden må selv sjekke hvem som er billigst. Dette kan gjøres på den planlagte prisportalen, som komiteen mener er et positivt tiltak. I portalen kan pasienten sammenligne priser og få informasjon om ulike behandlingsmetoder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folke-

parti, ber regjeringen vurdere muligheten for sterkere regulering av prissettingen for tannhelsetjenester.

Komiteen merker seg at det vurderes å innbefatte tannhelsetjenesten i pasient- og brukerombudsordningen, noe komiteen bifaller.

Komiteen viser til behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Om framtidens tannhelsetjenester, der det forslås flere tiltak for bedre tannhelse.

Komiteen er enig i at det må skje et kompetanseløft i tannhelsetjenesten, siden kun 9 prosent av landets tannleger er spesialister. Komiteen er klar over utfordringene når det gjelder rekruttering av tannleger til deler av landet, og mener at de tiltak som St.meld. nr. 35 (2006–2007) skisserer for rekruttering, må fortsette.

Komiteen er enig i at det etableres kompetansesentre for tannhelsetjenesten i alle regioner, og at fylkeskommunen skal få større ansvar for utdanning, forskning og kunnskapsutvikling. Det forskes for lite på tannhelse, og det er viktig at dette intensiveres.

Komiteen er opptatt av tannpleierens rolle i framtidens tannhelsetjeneste. Komiteen viser til det antatte utdanningsbehovet på 100 nye per år, jf. St.meld. nr. 35 (2006–2007). Dette bør følges opp. Tannpleiere kan gjøre mange forebyggende tiltak, både i skolen og innenfor eldreomsorgen.

Komiteen mener at det bør jobbes videre med å etablere årlig tannhelsekontroll for eldre over 75 år.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det samtidig bør vurderes å innføre ordninger som gir unge under 25 år rimeligere tannhelsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det i dag finnes trygderefusjons-satser for arbeid utført av tannlege, men hvis tannpleier utfører samme arbeid, må pasienten betale selv. Disse medlemmer vil understreke at det nå haster å få ryddet opp i disse skjevhetene.

Komiteen ser det som svært positivt at det er startet et arbeid med å legge til rette for at tannpleiere på selvstendig grunnlag kan praktisere med trygderefusjon for aktuelle refusjonsberettigede behandlinger. Sammen med økt utdanningskapasitet av tannpleiere vil dette bidra til en effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, særlig i privat sektor. Komiteen ser fram til at Stortinget blir forelagt nødvendig lovregulering så snart det lar seg gjøre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstre-

parti og Senterpartiet, ser det som svært viktig at nødvendige endringer i tannhelsetjenesteloven ivaretar en styrking av fylkeskommunenes ansvar i tråd med forslagene i St.meld. nr. 35 (2006–2007), jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008). Dette må blant annet omfatte ansvar for tilgjengelighet, inkludert spesialisttjenester og kompetansesentre, utdanning, forskning og kunnskapsutvikling, og tannhelsetjenestens samhandling med kommunene og med spesialisthelsetjenesten. Det må legges særlig til rette for at den private delen av tannhelsetjenesten kan ta del i å løse offentlige oppgaver. Behovet for tannhelsetjenester på sykehus og samhandling mellom forvaltningsnivåene må særskilt ivaretas. Det vises til Innst. 212 S (2009–2010). Flertallet ser fram til at forslag til ny tannhelsetjenestelov blir forelagt Stortinget i løpet av 2012.

Det er, slik komiteen ser det, viktig å se på ordninger som bedrer tilbudet til psykisk syke med alvorlige diagnoser, og for dem som deltar i Navs kvalifiseringsprogram, slik at disse på sikt får gratis tannbehandling på lik linje med dem som har sosialhjelp som hovedinntektskilde.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at målet om et likeverdig helsetilbud også må gjelde tannhelse, og mener at tannhelse må bli en del av det offentliges ansvar på lik linje med øvrige helsetjenester.

Komiteen mener det er viktig å få fortgang i arbeidet med å utrede ulike modeller for egenandels-tak.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener tannhelsetjenesten må styrkes, både hva gjelder rekruttering av tannhelsepersonell og refusjonsordninger. Disse medlemmer vil fremholde at tennene er en del av kroppen, og at sykdom i munnhulen må ses på som en ordinær diagnose.

Disse medlemmer vil fremholde at regjeringens satsing på spesialistutdanning er for svak, og at det settes av for lite midler til oppbygging av odontologiske kompetansesentra. Disse medlemmer mener også det er på høy tid å få på plass en reform som i særlig grad sikrer at personer med lav betalingsevne og/eller særlig høye tannhelseutgifter får refundert sine utgifter i en slik grad at langt flere har muligheter til å ivareta sin tannhelse på en god måte. Disse medlemmer mener det er på tide at regjeringen nå kommer til Stortinget med oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007) i form av forslag til ny tannhelselov.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil minne om merkningen fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre i Innst. S. nr. 155 (2007–2008), jf. St.meld. nr. 35 (2006–2007) Framtidens tannhelsetjeneste:

“... at eldre som ikke evner å ta vare på egen tannhelse (funksjonssvikt) bør få gratis tannbehandling uavhengig av om de har offentlig hjelp i hjemmet, bor i institusjon eller bor hjemme med pårørende som omsorgspersoner.”

Komiteen vil påpeke at munnhulen er en del av kroppen, og at både tannråte, betennelser og manglende tenner kan gi dårlig helse, blant annet underernæring/feilernæring.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

“Stortinget ber regjeringen legge til rette for gratis tannbehandling til alle eldre med funksjonstap.”

2.5 Framtidens spesialisthelsetjeneste

Komiteen er enig i at spesialisthelsetjenesten må følge med på utviklingen av nye metoder og behandlingsmuligheter. Dette vil dels innebære at oppgaver kan desentraliseres mer enn i dag i takt med oppbygging av kompetanse blant annet gjennom etablering av lokalmedisinske sentre. Komiteen er særlig opptatt av at det legges til rette for at de store grupper med kroniske og sammensatte problemstillinger skal få tjenester nær der de bor, og kort reise til spesialisthelsetjenester av høy kvalitet vil lette byrdene for mange med kroniske sykdommer.

Komiteen erkjenner at kunnskapsutviklingen i medisinen er stor, og dette vil, slik det også uttrykkes i Soria Moria II-erklæringen, fordre en tydeligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten. Dette bør dels skje gjennom samarbeid og deling av oppgaver mellom sykehus og dels ved at oppgaver som krever volum for å få høy kvalitet, samles på et begrenset antall sykehus. For eksempel bør avansert, spesialisert behandling av sykdommer som alvorlig kreftsykdom, avansert brannskadebehandling, store traumer osv. sentraliseres til større sykehus. Komiteen er slik enig i regjeringens mål om å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til Soria Moria II-

erklæringen som omhandler foretaksmodellen, og som slår fast at spesialisthelsetjenesten er et statlig ansvar, og at det vesentlige av tjenestene bør utføres gjennom de statlige eide helseforetakene. Flertallet mener at eierstyringen av foretakene som hovedregel bør konsentreres om overordnede forhold, men slår fast at dagens helseforetaksmodell ikke setter noen begrensning på eiers rett til å styre. Det vil alltid være politiske myndighet som har øverste beslutningskompetanse og ansvar for hvilke saker som skal styres politisk.

Komiteen er enig i at de regionale helseforetakene skal følge føringer gitt i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Komiteen støtter at det skal gjøres en gjennomgang og en evaluering med sikte på forbedringer av helseforetaksmodellen og nødvendige endringer/tilpasninger i lovverket. Komiteen mener det er nødvendig at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.

Komiteen mener at det i denne gjennomgangen og evalueringen må legges vekt på rolle, størrelse, befolkningsgrunnlag, funksjon og hvordan styrene fungerer, styrenes legitimitet, samt regional og lokal forankring.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti registrerer at regjeringen legger til grunn at modellen med regionale helseforetak skal fortsette som før, men med en gjennomgang av ordningen mot slutten av inneværende stortingsperiode. Disse medlemmer er av den oppfatning at en videreføring av modellen med regionale helseforetak vil gjøre at dagens system med store forskjeller i helsetilbudet vil fortsette og forsterkes. Det er et behov for å fjerne det byråkratiserende og fordyrende mellomledet som de regionale helseforetakene har utviklet seg til å bli.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener styringen av norsk spesialisthelsetjeneste i stedet bør erstattes med et sykehusdirektorat.

Komiteen mener alt utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten må skje gjennom deltagelse og reell medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjeneste/brukerorganisasjoner og lokale folkevalgte. Komiteen mener at endringer særlig bør begrunnes i kvalitetsforbedringer for pasientene og riktig bruk av utdannet personell.

Det er de siste årene utviklet mange gode faglige nettverkssamarbeid mellom sykehus, og en del sykehus organisert i felles helseforetak har organisert fel-

les faglig ledelse for flere fagavdelinger med forskjellig geografisk plassering. Komiteen er enig i at det kan være krevende å etablere felles kultur og samhörighet mellom forskjellige enheter. Dette er et ledelsesansvar, og komiteen noterer seg at meldingen presiserer at enkelte sykehus har lyktes med dette ved å beholde lokal administrativ ledelse.

Soria Moria II-erklæringen slår fast at ingen lokalsykehus skal legges ned. Komiteen viser til at lokalsykehuspasientene utgjør mellom 60 og 75 prosent av pasienter i norske sykehus og ca. 60 prosent av pasientene som legges inn, har akutt hjelpebehov innen 24 timer. Komiteen er derfor enig med regjeringen i at lokalsykehusene må ha en tydelig plass i behandlingsskjeder der de bidrar til god og helhetlig behandling. Lokalsykehusene må sikres breddekompetanse for å kunne ta seg av de vanligst forekommende sykdomstilfellene. Det betyr ikke at det ikke skal være endringer i innholdet i det enkelte sykehus, da endringer i faglig utvikling, spesialisering og bosetting vil bidra til naturlige, nødvendige endringer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig med regjeringen i at lokalsykehus minst skal inneholde døgnbehandling innenfor spesialisthelsetjenesten med spesialister med nødvendig breddekompetanse, et bredt tilbud av dagtjenester, som dagkirurgi, et bredt spekter av diagnostisk utstyr som røntgen, laboratorietjenester på døgnbasis, slik at en kan oppnå likeverdige tilbud over hele landet. Flertallet slutter seg til høringsinnspill om at det er viktig for lokalsykehus å bevare breddekompetansen for å sikre rekruttering og kvaliteten i tilbudet.

Flertallet viser til helse- og omsorgsplanens definisjon av lokalsykehus med akuttfunksjon:

“Lokalsykehus med akuttfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis. Lokalsykehus i områder med lange avstander eller vanskelige kommunikasjonsforhold, har et særlig behov for å kunne håndtere akutte tilstander.”

Flertallet er enig i at et lokalsykehus med akuttfunksjoner skal ha nødvendig medisinsk beredskap og personell som sikrer forsvarlig og kvalitativt god behandling. Flertallet mener videre at lokalsykehusene må kunne ta hånd om og stabilisere og/eller videretransportere pasienter som henvises til sykehuset med akutte lidelser, og bidra til riktige behandlingsforløp. Flertallet viser til at krav til forsvarlighet innebærer at de aller fleste lokalsykehus med akuttfunksjon i dag har anestesiberedskap. Flertallet legger til grunn at lokalsykehus med

akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det ikke er akseptabelt at så vesentlige politiske beslutninger som hva som anses som minstekrav for å være sykehus, gjøres i en forskriftsprosess uten at Stortinget er involvert. Disse medlemmer mener at regjeringen må komme til Stortinget på en egnet måte med en sak om minstekrav til ulike typer sykehus, og viser til sine merknader og forslag om dette under kap. 2.1.

Disse medlemmer ønsker at det fastsettes en minstestandard for hva som skal kunne kalles et lokalsykehus, herunder om det skal være akuttfunksjoner og fødetilbud.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til statsråd Liv Signe Navarsetes kommentarer til NRK i Sogn og Fjordane den 7. juni 2011 om at det skal være anestesi ved sykehuset i Nordfjord også i fremtiden. Navarsete sier til NRK: “Et lokalsykehus med akuttfunksjoner skal ha anestesitjenester der det er etablert i dag”. Navarsete sier videre: “Uten anestesitjenester hadde sykehuset blitt et forsterket sykehjem.”

Disse medlemmer er enig med statsrådens kommentarer om nødvendigheten av blant annet anestesitjenester for at man skal kunne ha et sykehus.

Disse medlemmer mener regjeringen må komme tilbake til Stortinget på en egnet måte med en sak hvor det settes minstekrav til ulike typer sykehus som inneholder tjenestene nevnt ovenfor.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet mener at det må være minstekrav at et sykehus har anestesi, indremedisin, kirurgi, samt røntgen/MR/CT og laboratorium 24 timer i døgnet for å kunne kalles et sykehus.

Komiteen mener det er avgjørende at lokalsykehusene er et kvalitetssikret ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

Kompetanse og utdanning er viktig i alle ledd, og det er det regionale helseforetaket som har ansvar for å utdanne tilstrekkelig antall legespesialister. Komiteen vil understreke at lokalsykehusene er viktige utdanningsinstitusjoner for en rekke grupper helsepersonell. Komiteen vil også peke på at det å ha utdanningskandidater er en viktig faktor for rekruttering til sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Fol-

keparti mener at det i forbindelse med behandlingen av nasjonal helseplan burde ha vært en klargjøring av ansvarsdelingen mellom lokalsykehus, distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre. En slik gjennomgang og ansvarsdeling må imidlertid ikke svekke gode etablerte samarbeidsordninger, som for eksempel i Helse Nord der spesialisthelsetjenesteoppgaver finansiert av helseforetakene er samlokalisert og integrert med kommunale helse-tilbud. Disse medlemmer mener at spesialisthelsetjeneste som utføres i distriktsmedisinske sentre og lokalmedisinske sentre, fortsatt skal være finansiert av staten. Disse medlemmer er redd for at den kommunale medfinansieringen som regjeringen anbefaler, vil føre til at de regionale helseforetakene trekker sine økonomiske bidrag til felles tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Da kan resultatet bli mindre samhandling om pasienten, og at gode interkommunale tilbud, som også inneholder spesialisthelsetjeneste, kan bli lagt ned.

2.5.1 Ny kunnskap og teknologi

Komiteen er opptatt av at det tas i bruk ny og oppdatert teknologi som kan gi bedre behandling og bedre prognoser for den enkelte pasient, men er klar over at dette er både kostnadskrevenende og kompetansekrevenende. Det bør være en helhetlig og enhetlig praksis i de regionale helseforetakene, noe komiteen er fornøyd med at departementet nå ser på. Komiteen presiserer at også på dette feltet er det viktig med et nordisk samarbeid, og mener at dette kan gjennomføres på både utprøvende behandling (kliniske studier), og på høyspesialisert teknologi eller kostbar behandling.

2.5.2 Regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Komiteen viser til behandlingen av St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, og slutter seg til de føringer som der ble gitt når det gjelder pålegget til de regionale helseforetakene om å utarbeide flerårig helhetlig og lokal tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i regionen. Komiteen er også enig i den inndelingen som ble gjort i meldingen når det gjelder å vektlegge kvalitetskrav framfor fødselstall ved organiseringen av fødetilbudet.

Komiteen merker seg Helsedirektoratets anbefalinger om at tilbud og drift av forsterkede fødestuer ikke skal videreføres. Komiteen presiserer at trygghet for den fødende og kvalitet på tjenesten må være retningsgivende for alle fødesteder, uavhengig av størrelse og beliggenhet. Det er viktig at det også på store fødeavdelinger er jordmor til stede i den aktive delen av fødselen, fordi dette har stor betyd-

ning for den fødende. Komiteen viser til veilederen (Veileder IS-1877) som anbefaler at hovedregelen er at det skal være faste spesialister som er hoveddelen av bemanningen, og at faste vikarer må kunne norsk eller skandinavisk. Det må være gode samarbeidsløsninger og nettverksløsninger med andre fødeinstitusjoner. Dette betyr et krav til kvalitet og pasientsikkerhet som skal være lik over hele landet. For å sikre kvalitet på tjenesten i tråd med faglige krav og samtidig opprettholde en bærekraftig desentralisert fødselsomsorg må helseforetakene i oppfølgingen av de regionale fødeplanene utarbeide tiltaksplaner for å utvikle fødselsomsorgen der utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk må være de mest sentrale temaer.

Komiteen er enig i at det er viktig med nærhet til fødsels- og barselomsorg, og at det ved lange avstander må være en god jordmortjeneste på døgnbasis for følgetjeneste og oppfølging. Komiteen viser til St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, der følgetjenesten er nøye diskutert. Det er viktig at alle avtaler nå kommer på plass for å sikre en god følgetjeneste for dem som trenger det. Komiteen vil bemerke at kvalitet og pasientsikkerhet skal være lik om det gis i et spesialisert sykehus eller på et lokalsykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Dokument 8:121 S (2010–2011) om tiltak for å styrke kapasiteten og kvaliteten i den kommunale jordmortjenesten for å styrke både svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I dette dokumentet ble det fremmet forslag for Stortinget om å be regjeringen

1. evaluere takstordningen for jordmødre og finne andre mer effektive tiltak for å stimulere til en styrking av jordmortjenesten i kommunene,
2. vurdere å øke utdanningskapasiteten for jordmødre for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i årene fremover,
3. utarbeide en strategi for å få flere jordmødre i heltidsstillinger, forhindre frafall fra yrket og sikre en bedre utnyttelse av jordmorressursene,
4. fremme et lovforslag som sikrer gravide en lovfestet rett til jordmortjeneste, og
5. sørge for at det utvikles og etableres samhandlingsmodeller som fremmer helhetlige tjenester innen svangerskap, fødsel og barseltid.

Etter disse medlemmers syn vil flere av disse tiltakene være nødvendige for å nå målsettingen som ble vedtatt under Stortingets behandling av

St.meld. nr. 12 (2008–2009), der regjeringen ble bedt om

“...å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmørtjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet.”

Disse medlemmer vil også bemerke at regjeringens forslag om å legge opp til at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011), innrettes på en i stor grad profesjonsnøytral måte, risikerer å svekke jordmørtjenesten ved ikke å stille krav til den faglige kompetanse som kreves i fødsels-, svangerskaps- og barselomsorgen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at jordmørtjenesten er sentral for å styrke både svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Flertallet vil presisere at det ikke bare er gravide, men også barselkvinner som har behov for en styrket kommunal jordmørtjeneste. Flertallet er av den oppfatning at jordmørtilbudet i kommunene skal kunne utvikles og styrkes med andre virkemidler enn å innføre en lovfestet rett. Flertallet viser til at lovforslaget tydeliggjør behovet for å styrke det kommunale jordmørtilbudet, og det foreslås en lovregulering som er profesjonsnøytral. Flertallet vil understreke at bestemmelsene om faglig forsvarlighet i tjenesten legger klare føringer på kommunen og sikrer at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. Departementet har foreslått at det i forskrift kan settes krav om innhold i tjenesten, herunder bestemmelse om kompetansekrav for ulike typer tjenester. Flertallet viser også til Helsedirektoratets arbeid med felles faglige retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

2.5.3 *Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus*

Komiteen mener at grunnlaget for hele samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten må utvikles i takt med kommunehelsetjenesten og være den som understøtter og gir kompetanseoverføringer for behandlinger av enkelte pasientgrupper. Lokalmedisinske sentre er gode eksempler på hvordan kommunehelsetjenesten samarbeider med spesialisthelsetjenesten, der det kan være spesialisthelsetjenestetilbud der folk bor.

Avtalespesialistene er viktige bidragsytere og et viktig supplement til poliklinikkene i sykehusene, og sammen med leger fra sykehusavdelingene kan det bli gitt et bredt tilbud dersom samarbeidet er godt. Komiteen er klar over at dagens avtaleverk når det gjelder leger i helseforetakene, er basert på frivillighet, men at dette kan være til hinder for fleksibel bruk

av kompetansen og personell. Komiteen mener at samhandlingsreformen forutsetter fleksibilitet, og dette bør også gjelde for leger ansatt i helseforetakene. Komiteen mener at dette bør ses nærmere på og endres dersom det gir problemer for gode lokale ordninger.

Komiteen er opptatt av at ny teknologi utnyttes bedre, og at det ses på løsninger som kan brukes i pasientens eget hjem. Hjemmedialyse og bruk av IKT for samtale med avdelingen/legen for oppfølging bør utnyttes bedre.

Komiteen vil vise til at forsøksprosjektet med kols-koffert ved Dalane distriktsmedisinske senter er et annet godt eksempel.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener imidlertid det er nødvendig å få utviklet finansieringsordninger og takster for at disse gode forsøksprosjektene skal gå over til å bli nasjonale, permanente tilbud.

Disse medlemmer viser til Avansert hjemmesykehus for barn, den omreisende hjemmesykehustjenesten som startet ved Ullevål sykehus i 2008. Den første målgruppa var barn som ikke absolutt måtte være på sykehuset for å få behandling, men fikk være hjemme mens de var sykehuspasienter. Målet er at flere pasientgrupper og flere pasienter skal få tilbud om å få behandling hjemme etter hvert som hjemmesykehuset får mer erfaring. Det kan også føre til bedre samhandling og kunnskapsoverføring mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (jf. helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen ved åpningen 3. november 2008).

Disse medlemmer mener at både for pasienter og pårørende er hjemmesykehus et viktig og riktig tilbud som bør følges opp.

Komiteen vil understreke at lokalmedisinske sentre eller andre kommunale tilbud ikke skal erstatte lokalsykehus, men være et supplement. Det er viktig med gode avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten slik at det blir en god oppgavefordeling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at lokalmedisinske sentre er et kommunalt ansvar.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil understreke at det må være en rimelig fordeling av utgifter mellom samarbeidspartene i samsvar med deres sørge for-ansvar. Dette skal

ikke være til hinder for at regionale helseforetak bidrar i spleiselag for å finansiere lokalmedisinske sentre.

Dette flertallet viser til at det i 2009 til 2011 har pågått et forsøk med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark. I 2011 er det bevilget 8,2 mill. kroner over kap. 732 Regionale helseforetak post 70 Særskilte tilskudd. I tillegg bidrar Helse Nord RHF, Helse Finnmark HF og kommunene med ressurser. Dette flertallet mener at det er behov for en fortsatt faglig utvikling av sykestuene. Dette flertallet er kjent med at for å sikre drift etter 2011 planlegges tilskuddet på vel 8 mill. kroner videreført i ytterligere tre år.

Komiteen mener at avtalespesialistene representerer et effektivt og tilgjengelig tilbud på spesialisthelsetjenester.

Komiteen viser til at det er forholdsvis stor variasjon i den geografiske fordelingen av avtalespesialistene, og at foretakene må vurdere når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister eller ambulente spesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske tjenester lokalt. Komiteen er kjent med at regjeringen arbeider med å endre rammebetingelsene slik at det skal legges til rette for å videreutvikle avtalespesialistene som en effektiv og viktig del av den desentraliserte spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må utvikles en nasjonal strategi for hvordan ordningen med avtalespesialister kan bygges ut og bidra til å nå målsettingene i samhandlingsreformen.

2.5.4 Psykisk helsevern og tilbudet til rusmiddelavhengige

Komiteen mener det er viktig og riktig å styrke innsatsen for psykisk helse.

Komiteen viser til Soria Moria II-erklæringen der regjeringen sier den vil fortsette å styrke innsatsen for psykisk helse, og mener det er riktig å fullføre den omstillingsprosessen innenfor psykisk helsevern som ble igangsatt under opptrappingsplanen. Gode lokale tilbud er bedre for den enkelte bruker og kan redusere behovet for kostbare døgnplasser.

Komiteen er kjent med at de siste fem år er antall døgnplasser i psykiatriske sykehus redusert med ca. 100 per år, men at Norge fremdeles er ett av de land i Europa som har flest plasser i forhold til innbyggertallet. Komiteen mener likevel at dette bør følges nøye, slik at tilbudet lokalt bygges videre opp og ivaretar den psykisk syke. Det er viktig at pasient og pårørende har den samme tryggheten for oppfølging som tidligere.

Komiteen er kjent med at gode resultater med ambulante team, brukerstyrte plasser og polikliniske tjenester kan utsette eller forhindre innleggelse, men komiteen understreker sykehusenes ansvar når det gjelder akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri.

Det er store utfordringer når det gjelder alderspsykiatri, og noen kommuner har laget gode tilbud i små avdelinger, og noen kommuner samarbeider om felles opplegg. Komiteen mener det er viktig at DPS har oppfølging og kompetanseoverføring til kommuner som driver denne type tilbud.

Komiteen er opptatt av at bruken av tvang skal reduseres, og viser til den vedtatte strategien for dette. Komiteen ser fram til at det offentlige utvalget som arbeider med saken, skal levere sin innstilling.

Komiteen mener det må systematisk bygges opp kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern innenfor rusfeltet, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener dette skal skje gjennom en egen opptrappingsplan. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

“Stortinget ber regjeringen i forbindelse med fremleggelsen av en egen stortingsmelding for rusmiddelpolitikken også etablere en egen opptrappingsplan for rusfeltet. Planen skal legge til rette for en systematisk oppbygging av kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.”

2.5.5 Prehospitale tjenester

Komiteen er enig i de vurderinger som gjøres i stortingsmeldingen når det gjelder de prehospitale tjenestene. De prehospitale tjenestene må gi et helhetlig og likeverdig tilbud med god kvalitet.

Komiteen er enig i at rask respons i nødssituasjoner er nødvendig, men ser at det er vanskelig å gjennomføre en felles responstid i hele landet. Det er viktig med en likeverdig tilgang, og det betyr at det må tilrettelegges spesielt for noen. Komiteen mener det må etableres sms-nødtjeneste som sikrer døve tilgang på nødmeldetjenesten.

Komiteen viser til at sentralisering og desentralisering av behandlingstilbudet, demografisk utvikling og bedre muligheter for rask diagnostikk og behandling for et økende antall lidelser vil kunne øke etterspørselen av både luftambulansetjenester og andre ambulansetjenester. Spesialisering av behandlingstilbudet innebærer flere og lengre transporter av syke og skadde pasienter. Komiteen understreker

behovet for at pasienter som skal fraktes lengre til sykehusene, ofte raskt trenger bistand av kompetent helsepersonell som kan stille diagnose og starte behandlingen før pasienten ankommer sykehus. For å sikre at pasienten fraktes til rett sykehus og at transporten er trygg og rask, mener komiteen at de regionale helseforetakene kontinuerlig må vurdere om det er behov for å øke kapasiteten i luftambulansetjenesten. Videre vil komiteen peke på at både en samling og en desentralisering av behandlingstilbudet vil kunne innebærer økt behov for kompetent og rask overflytting av pasienter mellom sykehus. Kapasiteten for overføring av pasienter mellom sykehus må dimensjoneres slik at denne typen transport ikke beslaglegger kapasitet på en måte som svekker den akuttmedisinske beredskapen. Komiteen viser til at gode landingsplasser på sykehus bidrar til at pasienten kommer raskt og sikkert inn til akuttmottaket. Komiteen vil understreke at det er viktig at landingsplassene må være tilrettelagt for sikker og skånksom transport av pasient på bære.

Komiteen vil også understreke at legevaktstjenesten er en viktig og helt sentral del av det prehospitaltjenestetilbudet.

I forslag til framtidig organisering av nødmedletjenesten som har vært på høring, er felles nødnummer ett av forslagene. Komiteen er kjent med at flere av høringsinstansene, spesielt fra helsetjenesten, er negative til ett felles nødnummer. Komiteen ser fram til at saken om felles nødnummer forlegges Stortinget på egnet måte.

Rusmiddelavhengige som tar overdoser, er en gruppe komiteen mener det må tas spesielt hensyn til. Det må være en god oppfølging etter at noen har tatt en overdose, og den rusmiddelavhengige må bli best mulig ivaretatt på det rette nivået med et helhetlig tjenestetilbud. Oppbygging av rusakutter i de store byene er viktige tiltak og bør fortsette.

2.5.6 Tilgjengelighet, fristbrudd og prioritering

Komiteen er kjent med at over 70 prosent av alle innleggelser i sykehus er øyeblikkelig hjelp, og at dette ikke medfører noe ventetid. Komiteen merker seg at helseforetakene i oppdragsdokumentet har fått beskjed om at ventetidene skal reduseres, og aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører.

Når det gjelder psykiatrien, vil komiteen bemerke at lovfestingen av barn og unges rett til vurdering og henvisning innen ti dager og behandling innen 65 dager har hatt en positiv utvikling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at ventetiden på 65 dager før barn og unge får psykiatrisk behandling, er for lang tid. Det

tilsier et behov for økt prioritering av fagområdet for å sikre barn og unges rett til rask hjelp og behandling. SINTEFs rapport viser nedgang i antall årsverk innen psykisk helsevern, noe som kan forsterkes når kommunene får ansvar for flere oppgaver.

Komiteen er opptatt av et raskt og effektivt pasientforløp når det gjelder kreftbehandling. Helseilsynets rapport fra 2010 om risikofaktorene for kreftpasienter under utredning viser at det er grunn til å se mer på forsinkelsene når det gjelder diagnostisering på ulike nivå.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser sine merknader og forslag ved behandlingen av Dokument 8:130 S (2010–2011), jf. Innst. 418 S (2010–2011), og videre til Dokument 8:147 S (2010–2011). Disse medlemmer mener det må innføres standard behandlingsforløp fra det tidspunkt en sammen med sin fastlege får mistanke om kreft, og til diagnostisering er startet, etter modell fra "Innen 48 timer" i Danmark, samt et forløp for videre behandling og oppfølging. Dette innebærer også etablering av diagnosesentre ved våre største sykehus. Disse medlemmer mener også at kreftpasienter har rett til å få vite forventet ventetid til kreftbehandling og ikke bare historisk ventetid.

Disse medlemmer viser til prioriteringsforskriften. Oppfyllelsen av rett til nødvendig helsehjelp har vist seg å være krevende for helseforetakene, og disse medlemmer er kjent med at flere ikke får den hjelpen de skal ha, når de har krav på den. Disse medlemmer er enig i at fristbrudd for rettighetspasienter ikke er akseptabelt, og disse medlemmer legger til grunn at Helsedirektoratet følger opp de tiltak som er utarbeidet, og som helseforetakene er bedt om å ta i bruk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig i at fristbrudd for rettighetspasienter ikke er akseptabelt. Det er derfor positivt at Helse- og omsorgsdepartementet har tatt utgangspunkt i Helsetilsynets rapport fra 2010 og startet et arbeid med å heve kvaliteten i pasientbehandlingen. Departementet har bedt de regionale helseforetakene om å bruke funnene i rapporten i sitt kvalitetsarbeid.

Flertallet mener at det er viktig at utredning og behandling av kreftsykdommer skjer effektivt og med god kvalitet. Flertallet merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 1. april 2011 til Helsedirektoratet har bedt om at det foretas revisjon av de nasjonale retningslinjene for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med kreftsyk-

dom, med sikte på å innføre maksimale tidsfrister for de ulike ledd i utrednings- og behandlingsforløpet i alle helseforetakene. Tiden mellom mottatt henvisning og start av behandling er et godt mål på sykehusenes effektivitet. Flertallet er fornøyd med at helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen nylig presenterte åtte ulike kvalitetsindikatorer som et ledd i regjeringens satsing på kvalitet i helse-tjenesten. Indikatorene skal gi økt kunnskap og bedre behandling. De åtte indikatorene omfatter fra henvisning til start behandling lungekreft, tykktarmskreft og brystkreft. På landsbasis er disse tallene noe bedre enn f.eks. i Danmark, selv om resultatene spriker en del mellom ulike sykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at regjeringen forventer at helseforetakene skal redusere ventetidene for 2011, og innrømmer at bruk av private aktører kan være en mulighet for å redusere køer. Dessverre registreres det ingen konkrete forslag som kan bidra til dette.

Disse medlemmer har også merket seg at regjeringen viser til at andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten er varierende mellom foretakene, og at regjeringen mener dette er uakseptabelt. Likevel fremmer regjeringen ingen konkrete forslag som kan bøte på dette. Regjeringen ønsker med dette å fraskrive seg sitt ansvar for økende ventetider og brudd på behandlingsfrister.

Disse medlemmer ønsker å sette søkelys på bruk av private aktører for å redusere helsekøene. I høringer i Stortinget har både offentlige og private aktører bekreftet at det finnes ledig kapasitet, og at det kun står på vilje til å benytte denne.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at foretakenes økonomiske situasjon er en begrensende faktor som kan løses ved politisk vilje og handlekraft.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil i denne sammenheng også vise til Dokument 8:131 S (2010–2011), representantforslag om opprettelse av en pasientbro for ablasjonspasienter, som ville fjernet køen av fristbruddpasienter samtidig som man bygget opp kapasiteten i Norge.

2.5.7 *Kvalitet i anskaffelsesprosesser*

Komiteen er enig i at det er viktig med gode regler når det gjelder kjøp av helsetjenester fra helseforetakene, og at det skal gjennomføres anbudsrunder med kvalitet. Evalueringer av prosessene er nødvendig, og komiteen er opptatt av ryddige prosesser med den profesjonalitet en kan forvente av

statlige foretak. Komiteen viser også til innkjøps-samarbeidet HINAS, som bl.a. utfører felles innkjøp av utstyr og materiell til helseforetakene, og komiteen mener at dette er en fornuftig organisering som bør brukes fullt ut.

Komiteen viser til Innst. 149 S (2010–2011) der flertallet beskriver den vesentlige rolle ideelle aktører spiller i velferdsstaten. I innstillingen skriver flertallet:

“Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ser positivt på de intensjoner som framkommer gjennom forslaget. Flertallet legger til grunn at regjeringen vil videreføre arbeidet med å legge til rette for samhandling mellom offentlig sektor og frivillige aktører og ideelle organisasjoner.”

Komiteen imøteser videreføringen av dette viktige arbeidet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det bør innføres en modell med samfunnskontrakt som sørger for at ideelle og andre private aktører får langsiktige og forutsigbare rammer for sin virksomhet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Den svenske modellen kan være et godt utgangspunkt for å utforme en slik kontrakt. Dette vil være et godt rammeverktøy som sikrer denne sektorens muligheter for å optimalisere sine bidrag i helse- og omsorgstjenesten. Det vises i den sammenheng til disse partiers merknader og forslag om dette i Innst. 294 S (2009–2010), Innst. 98 S (2010–2011) og Innst. 287 S (2010–2011).

Komiteen vil understreke betydningen av at det er gode kontrollsystemer som sikrer de ansattes rettigheter og betingelser når oppdrag settes ut til andre, og at brudd på arbeidslivets rettigheter ikke skal aksepteres.

2.6 **Framtidens pasient- og brukerrolle**

Komiteen mener at Nasjonal helse- og omsorgsplan tydeliggjør brukerrollen og viser at medbestemmelse og brukemedvirkning får sentrale roller i framtidens helsetjeneste.

Mange frivillige organisasjoner og private aktører har helse som sitt arbeidsfelt og er et viktig bidrag til den offentlige helsetjenesten. Komiteen vil understreke at disse trenger forutsigbare rammer, og at det må legges vekt på samarbeid og gode avtaler. Komiteen er klar over at for stor uklarhet i roller og ansvar har skapt uro, og er enig i at dette må avklares.

Det er viktig at kommunene har god brukermidvirkning når det gjelder å utvikle egne helsetjenester.

Samarbeid med høringer og prosjekter er gode lokale arenaer. Brukermedvirkningen kan også bidra nasjonalt til å utarbeide og utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Komiteen merker seg den brukermedvirkningen som skjer i de regionale helseforetakene, og sier seg fornøyd med at de regionale helseforetakene har som mål og ha brukermedvirkning på alle nivåer. Det er positivt at noen helseforetak også har etablert brukervalg for psykisk helsevern. Komiteen mener det er rett å opprette brukerråd ved alle distriktpspsykiatriske sentre.

Komiteen er kjent med at flere distriktpspsykiatriske sentre har brukerstyrte plasser for brukere etter avtale. Dette tilbudet bør gjøres tilgjengelig for brukere over hele landet.

Komiteen er fornøyd med at det i lov om helse- og omsorgstjenester foreslås å pålegge kommunene å innhente erfaringer fra pasienter og brukere på en systematisk måte. På den måten vil en kunne få mer kunnskap om hvordan det oppleves å være pasient/bruker, og undersøke hvordan brukermedvirkning oppleves.

Nye IKT-løsninger og elektroniske medier gir muligheter for nye måter å ha lege/pasientmøte på. Komiteen ser fram til at den nasjonale helseportalen blir etablert, og forventer at dette blir et enkelt verktøy som alle kan bruke. Private leverandører leverer sikker kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter via internett og sms. I dag er dette begrenset til timebestilling og resepter, men i fremtiden vil tilgang til egen journal, direkte prøvesvar eller kommunikasjon med fastlegen om videre behandling på nett være mulige pasient/legeforhold. Konsultasjoner på nett brukes allerede, men i fremtiden vil dette kunne skje i enda større grad.

Komiteen merker seg at det vurderes å samle ulike telefontjenester, som Kols-linjen og Diabetes-linjen, i den nasjonale helseportalen. Komiteen vil bemerke at det er viktig at de eksisterende linjene kan fortsette i den region de har, basert på organisasjonenes kompetanse og bemanning, men knyttes opp teknisk og formelt til nasjonal helseportal.

Komiteen vil understreke det viktige arbeidet som gjøres på de mange eldresentrene. Eldresenter er en sosial møteplass og er en god investering i det forebyggende arbeidet. Komiteen merker seg at noen kommuner har kombinert dette tilbudet med helsestasjon for eldre, noe komiteen ser på som en spennende kombinasjon. Dette er rimlige og forebyggende tiltak for kommunene, som kan driftes av organisasjoner og eldre selv.

Det å møte mennesker i samme livssituasjon er nyttig. Barselgrupper, sorggrupper eller kolsgrupper er slike arenaer. Komiteen mener at ungdom kan ha særlige behov og utfordringer når sykdom eller

funksjonsnedsettelse kombineres med den spesielle livsfasen ungdomstiden er. Lærings- og mestrings-sentrene arbeider for å gi kunnskap, bistand og for å lære brukerne å leve med sykdom. Dette er særlig viktig for arbeidet for utsatte grupper. Komiteen registrerer at det er 63 slike sentre som er etablert i helseforetakene, og at de også finnes i kommunal regi. Komiteen er enig i at det bør bli en klarere oppgavefordeling mellom lærings- og mestrings-sentrene ved helseforetakene og i kommunene.

Komiteen viser til høringsinnspill knyttet til ungdomshelse fra organisasjonen Unge funksjonshemmede. Komiteen mener dette er et fagfelt som fortjener mer oppmerksomhet fordi det viktig å sikre at ungdoms behov ivaretas i det vakuumet som kan oppstå mellom opphold på barneavdeling og voksenavdeling.

Individuell plan er et godt virkemiddel for å få til et helhetlig og koordinert helsetilbud for pasienter og brukere. Komiteen vil understreke at dette er brukerens egen plan som skal lages dersom behovet for koordinerte tjenester er til stede. Det er viktig at kommunen følger opp planen, og at det er en koordinerende enhet som følger opp den enkelte.

Komiteen er opptatt av et helhetlig pasientforløp og støtter at kommuner og helseforetak pålegges å inngå avtaler om dette. Komiteen har merket seg at det foreslås en egen bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven om at det skal oppnevnes en koordinator for pasienter med behov for komplekse og koordinerte tjenester. Det foreslås at koordinatoren bør være lege, men at annet helsepersonell også kan benyttes der dette anses best. Komiteen støtter dette og vil peke på at forslaget er i samsvar med merknad fra en enstemmig komité i Innst. 212 S (2009–2010).

Komiteen mener at hensikten med omleggingen må være å gi bestemmelsen om koordinator et reelt innhold som følges opp av helseforetakene. Dagens krav om pasientansvarlig lege er omfattende og har i for liten grad blitt fulgt opp.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at pasienten må ha rett til å skifte koordinator, og viser til at disse medlemmer har fremmet forslag om dette i Innst. 424 L (2010–2011).

Komiteen vil understreke at det er krevende for pasienter å måtte forholde seg til mange leger under innleggelse på sykehus og ved etterkontroller.

Komiteen viser til at Nasjonal helse- og omsorgsplan har som mål at det skal være lik tilgang til helsetjenester. Dette betyr, slik komiteen ser det, at det må tas hensyn til alle grupper som trenger spesiell tilrettelegging, og at ingen skal diskriminere

res, men møtes med respekt. Gode tolketjenester, muligheter for felles forståelse og oppfølging er viktige faktorer for at dette skal lykkes.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener det er spesielt viktig at det legges til rette for økt forståelse for den samiske befolkningens språk, kultur og samfunnsliv. Flertallet er enig i at helse- og omsorgstjenesten vurderer og ivaretar den samiske befolkningens behov i henhold til nasjonale forpliktelser. Særlig viktig er dette i demensomsorgen der språkbarrierene kan bli store. Flertallet er fornøyd med at det forskes på samiske helse- og levekår gjennom Senter for samisk helseforskning som er tilknyttet universitetet i Tromsø.

Komiteen er kjent med at det er relativt store helseforskjeller mellom en del av minoritetsgruppene og den etnisk norske befolkningen. Det er viktig å bygge opp kompetanse i flerkulturell forståelse blant helsepersonell og finne egnede måter å informere om helsetjenester og helseutfordringer på. Komiteen bemerker at også her er språk, tolketjeneste og forståelse for de ulike kulturer viktige faktorer. Pårørende er en viktig ressurs og ofte den viktigste omsorgspersonen. Det er derfor viktig at helseforetakene ikke lager ordninger slik at pårørende lider uakseptabelt økonomisk ved for eksempel dyre parkeringspriser og dyre pasienthotellovernattinger. Komiteen mener pårørende representerer en stor ressurs som bør utnyttes for å bedre forholdene i helse- og omsorgstjenesten da de sitter på nyttige erfaringer. Det er viktig å ha ordninger som gjør at pårørende kan kombinere yrkesliv og omsorgsoppgaver, og komiteen oppfordrer kommunene til å bruke ordningen med omsorgslønn der det er mulig.

Det er også viktig at pårørende støttes og får opplæring i hvordan en kan takle sine nærmestes sykdom, hverdagen og kunnskap om rettigheter en har. Komiteen viser spesielt til pårørendeskoler for pårørende til demente. Barn som pårørende til syke foreldre må ivaretas, og komiteen er fornøyd med at det er gjort endringer i helsepersonelloven og i lov om spesialisthelsetjenester for å ivareta disse best mulig. Helsepersonell er fra 2010 pålagt å ivareta behovet for informasjon og oppfølging, noe komiteen ser positivt på.

Komiteen viser til at brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere praktiske bistand for personer med store hjelpebehov eller for personer som har bistandsbehov av en slik art at denne organisasjonsformen er mest hensiktsmessig. Komiteen mener BPA er et viktig verktøy

som gir mennesker med nedsatt funksjonsevne muligheten til å leve et aktivt og verdig liv. BPA handler om å kunne bestemme over egen hverdag og få innflytelse over hvem som hjelper en. Praktisk bistand kan være å få hjelp til å vaske gulvet, handle matvarer, følge opp barn på idrett, gå på kino osv. Praktisk bistand omfatter bistand til egenomsorg og personlig stell og opplæring i dagliglivets gjøremål. Det er ikke noe krav om at assistenten skal ha helsefaglig utdanning. En stor del av brukerne av BPA mottar også supplerende tjenester fra kommune, slik som hjemmesykepleie, rengjøring og trygghetsalarm.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at kommunen i dag har en plikt til å ha et tilbud om BPA. Flertallet viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal helse- og omsorgsplan varsler at regjeringen framover vil legge til rette for at kommunene kan bygge ut dette tilbudet videre. Flertallet vil understreke behovet for dette.

Flertallet viser for øvrig til merknad og forslag om BPA i Innst. 424 L (2010–2011).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til forslag om å lovfeste retten til BPA som fremmes i Innst. 424 L (2010–2011).

2.7 Kvalitet og kunnskap

Det må være et gjennomgående krav til kvalitet i hele helse- og omsorgstjenesten, og kvalitet bør være integrert i alle relevante utdanninger. Dette betyr en trygg, helhetlig tjeneste og en tjeneste preget av ny og oppdatert kunnskap med stor brukemedvirkning og fokus på etikk. Komiteen ser positivt på at det bygges opp systemer for kunnskapsbasert vurdering ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

2.7.1 Kvalitet og læringskultur

Det er viktig å sørge for god pasientsikkerhet i hele helsetjenesten, og komiteen er fornøyd med at det er varslet en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Komiteen imøteser at det skal foretas en gjennomgang av utprøvede behandling og bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon.

Komiteen viser til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som skal etableres, og er enig i at dette er system som kan gi mer pålitelig kunnskap om kvalitet og sikkerhet. Det er positivt at dette samordnes med OECD og Nordisk ministerråds kvalitetsindikatorprosjekt.

Fortsatt satsing på medisinske kvalitetsregistre er positivt, og komiteen mener dette vil gi bedre grunnlag for forskning og utvikling av nye indikatorer.

2.7.2 *Pasientsikkerhet*

Pasientsikkerhetskampanjen “I trygge hender” som startet opp i januar 2011, er konsentrert om viktige områder der det er behov for bedring. Komiteen er tilfreds med regjeringens forslag om å lovfeste at alle virksomheter skal drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

Komiteen viser til prøveordningen ved alvorlige og uønskede hendelser som er innført, der Statens helsetilsyn er mottaker for varslingen og har ansvar for oppfølgingen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at prøveordningen med en utrykningsenhet og varslingsplikten startet 1. juni 2010, og flertallet er fornøyd med at denne nå foreslås lovfestet. Samtidig ser flertallet det som positivt at regjeringen i større grad har fokus på pårørendes rettigheter.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til disse partienes merknader og forslag i forbindelse med behandlingen av representantforslaget om opprettelse av en egen havarikommisjon for helsetjenesten, jf. Innst. 185 S (2010–2011). Disse medlemmer mener fortsatt at regjeringens prøveordning med utrykningsgruppe fra Helsetilsynet kun innbærer at Helsetilsynet er raskere til stede, men ikke en metodisk ny tilnærming til arbeidet for å redusere skader og feil i helsetjenesten. Disse medlemmer er overrasket over at forsøksordningen gjøres permanent uten evaluering, samtidig som regjeringen sier nei til å prøve ut ordningen med havarikommisjon. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

“Stortinget ber regjeringen i forbindelse med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet utrede og fremme forslag om en havarikommisjon for helsetjenesten etter modell fra Havarikommisjonen for transportsektoren.”

2.7.3 *Kunnskapsutvikling*

Komiteen er opptatt av at alt personell som jobber med brukere og pasienter, må ha elektronisk tilgang til relevant kunnskap og informasjon gjennom tilpassede digitale verktøy.

Komiteen er klar over hvor viktige de regionale helseforetakene er som leverandører av ny

forskning og kunnskapsspredning i helsesektoren, både på egne ansvarsområder og til den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Komiteen har merket seg at det fra 2011 er innført et nytt styringssystem for nasjonale behandlings- og kompetansetjenester for å sikre sterkere og mer dynamisk styring. Når det er bygget opp nasjonal kompetanse på ett område, er det viktig å sikre at dette spres og implementeres i tjenestetilbudet over hele landet. Komiteen noterer seg at departementet skal utrede hvordan man styrker arbeidet med de nasjonale kompetansetjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nasjonale retningslinjer og veiledere er viktige verktøy for helsepersonells mulighet til å gi kunnskapsbaserte og like gode tilbud til pasienter og brukere over hele landet. For å styrke de faglige retningslinjene og vurdere metoder legger regjeringen i meldingen opp til at det etableres flere faggrupper lik de som er etablert på kreftområdet. Komiteen er spesielt positiv til at pasienterfaring og brukervedvirkning skal få større plass i kunnskapsgrunnlaget, noe som også støttes av høringsinstansene.

Komiteen har merket seg at det er utarbeidet et handlingsprogram med nasjonale retningslinjer for lindrende behandling i kreftomsorgen i tråd med retningslinjene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2011), som er anbefalinger og råd om beste praksis. Slik behandling til barn er per i dag ikke inkludert i arbeidet, men vil etter det komiteen kjenner til, bli det når handlingsprogrammet skal revideres av Helsedirektoratet. Departementet skal legge til rette for nasjonale standarder for god palliasjon, både for barn og voksne. Tilbud om palliasjon og hospice er viktige deler av den samlede helse- og omsorgssektoren.

Komiteen mener det er positivt at departementet nå vil etablere et nytt system for innføring av nye kostbare metoder i spesialisthelsetjenesten. Det vil sikre at nye metoder som tas i bruk, er av høy kvalitet, er trygge og har dokumentert god effekt. Det er også viktig å avdekke metoder uten nødvendig dokumentert effekt slik at disse ikke tas i bruk. Forslag om innføring av nye metoder som er ment å gi vesentlig bedre helsegevinst, eller vil øke utgiftene, skal løftes til nasjonalt nivå for gjennomgang. Nye metoder med mangelfullt kunnskapsgrunnlag om effekt bør ikke gis som helsehjelp med mindre det er som utprøvende behandling.

2.7.4 *Forskning og innovasjon*

Komiteen støtter tanken om at god ledelsesforankring, god infrastruktur, et hensiktsmessig regelverk og systemer som sikrer forskerutdanning, karriereløp og forskningsetisk praksis er viktig for et velfungerende forsknings- og innovasjonssystem i

helse- og omsorgssektoren. Det er viktig at det skapes kulturer der det er mulig for helsepersonell å oppdatere seg, og at forskningsarbeid blir prioritert og gitt rom på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Den varslede stortingsmeldingen om utdanning for velferdstjenestene har forskning og forskningsbasert utdanning som sentralt tema med hovedvekt på de profesjonsrettede utdanningenes ansvar for forskning og utdanning av blant annet mange ulike helseprofesjoner.

Det er et mål å øke antall nasjonale helse- og kvalitetsregistre og øke tilgjengeligheten til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker for behandling av pasienter og i forskningsøyemed. Kobling av disse gir unikt grunnlag for forskning om sykdommer og behandling, men må sikres utført slik at personvernet ivaretas. Komiteen vil understreke at muligheten for å forske på disse dataene som for eksempel helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), ikke er godt nok utnyttet grunnet blant annet manglende infrastruktur. Komiteen har merket seg at Norges forskningsråd har bevilget 80 mill. kroner over tre år til et prosjekt for å etablere en nasjonal infrastruktur for norske biobanker, kalt Biobank Norge. Komiteen syns det er spesielt positivt at det vurderes en eventuell norsk deltagelse i et EU-samarbeid om biobankinfrastruktur.

Komiteen mener det er bra at regjeringen vil legge til rette for norsk deltagelse i EUs infrastrukturtiltak for kliniske studier, et nettverk som skal sikre nasjonal deltagelse i kliniske multisenterstudier, økt norsk samarbeid og danne grunnlag for et mulig nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier.

Komiteen er opptatt av at det skal tilrettelegges for økt forskningsinnsats på og om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er positivt slik det legges opp til i forslag om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, at kommunen får et medvirkningsansvar knyttet til forskning for og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at dette skal inn i avtaleverket mellom helseforetak og kommuner. Økt forskningsaktivitet i og om kommunesektorene vil videre kunne bidra til å øke status og styrke rekruttering til denne viktige sektoren.

Komiteen vil trekke fram behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget innenfor tannhelse. Etablerte og planlagte odontologiske kompetansesentre skal ha en viktig rolle i tannhelseforskningen.

Komiteen vil påpeke behovet ikke bare for mer forskning, men også for riktigere forskning. Et viktig virkemiddel her er god oversikt over forskningsaktivitet, ressursbruk og -utnyttelse og resultater av ulik forskning på tvers av sektorene. Forskningsrådet gjennomfører et pilotprosjekt for klassifisering av helseforskning, og systemet er innført i de fire regionale helseforetakene og det nasjonale forsk-

ningsdokumentasjonssystemet Cristin. Systemet vil gi grunnlag for bedre prioritering av forskningsressursene. Komiteen er kjent med at det vurderes en overordnet nasjonal strategi for helse- og omsorgsforskning og innovasjon kalt HelseOmsorg 2021, og imøteser en slik strategi som også fikk bred oppslutning blant høringsinstansene.

Komiteen vil trekke fram at det vektlegges økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon. Innovasjon er viktig for å omdanne kunnskap til nye tjenestetilbud. Komiteen mener derfor at alle forskningsprosjekter bør vurdere mulighetene for innovasjon, slik man i økende grad får til i helseforetakene. Ikke minst vil dette være av betydning for kommunesektoren med dens nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen.

2.7.5 IKT, e-helse og personvern

Komiteen vil understreke at det er viktig med en nasjonal satsing på IKT for å nå målene i samhandlingsreformen. I den forbindelse merker komiteen seg at det legges opp til nasjonal styring av IKT-utviklingen, med tanke på å oppnå god koordinering og kommunikasjon i hele sektoren.

Komiteen vil peke på at regjeringen lenge har arbeidet for å understøtte innføring og bruk av IKT i helse- og omsorgstjenestene. "Samspill 2.0" som ble lagt fram i 2008, er en strategi for bedre samordning og samhandling via IKT i helsesektoren. En viktig satsing er Norsk Helseneett, som skal gi aktørene i helsesektoren et redskap for trygg, felles kommunikasjon. Også Nasjonal helseportal er planlagt og skal ha oppstart i juni 2011. Portalen skal i første omgang gi enkel kvalitetssikret informasjon for så å bygges helt ut etter hvert med et bredt helhetlig tilbud av netjtjenester. Komiteen er tilfreds med at regjeringen også arbeider med andre viktige IKT-satsinger som e-resepter, nasjonal kjernejournal og større bruk av elektronisk meldingsutveksling.

Komiteen vil peke på flere viktige prosjekter som skal understøtte utviklingen av gode IKT- og andre teknologiløsninger i helse- og omsorgssektoren. "FUNNke-prosjektet" i regi av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin involverer over 30 kommuner i Troms og Ofoten og skal gjennomføre en fullskala utbygging av elektronisk samhandling i samtlige kommuner i Universitetssykehuset i Tromsø HF sitt lokalsykehusområde, med elektronisk meldingsutveksling mellom kommunale helse-tjenester, legekantor, helsestasjoner og helseforetak.

Komiteen vil også nevne prosjektet "Bo trygt og godt hjemme" som utvikles i et samarbeid mellom Senter for E-helse i Agder og flere kommuner i Agder-fylkene. Her har man blant annet en felles målsetting for regional satsing innen velferdsteknologi ved å beskrive hvordan man sammen kan imple-

mentere teknologiske løsninger som bidrar til at mennesker med funksjonssvikt kan bo trygt hjemme lengst mulig.

I Vestfold bidrar Trygghetsnettet til å styrke det kommunale tjenestetilbudet ved å gi kunnskap og kompetanse til pårørende som har hjemmeboende pasienter eller brukere med store omsorgs- og bistandsbehov.

Komiteen er tilfreds med at regjeringen har satt ned et utvalg om innovasjon og omsorg, Hagenutvalget, som blant annet skal fokusere på velferdsteknologi i framtidens omsorgssektor. Utvalget skal levere sin innstilling i sommer. Videre har komiteen notert seg at regjeringen i 2012 kommer med en stortingsmelding om IKT og teknologi i helse- og omsorgssektoren. Her vil viktige problemstillinger belyses knyttet til elektronisk meldingsutveksling, netjtjenester til pasient og bruker, velferdsteknologi og kunnskapsstøtte til helse- og omsorgspersonell. Komiteen merker seg at meldingen også skal omfatte spørsmål vedrørende informasjonsforvaltning og personvern.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre viser til disse partienes merknader og forslag i forbindelse med behandlingen av representantforslag om bedre helsetjenester på nett, jf. Innst. 186 S (2010–2011).

2.7.6 Legemidler

Feil bruk av legemidler er årsak til sykdom og et høyt antall innleggelses på sykehus. God informasjon om rett bruk og bedre registrering er av betydning for å sikre ønsket helsegevinst av legemidler og for å unngå farlige bivirkninger. Helsepersonell er avhengig av korrekte opplysninger om pasientens legemiddelbruk og trenger oppdaterte lister over medikamenter pasienten tar. Dette må også omfatte kosttilskudd og naturpreparater som i noen tilfeller kan være uheldige i kombinasjon med legemidler. Komiteen vil peke på at eldre pasienter kan være mer utsatt for skader av feil medisinbruk, ikke minst grunnet bivirkninger ved bruk av flere medisiner. Dette krever ekstra kunnskap og årvåkenhet hos leger og andre. Komiteen mener det er behov for økt oppmerksomhet også om helseskader av medisinbruk hos personer som ikke er pasienter eller brukere av helsetjenester. Det trengs mer informasjon om mulige skadevirkninger av reseptfrie smertestillende tabletter.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til at apotekene har om lag 6 000 ansatte helsepersonell med god spredning over hele landet. Apotekene kan være og ønsker å være en

arena for folkehelseiltak med bl.a. innsats mot livsstilsykdommer.

Komiteen mener apotekene kan brukes bedre av helsetjenesten enn i dag.

Komiteen mener også at bedre IKT-systemer vil kunne sikre oversikt over legemiddelforskrivningen bedre, men inntil elektronisk kjernejournal er på plass, må dette ivaretas på andre egnede måter der pasienten har en oppdatert medisinliste. Det er et legeansvar å følge opp dette. Viktige kvalitetsforbedrende tiltak er tverrfaglige team hvor personell med fagutdanning i farmakologi må inngå. Det fins gode eksempler på at farmasøyt har vært med i legemiddelgjennomgang på sykehjem med færre medisiner i riktige doser til pasienten som resultat. Farmasøytter og klinisk farmakologer er viktige fagpersoner som i større grad bør brukes i rådgivning og i opplæring for legemiddelgjennomgang. Bedre veiledning og opplæring av pasienter, særlig av dem som trenger mye medisiner, vil føre til bedre mestring av sykdommen og færre uheldige bivirkninger. Komiteen vil påpeke at bruken av såkalte multidoser som leveres ferdigpakket fra apotek, kan bidra til mindre feilmedisinering og riktige bruk.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil i denne sammenheng vise til Dokument 8:146 S (2010–2011), representantforslag om bedre og raskere tilgang til legemidler. Disse medlemmer viser til at dette forslaget følger opp St.meld. nr. 18 (2004–2005), Rett kurs mot riktig legemiddelbruk, med en rekke tiltak som vil sikre pasienter raskere, tryggere og bedre tilgang til legemiddelbehandling.

2.8 Personell

Komiteen er innforstått med at en av framtidens største utfordringer for helse- og omsorgssektoren blir å skaffe tilstrekkelig og faglig godt nok kvalifisert personell. Det vil handle om rekruttering, dyktig ledelsesarbeid og utdanninger som tilpasses framtidens sykdomsbilde og økte behov forebyggingsstrategier. Samhandlingsreformen kan kun lykkes under forutsetning av at man klarer dette.

Komiteen merker seg at meldingen framholder at det systematisk skal jobbes med arbeidsmiljø, sykefravær og seniorutfordringer, samt at regjeringen vil begrense bruk av deltid og midlertidige ansettelser og satse på å øke tilgangen på hele, faste stillinger. De regionale helseforetakene er pålagt å redusere andelen deltidsarbeid med 20 prosent i 2011. Komiteen mener dette er positive tiltak for å sikre ansatte stabilitet og bidra til å gjøre arbeid i denne sektoren mer attraktivt. Føringerne i kompetanseløftet

skal videre bidra til at omsorgssektoren tilføres tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.

Komiteen viser til den seinere tids avsløringer av uakseptable arbeidsforhold i helsesektoren. Det er av avgjørende betydning at sektoren har arbeidsforhold som gjør det mulig å leve både av og med arbeidet. Komiteen støtter regjeringens arbeid for å sikre at arbeidsmiljølovgivning og tariffavtaler holdes. Komiteen viser videre til de regionale helseforetakenes arbeidsgiveransvar i spesialisthelsetjenesten og forutsetter at nødvendige tiltak iverksettes for å sikre at regjeringens arbeidsgiverpolitikk, nasjonalt lovverk og tariffavtaler følges. Tjenester som renhold er av avgjørende betydning for pasientsikkerhet og vedlikehold. Komiteen understreker at det er viktig å sikre gode tjenester og skikkelige lønns- og arbeidsvilkår for ansatte i tjenester som er satt ut. Komiteen viser til at regjeringen gjennom sine styringsverktøy sørger for at helseforetakene gjennomgår alle inngåtte avtaler med eksterne leverandører for å sikre at lønns- og arbeidsvilkår er i tråd med nasjonalt lovverk og avtaler.

Komiteen viser til at regjeringen bidrar til opprettelsen av 12 000 nye årsverk i kommunenes pleie- og omsorgssektor fra 2008 til 2015. Komiteen vil vise til rapporten "Utdanne flere og utnytte bedre" fra Helsedirektoratet, der det foreslås en rekke tiltak for å møte utfordringene innen helse- og omsorgssektoren, bl.a. en rekke tiltak for å rekruttere og holde på personell.

Komiteen vil trekke fram at det skal legges vekt på trygge pasientforløp med sterkere brukermedvirkning. Dette skal synliggjøres i ny framtidig forskning, utdanningsforløp og praksis. Det er også viktig å legge vekt på behovet for økt forskning i kommunehelsesektoren og i tannhelsetjenesten, og komiteen mener at meldingen legger opp til at det tilrettelegges for slik arbeid.

Komiteen er kjent med at det arbeides med endringer i dagens turnusordning for leger som skal erstatte dagens turnustjeneste. Komiteen understreker at endringer i dagens turnusordning minst må opprettholde dagens kompetansenivå og legedekning.

Komiteen viser til at spesialistutdanning for leger skal gjennomgås med sikte på framtidens behov for kompetanse.

Komiteen ser positivt på at det er et viktig prinsipp at rekruttering av internasjonalt personell må skje på en etisk forsvarlig måte. Den vestlige verden har et felles ansvar for å unngå omfattende "brain drain" av helsepersonell fra fattige land med mindre ressurser. Men en større del av vårt helsepersonell og pasientgrunnlag er, og vil i økende grad være, flerkulturelt. Det er derfor positivt at språk og kultur-

kompetanse i større grad skal vektlegges i framtidens helse- og omsorgssektor.

Komiteen vil peke på at det er grunnleggende viktig at alle som ansettes med direkte pleie- og omsorgsoppgaver, har gode norsk-kunnskaper. Dette har blitt særlig viktig når en så stor andel av dem som får godkjenning, har sin utdanning fra utlandet. Ansvaret for å sikre at krav på dette området blir oppfylt, er delt mellom myndigheter og arbeidsgivere.

2.8.1 Utdanning og rekruttering

Komiteen mener det er positivt at utdanningsforløpene sterkere skal ivareta framtidens behov ved å legge økt vekt på breddekompetanse. Det betyr økt vekt på tverrfaglighet, samhandlingskompetanse, respekt og kunnskap om og for pasienten gjennom sterkere brukermedvirkning, og folkehelsearbeid med forebygging som sentralt ansvar i alle helseprofesjoner. Samtidig vet man at det ennå er store variasjoner når det kommer til praksisundervisningen og læretiden. Komiteen mener at det er av stor betydning at praktisk opplæring skjer i et tilrettelagt miljø med fokus på og forståelse for læring, der studentene også stimuleres til å tilegne seg forskningsbasert kunnskap gjennom praktiske oppgaver.

Komiteen er opptatt av framtidens behov for rekruttering til sektoren. Det meldes om frafall i videregående skoler til disse utdanningene, og det arbeides med å rekruttere til helsefagarbeiderutdanningen. Komiteen imøteser stortingsmeldingen om utdanning for velferdsutdanningene som vil ta utgangspunkt i kompetansebehovene i arbeidslivet og presentere en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger. Samtidig er det viktig at det tilrettelegges for at ufaglærte som allerede jobber i sektoren, gis mulighet til formell kompetanseheving. Komiteen vil vise til TOPP-prosjektet i Larvik som svært vellykket for å skaffe til nå 67 ufaglærte formell kompetanse som kan føre fram til fagbrev som helsefagarbeider. For å motivere ansatte til å delta i slike opplegg bør deltakerne være prioritert for økt stillingsprosent. En annen faktor som kan øke motivasjonen, er at utdanning gir nye og spennende arbeidsoppgaver. Sykefraværet hos de ufaglærte er vanligvis høyere, og slike prosjekt vil også kunne bidra til å minske dette. Komiteen mener slike prosjekter er eksempler på hvordan man kan møte behovet for økt kompetanse på den ene siden og målet om å rekruttere flere ansatte i helsesektoren i kommunen på den andre.

Komiteen understreker det ansvar kommuner og helseforetak har for å sørge for tilstrekkelig antall lærlingplasser for helsefagarbeidere, og forutsetter at dette følges opp for å sikre den videre rekrutteringen.

Komiteen er kjent med at det er bedre kapasitet av personell med bachelor- og mastergrad enn av

personell med lavere utdanningsgrader. Stortingsmeldingen viser at hvis disse personellgruppene samhandler tettere, kan de utfylle hverandre bedre. Et godt eksempel her er tannpleiere og tannleger. Slike tiltak vil også avhjelpe de geografiske forskjellene vi ser i tilgang på ulike helseprofesjoner.

Komiteen ser at det i økende grad etterspørres såkalt dobbeltkompetanse innenfor flere helseprofesjoner, det vil si personer som innehar både forsker- og spesialistutdanning. Det er etablert parallelle løp for psykologer og tannleger for å oppnå dette.

Komiteen mener det er positivt at de regionale helseforetak er pålagt et felles ansvar for praksisplasser også for utdanninger som ikke er etablert i alle regioner, slik det er presisert i oppdragsdokumentet for 2011. De regionale helseforetakene skal videre ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger som skal styrke utvikling av lokalsykehus og bedre samhandlingen med kommunene. Komiteen vil også trekke fram at de regionale helseforetakene skal sørge for tilstrekkelig antall læreplasser i blant annet ambulansesarbeiderutdanningen. De skal også i samarbeid med utdanningsinstitusjonene sørge for tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og medisin.

Komiteen framholder det stortingsmeldingen sier om at tilgjengelige ressurser må utnyttes på best mulig måte, og det betyr at oppgaver fordeles hensiktsmessig slik at arbeidskraften utnyttes for å oppnå høyest mulig kvalitet for brukeren. Kompetanse kan innenfor dette også nyttiggjøres annerledes enn i dag, som for eksempel gjennom deltagelse i tverrfaglige team. Men komiteen mener det er viktig å påpeke overfor både yrkesgruppene, kommuner og helseforetak at profesjonskunnskap på ingen måte skal utvannes. De ulike faggrupper i helse- og omsorgssektoren må lære å trekke veksler på hverandres kunnskap og bidra faglig sammen for å se hele pasienten.

Komiteen mener det må arbeides kontinuerlig for å sikre gode ansettelsesrutiner, og dette er et overordnet ledelsesansvar. At helsepersonell har de nødvendige godkjenninger, autorisasjoner og er uten alvorlige anmerkninger er av stor betydning for pasientsikkerheten. Det er behov for god informasjonsutveksling om slike forhold på tvers av landegrensene slik at uskikket helsepersonell ikke skaffer seg arbeidsforhold i et nytt land uten at dette er kjent for arbeidsgiver. Komiteen mener det er positivt at de nordiske helseministrene har inngått avtale om bedre utveksling av informasjon på tvers av landegrensene. Komiteen har merket seg forslaget fra Nordisk Råd om et elektronisk register i Norden for bedre å ivareta denne informasjonsflyten, og mener dette vil være et godt tiltak. Komiteen mener at på sikt vil et slikt register være aktuelt å utvikle for hele Europa.

2.8.2 Ledelse og arbeidsmiljø

Å være leder i helsesektoren er en krevende oppgave; man har ansvar for komplekse problemstillinger og ulike profesjoner. Komiteen har merket seg at flere høringsinstanser har trukket fram behovet for formalisert kunnskap om og arbeid med lederutvikling og ledelsesarbeid. Spesialisthelsetjenesten har jobbet systematisk med dette siden sykehusreformen i 2002, og i kommunesektoren har det vært jobbet med opplæring i ledelse gjennom “Flink med folk” og “Flink med folk i første rekke”, samt gjennom en egen opplæringspakke i Kompetanseløftet 2015. En evaluering av dette arbeidet skal ferdigstilles i 2012 av Norsk institutt for by- og regionforskning. Komiteen vil også trekke fram at det er et ledelsesansvar å ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i egne virksomheter.

Komiteen er bekymret for sykefravær blant ansatte i helse- og omsorgssektoren som er noe høyere enn i andre sektorer. Fraværet er også høyere for kvinner enn for menn. Omkring hver tiende arbeidstaker i kommunale omsorgstjenester slutter innen ett år for å gå over i annet arbeid, eller de forlater arbeidslivet helt. Komiteen ser med bekymring på denne utviklingen og er tydelig på at det må være et ledelsesansvar å sørge for at ansatte både ønsker og evner å stå lenger i slike jobber.

Komiteen er fornøyd med at stortingsmeldingen vektlegger viktigheten av etiske verdier i sektoren. Pasienter og pårørende skal møtes med respekt og forståelse, og brukermedvirkning er av stor betydning for at pasienters behandlingsforløp skal optimaliseres. I foretaksmøte av 2011 er det stilt krav om retningslinjer for etisk forsvarlig opptreden, og disse skal være kjent og ligge på foretakenes hjemmesider. Klinisk etikk-komiteer er opprettet ved alle helseforetak, og det er opprettet flere etikk-komiteer i kommunehelsetjenesten de seinere årene. Komiteen er også kjent med at regjeringen viderefører samarbeidsprosjektet om etisk kompetanseheving, et samarbeid mellom departementet, Helsedirektoratet, yrkesorganisasjonene og KS.

Helse- og omsorgssektoren har flerkulturelle arbeidsplasser. Det krever mer av ledere når arbeidstakere kan oppleve situasjoner ulikt som følge av ulik kulturell bakgrunn, eller har reaksjoner på hverandres kulturelt betingede adferd.

Forebygging av sykefravær og utstøting av arbeidslivet skal styrkes. Komiteen viser til NOU 2010:13, Arbeid for helse – sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren, som er lagt fram. Utvalget legger til grunn at IA-avtalen må være førende for å redusere problemer knyttet til dette, og det legger vekt på betydningen av samarbeidet mellom partene i arbeidslivet, tilsynsmyndigheter og andre myndigheter.

2.9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og omsorgsplan gir overordnede politiske føringer for 4-års-perioden mellom 2011 og 2015. Komiteen er kjent med behovene for økt innsats innenfor kompetanse, folkehelse og utvikling av primærhelsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har merket seg at regjeringen vil fullfinansiere de nye oppgavene kommunene får gjennom samhandlingsreformen.

Flertallet viser til at kommunene har kunnet søke etableringsmidler knyttet til samhandlingsmidler, men merker seg at denne ordningen nå fases ut i takt med at nye finansieringskilder blir etablert i planperioden.

Flertallet er klar over at de fleste tiltakene i planen ikke har store økonomiske eller administrative konsekvenser. Viktige unntak er de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, som kommunal medfinansiering for spesialisthelsetjenester, kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter og etablering av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I forbindelse med overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenester til kommunene skal det også skje overføring av budsjettmidler. En større del av veksten i helsetjenestens budsjetter skal skje i kommunene, blant annet for å ivareta behovet for økt forebyggende folkehelsearbeid. Den kommunale medfinansieringen er i håndtert som en del av den aktivitetsbaserte DRG-finansieringen og skal derfor ikke gi økte kostnader av betydning i forbindelse med oppgjør eller betaling for kommuner og regioner.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at nye oppgaver som overføres til kommunen, skal være fullfinansierte. Disse medlemmer viser til at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester er uklar på hva som er kommunenes nye oppgaver, og at dette derfor vanskeliggjør beregning av hva som faktisk blir kommunenes økte kostnader som følge av den nye loven. Disse medlemmer er derfor bekymret for at helseforetakene skyver nye oppgaver over på kommunene, uten at de økonomiske konsekvensene av dette

er beregnet, og at kommunene får sørge for ansvar for disse oppgavene uten å ha et økonomisk grunnlag for å løse dem.

Disse medlemmer mener at nye oppgaver ikke bør overføres til kommunene før de har muligheter for å løse dem. Derfor bør oppgaveoverføringen skje gjennom at den årlige veksten i kommunehelsetjenestens ressurser blir høyere en veksten i spesialisthelsetjenesten. Stortinget kan styre en slik utvikling uten å innføre kompliserte nye finansieringsystemer eller ved å flytte penger fra sykehuse til kommunene. I tillegg mener disse medlemmer at ulike modeller bør prøves ut i ulike deler av landet. Disse medlemmer mener derfor det er feil at ordningen med etableringsmidler for samhandlingstiltak som kommunene har kunnet søke på, nå fases ut.

Komiteen viser til at Norsk pasientregister (NPR) er primærkilden for styringsdata i spesialisthelsetjenesten. Relevante data fra dette må gjøres tilgjengelig for kommunene for korrekt beregningsgrunnlag om kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter i økonomiske oppgjør. Komiteen merker seg at de allerede etablerte rutiner for kvalitetssikring av utbetaling gjennom innstiltstøttet finansiering (ISF) er tenkt utvidet som kvalitetssikring av grunnlag også for kommunal medfinansiering av somatisk behandling. Komiteen er videre kjent med at Helsedirektoratet vil stå som forvalter av ordningene. Komiteen vil trekke fram at det i planen fastslås som et sentralt premiss at det gis god og kvalitetssikret styringsinformasjon fra spesialisthelsetjeneste til kommunene. For å sikre dette har bevilgningen til NPR økt med 5 mill. kroner i 2011 til å utvikle kommunale data på forbruk av spesialisthelsetjenester.

Komiteen imøteser at det igangsettes følgeevaluering av reformen i regi av Norges forskningsråd i 2011 som vil gi nyttig informasjon og være bakgrunn for eventuelle justeringer av virkemidlene.

Komiteen viser til Kommuneproposisjonen for 2011 og det kommende statsbudsjettet for 2012. Komiteen vil understreke at kommunene har behov for at avklaring av de økonomiske rammene skjer på en måte som gjør det mulig å lage langsiktige planer for gjennomføring av en så omfattende og viktig reform.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen umiddelbart starte arbeidet med å utvikle en operativ nasjonal helse-, omsorgs- og sykehusplan som kan fremmes for Stortinget senest i 2013 og avløse Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget i løpet av 2012. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen i forbindelse med fremleggelsen av en egen stortingsmelding for rusmiddelpolitikken også etablere en egen opptrappingsplan for rusfeltet. Planen skal legge til rette for en systematisk oppbygging av kapasitet og kompe-

tanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen i forbindelse med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet utrede og fremme forslag om en havarikommisjon for helsetjenesten etter modell fra Havarikommisjonen for transportsektoren.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen legge til rette for gratis tannbehandling til alle eldre med funksjonstap.

4. Komiteens tilråding

Komiteen viser til meldingen og merknadene og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Meld. St. 16 (2010–2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. juni 2011

Bent Høie

leder

Sonja Mandt

ordfører

