Innst. 11 S

(2015–2016)

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

Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2016, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)

Innhold

Side

1. Regjeringens budsjettforslag 5

2. Stortingets vedtak om budsjettramme 15 9

3. Innledning 9
3.1 Innledende merknader fra partiene 10
3.1.1 Innledende merknad fra Høyre og Fremskrittspartiet 16
3.1.2 Innledende merknad fra Arbeiderpartiet 21
3.1.3 Innledende merknad fra Kristelig Folkeparti 27
3.1.4 Innledende merknad fra Senterpartiet 29
3.1.5 Innledende merknad fra Venstre 32
3.1.6 Innledende merknad fra Sosialistisk Venstreparti 34

4. Merknader til de enkelte kapitler 35
4.1 Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet 35
4.2 Kap. 701 Direktoratet for e-helse 36
4.3 Kap. 702 Beredskap 40
4.4 Kap. 703 Internasjonalt samarbeid 40
4.5 Kap. 710 Folkehelseinstituttet 41
4.6 Kap. 712 Bioteknologirådet 42
4.7 Kap. 714 Folkehelse 43
4.7.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter 45
4.7.2 Post 60 Kommunale tiltak 48
4.7.3 Post 70 Rusmiddeltiltak mv. 50
4.7.4 Post 74 Skolefrukt mv. 51
4.7.5 Post 79 Andre tilskudd 52
4.8 Kap. 720 Helsedirektoratet 55
4.8.1 Post 1 Driftsutgifter 58
4.8.2 Post 21 Spesielle driftsutgifter 58
4.8.3 Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold 58
4.8.4 Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land 58
4.8.5 Post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler 59
4.8.6 Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg 59
4.9 Kap. 721 Statens helsetilsyn 61
4.10 Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning 61
4.11 Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 62
4.12 Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten 63
4.13 Kap. 729 Pasient- og brukerombud 63
4.14 Kap. 732 Regionale helseforetak 64
4.14.1 Post 70 Særskilte tiltak 78
4.14.2 Post 70 Særskilte tilskudd 80
4.14.3 Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester 80
4.14.4 Post 79 Andre tilskudd 81
4.15 Kap. 733 Habilitering og rehabilitering 82
4.16 Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak 84
4.16.1 Post 1 Driftsutgifter 85
4.16.2 Post 21 Spesielle driftsutgifter 85
4.16.3 Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket 85
4.16.4 Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede 86
4.16.5 Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus 86
4.17 Kap. 750 Statens legemiddelverk 86
4.18 Kap. 751 Legemiddeltiltak 86
4.19 Kap. 761 Omsorgstjeneste 87

Side
4.19.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter ... 90
4.19.2 Post 60 Kommunale kompetansetiltak ... 93
4.19.3 Post 61 Vertskommuner ... 94
4.19.4 Post 62 Dagaktivitetstilbud ... 94
4.19.5 Post 63 Investeringstilskudd og post 64 Kompensasjon renter og avdrag ... 95
4.19.6 Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene ... 97
4.19.7 Post 67 Utviklingstiltak ... 98
4.19.8 Post 68 Kompetanse og innovasjon ... 98
4.19.9 Post 71 Frivillig arbeid ... 98
4.19.10 Post 72 Landsbystiftelsen ... 99
4.19.11 Post 73 Særlige omsorgsbehov ... 99
4.19.12 Post 75 Andre kompetansetiltak og post 79 andre tilskudd ... 99
4.20 Kap. 762 Primærhelsetjeneste ... 99
4.20.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter ... 101
4.20.2 Post 60 Forebyggende helsetjenester ... 101
4.20.3 Post 61 Fengselshelsetjeneste ... 105
4.20.4 Post 62 Øyeblikkelig hjelp ... 105
4.20.5 Post 63 Allmennlegetjenesten ... 107
4.20.6 Post 70 Tilskudd ... 107
4.20.7 Post 73 Seksuell helse ... 108
4.21 Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid ... 109
4.21.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter ... 112
4.21.2 Post 60 Kommunale tjenester ... 112
4.21.3 Post 61 Kompetansetiltak ... 113
4.21.4 Post 62 Rusarbeid ... 113
4.21.5 Post 71 Brukere og pårørende ... 113
4.21.6 Post 72 Frivillig arbeid mv. ... 113
4.21.7 Post 73 Utviklingstiltak ... 116
4.21.8 Post 74 Kompetansesentre ... 118
4.21.9 Post 75 Vold og traumatisk stress ... 118
4.22 Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv. ... 118
4.23 Kap. 770 Tannhelsetjeneste ... 120
4.24 Kap. 780 Forskning ... 121
4.25 Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. ... 123
4.26 Kap. 783 Personell ... 124
4.26.1 Post 61 Turnustjeneste ... 125
4.26.2 Godkjenningsordning for personell utdannet i land utenfor EØS og Sveits ... 126
4.26.3 Alternativ behandling ... 126
4.27 Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. ... 126
4.27.1 Post 70 Spesialisthjelp ... 126
4.27.2 Post 71 Psykologhjelp ... 126
4.27.3 Post 72 Tannbehandling ... 126
4.27.4 Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt. ... 127
4.28 Kap. 2751 Legemidler mv. ... 127
4.28.1 Post 70 Legemidler ... 128
4.28.2 Post 71 Legeerklæringer ... 130
4.28.3 Post 72 Medisinsk forbruksmateriell ... 130
4.29 Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling ... 131
4.30 Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. ... 132
4.31 Kap. 2756 Andre helsetjenester ... 132
4.32 Kap. 2790 Andre helsetiltak ... 133
4.32.1 Post 70 Bidrag ... 133
4.33 Driftskutt ... 133
4.34 Oversikt over bevilgningsforslag ... 133

Side

5. Forslag fra mindretall 138

6. Komiteens tilråding 139

Innst. 11 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2016, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)

Til Stortinget

Komiteen fremmer i denne innstillingen forslag om bevilgninger på statsbudsjettet for 2016 under de kapitler og poster som er fordelt til komiteen på rammeområde 15.

1. Regjeringens budsjettforslag

Oversikt over budsjettkapitler og poster i rammeområde 15

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1 (2015–2016)
		Utgifter	
Helse- og omsorgsdepartementet			
700		**Helse- og omsorgsdepartementet**	
	1	Driftsutgifter	207 965 000
701		**Direktoratet for e-helse**	
	1	Driftsutgifter	181 991 000
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	254 628 000
	70	Norsk Helsenett SF	122 878 000
	71	Medisinske kvalitetsregistre	38 272 000
702		**Beredskap**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	30 141 000
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 762 000
703		**Internasjonalt samarbeid**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	66 352 000
710		**Folkehelseinstituttet**	
	1	Driftsutgifter	898 171 000
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	700 248 000
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	18 195 000

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1 (2015–2016)
712		**Bioteknologirådet**	
	1	Driftsutgifter	8 719 000
714		**Folkehelse**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79*	148 851 000
	60	Kommunale tiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	43 910 000
	70	Rusmiddeltiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	123 728 000
	74	Skolefrukt, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	35 602 000
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	56 137 000
720		**Helsedirektoratet**	
	1	Driftsutgifter	1 110 144 000
	21	Spesielle driftsutgifter	46 090 000
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	4 108 000
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	46 305 000
721		**Statens helsetilsyn**	
	1	Driftsutgifter	114 991 000
722		**Norsk pasientskadeerstatning**	
	1	Driftsutgifter	161 823 000
	70	Advokatutgifter	36 200 000
	71	Særskilte tilskudd	35 968 000
723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**	
	1	Driftsutgifter	103 970 000
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	22 500 000
729		**Pasient- og brukerombud**	
	1	Driftsutgifter	61 117 000
732		**Regionale helseforetak**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	19 322 000
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	776 020 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering, *kan overføres*	519 975 000
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	54 088 341 000
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	19 092 194 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	14 436 023 000
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	12 881 489 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	31 627 870 000
	77	Poliklinisk virksomhet mv., *overslagsbevilgning*	4 086 562 000
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, *kan overføres*	1 103 523 000
	79	Raskere tilbake, *kan overføres*	584 157 000
	82	Investeringslån, *kan overføres*	1 229 992 000
	83	Opptrekksrenter for lån fom. 2008, *overslagsbevilgning*	37 000 000
733		**Habilitering og rehabilitering**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	12 538 000
	70	Behandlingsreiser til utlandet	123 148 000
	72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*	3 374 000

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1 (2015–2016)
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	16 253 000
734		**Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak**	
	1	Driftsutgifter	49 519 000
	21	Spesielle driftsutgifter	14 299 000
	70	Tvunget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 563 000
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	79 078 000
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	19 593 000
750		**Statens legemiddelverk**	
	1	Driftsutgifter	273 886 000
751		**Legemiddeltiltak**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 681 000
	70	Tilskudd	69 769 000
761		**Omsorgstjeneste**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	134 331 000
	60	Kommunale kompetansetiltak, *kan overføres*	114 150 000
	61	Vertskommuner	940 115 000
	62	Dagaktivitetstilbud, *kan overføres*	296 333 000
	63	Investeringstilskudd, *kan overføres*	2 533 206 000
	64	Kompensasjon renter og avdrag	909 600 000
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, *overslagsbevilgning*	156 000 000
	67	Utviklingstiltak	67 889 000
	68	Kompetanse og innovasjon	336 948 000
	71	Frivillig arbeid mv.	13 109 000
	72	Landsbystiftelsen	74 566 000
	73	Særlige omsorgsbehov	22 850 000
	75	Andre kompetansetiltak	11 040 000
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	100 962 000
762		**Primærhelsetjeneste**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	61 459 000
	50	Samisk helse	5 511 000
	60	Forebyggende helsetjenester	50 182 000
	61	Fengselshelsetjeneste	150 545 000
	63	Allmennlegetjenester	136 904 000
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	48 096 000
	73	Seksuell helse, *kan overføres*	55 531 000
	74	Stiftelsen Amathea	19 302 000
765		**Psykisk helse og rusarbeid**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	122 966 000
	60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	383 171 000
	62	Rusarbeid, *kan overføres*	461 891 000
	71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	132 918 000
	72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	216 378 000

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1 (2015–2016)
	73	Utviklingstiltak mv.	120 540 000
	74	Kompetansesentre	297 094 000
	75	Vold og traumatisk stress	162 520 000
769		**Utredningsvirksomhet mv.**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	14 459 000
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	2 780 000
770		**Tannhelsetjenester**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	27 073 000
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	236 606 000
780		**Forskning**	
	50	Norges forskningsråd mv.	357 888 000
781		**Forsøk og utvikling mv.**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	86 879 000
	79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	56 518 000
783		**Personell**	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	39 023 000
	61	Turnustjeneste	141 661 000
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	24 894 000
Folketrygden			
2711		**Spesialisthelsetjeneste mv.**	
	70	Spesialisthjelp	1 872 400 000
	71	Psykologhjelp	266 000 000
	72	Tannbehandling	2 451 000 000
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	880 600 000
2751		**Legemidler mv.**	
	70	Legemidler	10 015 500 000
	71	Legeerklæringer	5 000 000
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 956 500 000
2752		**Refusjon av egenbetaling**	
	70	Egenandelstak 1	4 470 000 000
	71	Egenandelstak 2	169 000 000
2755		**Helsetjenester i kommunene mv.**	
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	340 000 000
	70	Allmennlegehjelp	4 607 000 000
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 880 000 000
	72	Jordmorhjelp	55 000 000
	73	Kiropraktorbehandling	145 000 000
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	118 000 000
2756		**Andre helsetjenester**	
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	13 000 000
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	395 000 000
	72	Helsetjenester til utlandsboende mv.	215 000 000
2790		**Andre helsetiltak**	

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1 (2015–2016)
	70	Bidrag	180 000 000
		Sum utgifter rammeområde 15	**184 997 823 000**
		Inntekter	
Inntekter under departementene			
3701		**Direktoratet for e-helse**	
	2	Diverse inntekter	100 000
3710		**Folkehelseinstituttet**	
	2	Diverse inntekter	254 559 000
	3	Vaksinesalg	98 111 000
3714		**Folkehelse**	
	4	Gebyrinntekter	1 285 000
3720		**Helsedirektoratet**	
	2	Diverse inntekter	49 384 000
	3	Helsetjenester i annet EØS-land	46 028 000
	4	Gebyrinntekter	39 531 000
	5	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	64 935 000
3721		**Statens helsetilsyn**	
	2	Salgs- og leieinntekter	389 000
	4	Diverse inntekter	2 352 000
3722		**Norsk pasientskadeerstatning**	
	2	Diverse inntekter	1 393 000
	50	Premie fra private	18 181 000
3723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**	
	50	Premie fra private	2 469 000
3732		**Regionale helseforetak**	
	80	Renter på investeringslån	388 000 000
	85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	405 000 000
	86	Driftskreditter	4 350 000 000
3750		**Statens legemiddelverk**	
	2	Diverse inntekter	14 971 000
	4	Registreringsgebyr	112 005 000
	6	Refusjonsgebyr	2 971 000
		Sum inntekter rammeområde 15	**5 851 664 000**
		Netto rammeområde 15	**179 146 159 000**

2. Stortingets vedtak om budsjettramme 15

Ved vedtak i Stortinget 3. desember 2015 er netto sum for ramme 15 fastsatt til 179 133 862 000 kroner.

3. Innledning

Ramme 15 inneholder Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler. Departementets samlede budsjettforslag er om lag 185 mrd. kroner fordelt med om lag 155 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og om lag 30 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

Samlet foreslås om lag 11 mrd. kroner, eller 6,3 prosent, mer enn i saldert budsjett 2015. Forslaget tar

høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter, samt økte pensjonskostnader ved de regionale helseforetakene. Sett bort fra dette, samt flytting av enkelte oppgaver mellom departementene, herunder overføring av vel 1,2 mrd. kroner til programområde 10 til kommunenes frie inntekter i forbindelse med at kommunene fra 1. januar 2016 får lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 6,7 mrd. kroner, eller om lag 3,8 prosent sammenliknet med saldert budsjett 2015. Realveksten fordeler seg med om lag 4,7 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,9 mrd. kroner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. Den underliggende utgiftsveksten knyttet til legemidler er om lag 1,3 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2015. Utgiftene til legemidler forklarer dermed en vesentlig del av den anslåtte realveksten på programområde 30.

Over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett foreslås det å øke bevilgningen til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven med 200 mill. kroner neste år. Videre foreslås de kommunale tjenestene til personer med rusproblemer og helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket med til sammen 600 mill. kroner gjennom veksten i kommunenes frie inntekter.

3.1 Innledende merknader fra partiene

Sammenligning av budsjettall, kapitler og poster. Rammeområde 15

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
		Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner)						
700		**Helse- og omsorgsdepartementet**						
	1	Driftsutgifter	207 965	207 755 (-210)	207 965 (0)	197 965 (-10 000)	207 965 (0)	207 965 (0)
701		**Direktoratet for e-helse**						
	1	Driftsutgifter	181 991	181 991 (0)	181 991 (0)	171 991 (-10 000)	181 991 (0)	181 991 (0)
	21	Spesielle driftsutgifter	254 628	254 316 (-312)	404 628 (+150 000)	229 628 (-25 000)	264 628 (+10 000)	254 628 (0)
	70	Norsk Helsenett SF	122 878	124 758 (+1 880)	122 878 (0)	122 878 (0)	134 878 (+12 000)	122 878 (0)
	71	Medisinske kvalitetsregistre	38 272	38 272 (0)	38 272 (0)	39 572 (+1 300)	38 272 (0)	38 272 (0)
702		**Beredskap**						
	21	Spesielle driftsutgifter	30 141	30 111 (-30)	33 141 (+3 000)	30 141 (0)	34 141 (+4 000)	30 141 (0)
703		**Internasjonalt samarbeid**						
	21	Spesielle driftsutgifter	66 352	66 286 (-66)	66 352 (0)	66 352 (0)	66 352 (0)	66 352 (0)
710		**Folkehelseinstituttet**						
	1	Driftsutgifter	898 171	897 284 (-887)	898 171 (0)	873 171 (-25 000)	898 171 (0)	898 171 (0)
	21	Spesielle driftsutgifter	700 248	699 623 (-625)	700 248 (0)	700 248 (0)	700 248 (0)	700 248 (0)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
712		**Bioteknologirådet**						
	1	Driftsutgifter	8 719	8 711 (-8)	8 719 (0)	8 719 (0)	8 719 (0)	8 719 (0)
714		**Folkehelse**						
	21	Spesielle driftsutgifter	148 851	151 676 (+2 825)	148 851 (0)	158 851 (+10 000)	158 851 (+10 000)	148 851 (0)
	60	Kommunale tiltak	43 910	43 910 (0)	43 910 (0)	63 910 (+20 000)	43 910 (0)	43 910 (0)
	61	Egen tilskuddspost der friluftsråd og frivillige org kan søke midler til friluftsliv for grupper med særlige behov	0	0 (0)	0 (0)	25 000 (+25 000)	0 (0)	0 (0)
	70	Rusmiddeltiltak	123 728	130 728 (+7 000)	138 728 (+15 000)	129 728 (+6 000)	128 728 (+5 000)	123 728 (0)
	74	Skolefrukt	35 602	35 602 (0)	35 602 (0)	28 402 (-7 200)	35 602 (0)	35 602 (0)
	79	Andre tilskudd	56 137	61 137 (+5 000)	56 137 (0)	56 137 (0)	63 637 (+7 500)	65 137 (+9 000)
720		**Helsedirektoratet**						
	1	Driftsutgifter	1 110 144	1 108 937 (-1 207)	1 090 144 (-20 000)	1 040 144 (-70 000)	1 110 144 (0)	1 110 144 (0)
	21	Spesielle driftsutgifter	46 090	46 030 (-60)	46 090 (0)	46 090 (0)	46 090 (0)	46 090 (0)
721		**Statens helsetilsyn**						
	1	Driftsutgifter	114 991	114 859 (-132)	114 991 (0)	104 991 (-10 000)	114 991 (0)	114 991 (0)
722		**Norsk pasientskadeerstat-ning**						
	1	Driftsutgifter	161 823	161 662 (-161)	161 823 (0)	161 823 (0)	161 823 (0)	161 823 (0)
723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**						
	1	Driftsutgifter	103 970	103 887 (-83)	103 970 (0)	101 970 (-2 000)	103 970 (0)	103 970 (0)
729		**Pasient- og brukerombud**						

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
	1	Driftsutgifter	61 117	61 056 (-61)	61 117 (0)	66 117 (+5 000)	61 117 (0)	71 117 (+10 000)
732		**Regionale helseforetak**						
	21	Spesielle driftsutgifter	19 322	19 303 (-19)	119 322 (+100 000)	19 322 (0)	19 322 (0)	19 322 (0)
	70	Særskilte tilskudd	776 020	750 543 (-25 477)	1 206 020 (+430 000)	776 020 (0)	826 020 (+50 000)	776 020 (0)
	71	Kvalitetsbasert finansiering	519 975	519 466 (-509)	519 975 (0)	-509 (-520 484)	519 975 (0)	0 (-519 975)
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	54 088 341	54 037 454 (-50 887)	54 088 341 (0)	54 844 964 (+756 623)	53 558 341 (-530 000)	71 173 659 (+17 085 318)
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	19 092 194	19 074 231 (-17 963)	19 092 194 (0)	19 343 576 (+251 382)	18 904 894 (-187 300)	25 121 354 (+6 029 160)
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	14 436 023	14 422 443 (-13 580)	14 436 023 (0)	14 581 897 (+145 874)	14 294 623 (-141 400)	18 994 758 (+4 558 735)
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	12 881 489	12 869 307 (-12 182)	12 881 489 (0)	13 043 094 (+161 605)	12 755 189 (-126 300)	16 947 585 (+4 066 096)
	76	Innsatsstyrt finansiering	31 627 870	31 598 179 (-29 691)	31 627 870 (0)	31 627 870 (0)	31 627 870 (0)	0 (-31 627 870)
	77	Poliklinisk virksomhet mv.	4 086 562	4 082 931 (-3 631)	4 086 562 (0)	4 036 562 (-50 000)	4 086 562 (0)	4 086 562 (0)
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	1 103 523	1 102 399 (-1 124)	1 130 023 (+26 500)	1 103 523 (0)	1 118 523 (+15 000)	1 096 523 (-7 000)
	84	Utvide tilbudet om stamcelletransplantasjon av Multippel Sklerose pasienter ved Haukeland US	0	0 (0)	0 (0)	50 000 (+50 000)	0 (0)	0 (0)
733		**Habilitering og rehabilitering**						
	21	Spesielle driftsutgifter	12 538	12 526 (-12)	17 538 (+5 000)	12 538 (0)	42 538 (+30 000)	12 538 (0)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
734		**Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak**						
	1	Driftsutgifter	49 519	49 469 (-50)	49 519 (0)	49 519 (0)	49 519 (0)	49 519 (0)
	21	Spesielle driftsutgifter	14 299	14 285 (-14)	14 299 (0)	18 299 (+4 000)	14 299 (0)	14 299 (0)
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	79 078	69 078 (-10 000)	79 078 (0)	79 078 (0)	79 078 (0)	79 078 (0)
750		**Statens legemiddelverk**						
	1	Driftsutgifter	273 886	273 646 (-240)	273 886 (0)	273 886 (0)	273 886 (0)	273 886 (0)
751		**Legemiddeltiltak**						
	21	Spesielle driftsutgifter	10 681	10 671 (-10)	10 681 (0)	10 681 (0)	10 681 (0)	10 681 (0)
761		**Omsorgstjeneste**						
	21	Spesielle driftsutgifter	134 331	134 116 (-215)	140 331 (+6 000)	102 331 (-32 000)	119 331 (-15 000)	134 331 (0)
	62	Dagaktivitetstilbud	296 333	296 333 (0)	296 333 (0)	366 333 (+70 000)	296 333 (0)	296 333 (0)
	63	Investeringstilskudd	2 533 206	2 533 206 (0)	2 546 206 (+13 000)	2 533 206 (0)	2 533 206 (0)	2 533 206 (0)
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	156 000	156 000 (0)	78 000 (-78 000)	0 (-156 000)	0 (-156 000)	0 (-156 000)
	67	Utviklingstiltak	67 889	67 889 (0)	67 889 (0)	267 889 (+200 000)	67 889 (0)	67 889 (0)
	68	Kompetanse og innovasjon	336 948	336 948 (0)	339 248 (+2 300)	351 948 (+15 000)	336 948 (0)	336 948 (0)
	71	Frivillig arbeid mv.	13 109	16 109 (+3 000)	15 409 (+2 300)	22 109 (+9 000)	13 109 (0)	23 109 (+10 000)
762		**Primærhelsetjeneste**						
	21	Spesielle driftsutgifter	61 459	63 419 (+1 960)	46 459 (-15 000)	41 459 (-20 000)	61 459 (0)	61 459 (0)
	50	Samisk helse	5 511	5 506 (-5)	5 511 (0)	5 511 (0)	5 511 (0)	5 511 (0)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
	60	Forebyggende helsetjenester	50 182	155 182 (+105 000)	52 182 (+2 000)	50 182 (0)	60 182 (+10 000)	50 182 (0)
	62	Dagaktivitetstilbud for demente	0	0 (0)	78 500 (+78 500)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	62	Legevakt	0	0 (0)	0 (0)	50 000 (+50 000)	0 (0)	0 (0)
	63	Allmennlegetjenester	136 904	128 904 (-8 000)	136 904 (0)	136 904 (0)	136 904 (0)	136 904 (0)
	70	Tilskudd	48 096	48 096 (0)	28 096 (-20 000)	48 096 (0)	48 096 (0)	48 096 (0)
	73	Seksuell helse	55 531	57 031 (+1 500)	57 031 (+1 500)	55 531 (0)	59 531 (+4 000)	55 531 (0)
	74	Stiftelsen Amathea	19 302	19 302 (0)	16 302 (-3 000)	19 302 (0)	19 302 (0)	19 302 (0)
765		**Psykisk helse og rusarbeid**						
	21	Spesielle driftsutgifter	122 966	122 847 (-119)	122 966 (0)	122 966 (0)	122 966 (0)	122 966 (0)
	60	Kommunale tjenester	383 171	383 171 (0)	383 171 (0)	783 171 (+400 000)	433 171 (+50 000)	383 171 (0)
	62	Rusarbeid	461 891	461 891 (0)	461 891 (0)	461 891 (0)	466 891 (+5 000)	461 891 (0)
	71	Brukere og pårørende	132 918	136 918 (+4 000)	132 918 (0)	133 218 (+300)	135 918 (+3 000)	132 918 (0)
	72	Frivillig arbeid mv.	216 378	262 378 (+46 000)	226 378 (+10 000)	217 778 (+1 400)	236 378 (+20 000)	226 378 (+10 000)
	73	Utviklingstiltak mv.	120 540	132 540 (+12 000)	128 540 (+8 000)	120 540 (0)	140 540 (+20 000)	120 540 (0)
769		**Utredningsvirksomhet mv.**						
	21	Spesielle driftsutgifter	14 459	14 441 (-18)	14 459 (0)	24 459 (+10 000)	14 459 (0)	14 459 (0)
	70	Tilskudd	2 780	2 780 (0)	80 780 (+78 000)	2 780 (0)	2 780 (0)	2 780 (0)
770		**Tannhelsetjenester**						
	21	Spesielle driftsutgifter	27 073	27 049 (-24)	27 073 (0)	27 073 (0)	27 073 (0)	27 073 (0)
780		**Forskning**						
	50	Norges forskningsråd mv.	357 888	357 551 (-337)	357 888 (0)	347 888 (-10 000)	357 888 (0)	357 888 (0)
781		**Forsøk og utvikling mv.**						

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
	21	Spesielle driftsutgifter	86 879	86 794 (-85)	86 879 (0)	86 879 (0)	86 879 (0)	86 879 (0)
	79	Tilskudd	56 518	58 518 (+2 000)	71 518 (+15 000)	56 518 (0)	98 518 (+42 000)	56 518 (0)
783		**Personell**						
	21	Spesielle driftsutgifter	39 023	38 994 (-29)	39 023 (0)	39 023 (0)	39 023 (0)	39 023 (0)
2711		**Spesialist-helsetjeneste mv.**						
	70	Spesialist-hjelp	1 872 400	1 872 400 (0)	1 872 400 (0)	1 782 400 (-90 000)	1 872 400 (0)	1 872 400 (0)
	72	Tannbehandling	2 451 000	2 451 000 (0)	2 451 000 (0)	2 451 000 (0)	2 451 000 (0)	2 546 000 (+95 000)
2751		**Legemidler mv.**						
	70	Legemidler	10 015 500	10 015 500 (0)	10 015 500 (0)	10 050 500 (+35 000)	10 015 500 (0)	11 184 500 (+1 169 000)
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 956 500	1 929 500 (-27 000)	1 965 000 (+8 500)	1 956 500 (0)	1 956 500 (0)	1 956 500 (0)
2752		**Refusjon av egenbetaling**						
	70	Egenandelstak 1	4 470 000	4 470 000 (0)	4 515 000 (+45 000)	4 470 000 (0)	4 200 000 (-270 000)	4 470 000 (0)
	71	Egenandelstak 2	169 000	169 000 (0)	213 000 (+44 000)	169 000 (0)	169 000 (0)	169 000 (0)
2756		**Andre helsetjenester**						
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	395 000	395 000 (0)	395 000 (0)	370 000 (-25 000)	395 000 (0)	395 000 (0)
		Sum utgifter rammeområde 15	**184 997 823**	**184 984 925 (-12 898)**	**185 905 423 (+907 600)**	**186 162 623 (+1 164 800)**	**183 869 323 (-1 128 500)**	**185 729 287 (+731 464)**

Inntekter rammeområde 15 (i tusen kroner)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
3710		**Folkehelseinstituttet**						
	2	Diverse inntekter	254 559	254 335 (-224)	254 559 (0)	254 559 (0)	254 559 (0)	254 559 (0)
	3	Vaksinesalg	98 111	98 012 (-99)	98 111 (0)	98 111 (0)	98 111 (0)	98 111 (0)
3720		**Helsedirektoratet**						

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V	A	Sp	V	SV
	2	Diverse inntekter	49 384	49 366 (-18)	49 384 (0)	49 384 (0)	49 384 (0)	49 384 (0)
	3	Helsetjenester i annet EØS-land	46 028	45 983 (-45)	46 028 (0)	46 028 (0)	46 028 (0)	46 028 (0)
	4	Gebyrinntekter	39 531	39 528 (-3)	39 531 (0)	39 531 (0)	39 531 (0)	39 531 (0)
	5	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	64 935	64 870 (-65)	64 935 (0)	64 935 (0)	64 935 (0)	64 935 (0)
3721		**Statens helsetilsyn**						
	4	Diverse inntekter	2 352	2 350 (-2)	2 352 (0)	2 352 (0)	2 352 (0)	2 352 (0)
3722		**Norsk pasientskadeerstatning**						
	2	Diverse inntekter	1 393	1 392 (-1)	1 393 (0)	1 393 (0)	1 393 (0)	1 393 (0)
	50	Premie fra private	18 181	18 163 (-18)	18 181 (0)	18 181 (0)	18 181 (0)	18 181 (0)
3723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**						
	50	Premie fra private	2 469	2 466 (-3)	2 469 (0)	2 469 (0)	2 469 (0)	2 469 (0)
3750		**Statens legemiddelverk**						
	2	Diverse inntekter	14 971	14 956 (-15)	14 971 (0)	14 971 (0)	14 971 (0)	14 971 (0)
	4	Registreringsgebyr	112 005	111 900 (-105)	112 005 (0)	112 005 (0)	112 005 (0)	112 005 (0)
	6	Refusjonsgebyr	2 971	2 968 (-3)	2 971 (0)	2 971 (0)	2 971 (0)	2 971 (0)
		Sum inntekter rammeområde 15	**5 851 664**	**5 851 063 (-601)**	**5 851 664 (0)**	**5 851 664 (0)**	**5 851 664 (0)**	**5 851 664 (0)**
		Sum netto rammeområde 15	**179 146 159**	**179 133 862 (-12 297)**	**180 053 759 (+907 600)**	**180 310 959 (+1 164 800)**	**178 017 659 (-1 128 500)**	**179 877 623 (+731 464)**

3.1.1 Innledende merknad fra Høyre og Fremskrittspartiet

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Gjennom økte bevilgninger, klare prioriteringer og nye løsninger viser regjeringen at den prioriterer helse- og omsorgssektoren.

Disse medlemmer viser til at kvaliteten i norske helse- og omsorgstjenester i hovedsak er god. Innenfor en rekke områder viser forskning og analyser at vi oppnår svært gode resultater. OECD-rappor-

ten Health at a Glance 2015, som nylig ble lagt frem, viser at Norge gjør det bra på en rekke indikatorer sammenlignet med andre land. Disse medlemmer mener dette er gledelig og bekrefter at Norge har gode behandlingsresultater sammenliknet med andre OECD-land, for eksempel når det gjelder kreft, etter hjerteinfarkt og slag. Andre indikatorer, som ventetider, viser at vi bør bli bedre. For mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus og kommuner vitner om potensial for bedring. Disse medlemmer viser til at regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bedres.

Disse medlemmer mener det er helt nødvendig med et løft for pasienter som ikke har blitt prioritert i tilstrekkelig grad gjennom historien. Personer innenfor rus og psykisk helse har altfor lenge vært en nedprioritert pasientgruppe når tidligere regjeringers budsjetter har vært lagt frem. Disse medlemmer er glad for at regjeringens forsterkede innsats for mennesker med rus- og psykiske helseproblemer fortsetter med dette budsjettet.

Disse medlemmer viser til at regjeringen vil ta alle gode krefter i bruk, og ønsker en ny kurs i synet på samarbeid mellom det offentlige og private, ideelle og frivillige aktører. Disse medlemmer mener mangfold bidrar til valgfrihet, innovasjon og effektivitet. Disse medlemmer mener at å skape pasientens helsetjeneste handler om å sikre et godt møte med helse- og omsorgstjenestene; enten man er pasient, bruker eller pårørende. Det er en målsetting at pasienter og brukere i større grad enn i dag skal være aktivt deltakende i beslutninger om egen helse og behandling. Disse medlemmer er glad for at regjeringen med sitt budsjett for 2016 prioriterer tiltak som styrker disse målsettingene.

Disse medlemmer mener det er pasienten som skal stå i sentrum for de endringer som gjøres, og viser til at regjeringen jobber for å styrke pasientens rettigheter. Regjeringen har som mål å flytte makt fra systemer til den enkelte, og disse medlemmer mener dette budsjettet gjenspeiler konsistensen i regjeringens politikk på helsefeltet – nemlig at alle prioriteringer og tiltak gjøres med formål om å skape pasientens helsetjeneste.

Kortere ventetid og økt pasientbehandling

Disse medlemmer mener altfor mange venter unødvendig lenge på nødvendig behandling. Selv om mye er bra i norsk helsetjeneste og vi har svært gode resultater på mange områder, er lange ventetider for mange pasienter en stor utfordring. Det er påpekt at norsk helsetjeneste er god på overlevelse, men mindre god på opplevelse. For mange pasienter er opplevelsen av å vente en tilleggsbelastning i møtet med helsetjenesten.

At for mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, er dårlig ressursbruk som kan holde folk unødvendig utenfor arbeidslivet, svekke tilliten til den offentlige helsetjenesten og i verste fall forverre tilstanden for enkelte pasienter. Disse medlemmer viser til at det derfor er et hovedmål for regjeringens helsepolitikk å redusere ventetidene og gi pasientene raskere behandling. Disse medlemmer mener derfor det er svært positivt at nye tall fra Norsk Pasientregister tyder på at regjeringens politikk virker. Nye tall viser at ventetiden fortsetter å gå ned og at pasientene får behandling raskere. Særlig innen rusbehandling går ventetiden ned. Ruspasienter ventet per 2. tertial 2015 i snitt 13 dager mindre enn på samme tid i fjor; nesten to uker.

Disse medlemmer er tilfreds med at budsjettforliket innebærer en styrking av pasientbehandlingen med 2,7 mrd. kroner, sammenliknet med saldert budsjett 2015. Veksten på 2,7 mrd. kroner legger til rette for en økning i all pasientbehandling på 2,5 prosent. Regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte. Ved å satse på og prioritere sykehusene viser regjeringen at den prioriterer pasientene.

Disse medlemmer viser til at 1. november i år trådte regelverket for ordningen fritt behandlingsvalg i kraft. Reformen skal redusere unødvendig venting, styrke pasientens rettigheter, gi mer valgfrihet og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Disse medlemmer viser til at regjeringen foreslår 400 mill. kroner til formålet i 2016. Dette utgjør 0,3 prosent av den samlede veksten i pasientbehandling. I tillegg til den nye valgfrihetsordningen i fritt behandlingsvalg innebar reformen også to andre grep: Regjeringen har fjernet det statlig bestemte aktivitetstaket som begrenset sykehusenes mulighet til å behandle flere pasienter. Fra 2014 økte den innsatsstyrte finansieringen til 50 prosent. Det betyr at sykehus som har økonomi til å behandle flere pasienter for den kompensasjonen, får gjøre det. I tillegg har regjeringen bedt helseregionene om å kjøpe flere behandlingsplasser hos ideelle og private aktører, så pasientene kan få raskere hjelp der det finnes ledig kapasitet. Disse medlemmer peker på at samme dag, 1. november, trådte også nye pasientrettigheter i kraft. Det betyr bl.a. at pasientens mulighet til å få ivaretatt sine rettigheter ved fristbrudd styrkes, ved at sykehuset får plikt til å varsle Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd. HELFO vil da kontakte pasienten med tilbud om utredning eller behandling et annet sted. Dette er endringer Høyre og Fremskrittspartiet har kjempet for lenge.

Bedre tilbud til kreftpasienter

Disse medlemmer mener kreftpasienter skal oppleve god kvalitet, rask oppfølging og trygg behandling i møte med helsetjenesten. Disse medlemmer viser til at regjeringens viktigste grep innen kreftområdet er tverrfaglige diagnosesentre i alle regioner, standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid med fastlegene. Disse medlemmer er svært tilfreds med at tall fra de fire første pakkeforløpene tyder på at resultatene er svært gode, og utgjør en forskjell for pasientene. I budsjettet for 2016 foreslår regjeringen 3 mill. kroner til en forskningsbasert evaluering av pakkeforløp for kreft over tre år. Det ble innført 28 pakkeforløp i 2015. Disse medlemmer vil fremheve at det ikke er pasienten som er en pakke, men pasienten får en pakke. Målsettingen er å hindre ventetid på utredning og behandling som ikke er medisinsk begrunnet, og gi kreftpasienter god kvalitet, rask oppfølging og et forutsigbart pasientløp. Som et ytterligere løft i regjeringens kreftsatsing vil disse medlemmer fremheve at regjeringen foreslår 16,3 mill. kroner til å planlegge et tilbud om protonbehandling for kreftpasienter. Etablering av protonbehandling vil bidra til en mer brukerorientert kreftomsorg, og til at flere vil overleve og leve lenger med kreft.

Vedlikehold av sykehus for arbeid, aktivitet og omstilling

I statsbudsjettet for 2016 vil regjeringen prioritere tiltak som fremmer arbeid, aktivitet og omstilling. Disse medlemmer viser til at som en del av regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting, gir regjeringen tilskudd til å gjennomføre viktig vedlikeholdsarbeid ved sykehus i de regionene som er hardest rammet av endringer i arbeidsmarkedet. Innsatsen skal rettes mot områder som har særlige utfordringer, og derfor er helseforetak på Sørlandet, Vestlandet og Nord-Vestlandet prioritert. Disse medlemmer påpeker at mange helseforetak har utfordringer med etterslep når det gjelder investeringer og vedlikehold. Regjeringen foreslår på denne bakgrunn et ettårig tilskudd til helseforetakene på til sammen 300 mill. kroner. Som følge av budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre er denne bevilgningen foreslått redusert med til sammen 25 mill. kroner. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak. Disse medlemmer vil videre vise til at regjeringen gjennom lånebevilgninger i statsbudsjettet legger til rette for igangsetting av oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer for 1,8 mrd. kroner ved Oslo universitetssykehus. kroner. Tiltakene gjelder bygg med omfattende klinisk aktivitet, og vil derfor ha stor betydning for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Et løft for kvinnehelsen

Disse medlemmer viser til at livmorhalskreft er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år, og den tredje vanligste kreftform som rammer kvinner generelt. I Norge får ca. 300 kvinner livmorhalskreft hvert år, og rundt 3 000 kvinner blir operert for alvorlige forstadier til livmorhalskreft for å unngå videre utvikling til kreft. Disse medlemmer viser til at det lenge har vært en tydelig faglig anbefaling for et opphentingsprogram for å tilby kvinner opp til 26 år HPV-vaksine. Vaksinen beskytter mot HPV-relaterte kreftformer og reduserer risikoen for livmorhalskreft med 70 prosent. Disse medlemmer er opptatt av at kvinners helse skal prioriteres, og er derfor svært glad for at regjeringen foreslår å bevilge 72 mill. kroner for at kvinner opp til 26 år skal gis tilbud om HPV-vaksine gjennom et opphentingsprogram i 2016 og 2017.

Økt kapasitet og kvalitet i omsorgstjenesten

Disse medlemmer mener det er riktig og viktig å fokusere på å bedre kvaliteten, kapasiteten og valgfriheten i omsorgstjenestene, og at det derfor er foreslått en samlet netto styrking på 641 mill. kroner i 2016.

Disse medlemmer er derfor også svært tilfredse med at regjeringen foreslår å øke bevilgningen til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser med 205 mill. kroner, for å dekke første års utbetaling av innvilgede tilskudd til 2 500 heldøgns omsorgsplasser. Tilsagnsrammen er på 4 100 mill. kroner. Ifølge Husbanken ble det i første kvartal 2015 gitt tilsagn til 246 boenheter, fordelt på 173 omsorgsboliger og 73 sykehjemsplasser. I samme periode har det kommet inn forespørsler om tilskudd til totalt 1 159 boenheter. Prognoser tyder på at Husbanken i løpet av året vil ha gitt tilsagn om tilskudd til bygging og modernisering av i alt 12 000 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger siden tilskuddets oppstart i 2008. Dette er i tråd med målet i Omsorgsplan 2015. Dette viser at regjeringens politikk virker stimulerende på kommunene som ønsker å øke kapasiteten. Som en del av Kompetanseløft 2020 foreslås det videre å øke bevilgningen til grunn-, videre- og etterutdanning for ansatte i omsorgssektoren med 30,7 mill. kroner.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Disse medlemmer viser til regjeringens mål om å sikre trygghet for eldre og pleietrengende gjennom å skape en omsorgstjeneste med kapasitet og kvalitet. Et forsøk med statlig finansiering vil gi mer informasjon om hvordan tjenestene kan organiseres på andre måter, og hvordan dette påvirker tilbudet til brukerne. Formålet med ordningen er å avklare om

statlig finansiering av oppgavene bidrar til økt likebehandling på tvers av kommunegrenser. Alle pasient- og brukergrupper omfattes av ordningen, og midlene kan gå til økt innsats på ensomhet, bemanning, aktiviteter for både hjemmeboende og personer i institusjon, fysio- og ergoterapitjenester der dette behøver å styrkes eller ivaretas.

BPA- brukerstyrt personlig assistanse

Disse medlemmer påpeker at det over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett for 2015 ble bevilget 300 mill. kroner til oppfølging av endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Endringen gir rett til BPA for personer under 67 år med stort og langvarig behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven. Rammetilskuddet for 2016 er varslet i kommuneproposisjonen å økes med ytterligere om lag 205 mill. til oppfølging av endringen i pasient- og brukerrettighetsloven. Retten omfatter også avlastningstiltak etter samme lov for personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

Etter disse medlemmers syn er retten til BPA et viktig verktøy for likestilling. Det handler om at funksjonshemmede også skal ha muligheten til å leve fullverdige liv. Det handler om å kunne oppleve ting, komme seg ut, være likeverdige deltakere i utdanning, arbeid, familieliv og samfunnet for øvrig, med de muligheter BPA gir. Ved å rettighetsfeste BPA som regjeringen har gjort, bedrer vi hverdagen for mennesker med behov for assistanse og deres pårørende.

Et løft for personer med demens

Disse medlemmer viser til regjeringens mål om å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Brukerne har derfor hatt en sentral rolle i utviklingen av Demensplan 2020. Planen har vært på bred høring. De fem strategiske grepene i denne er

- forebygging
- diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- aktivitet, mestring og avlastning
- pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- involvering og deltagelse

Disse medlemmer mener tiltaket regjeringen gjør i lys av oppfølging av Stortingets behandling av Dokument 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015) – å fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjeldende fra 1. januar 2020 – er et svært viktig tiltak for en stadig økende gruppe mennesker. Tilskuddsordningen til dagaktivitetstilbud for personer med demens vil videreføres og skal stimulere til utbygging av tilbudet fram mot 2020.

Mobilisering mot ensomhet

Disse medlemmer mener regjeringen tar utfordringen om ensomhet på alvor, ved at det foreslås bevilget 36,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet. 20,8 mill. kroner er en videreføring av tilleggsbevilgninger i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015). Ensomhet er et alvorlig folkehelseproblem, som rammer alle aldersgrupper, og særlig de som sliter med andre utfordringer som redusert fysisk eller psykisk helse. Innsatsen handler om å fremme sosialt fellesskap, møteplasser og deltagelse. Tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet er derfor en viktig del av folkehelsepolitikken. Regjeringen vil utvikle en ny og moderne eldrepolitikk som retter oppmerksomheten mot betydningen av aktiv aldring. Gjennom for eksempel gågrupper og seniordans skal eldre aktiviseres fysisk og sosialt, og det er avsatt 4 mill. kroner til formålet. Videre skal frivilligheten gis midler til kampanje for fellesskap og sosial støtte (6 mill. kroner), frivillige skal brukes som besøks- og aktivitetsvenner i omsorgstjenesten og ny teknologi for mobilisering og opplæring av pårørende skal tas i bruk (6 mill. kroner). Det er også en bevilgning til aktivitet blant seniorer og eldre på 18,8 mill. kroner; i tillegg til 2 mill. kroner til regjeringens arbeid med å fremme aktive eldre.

Nye apotektjenester

Disse medlemmer påpeker at departementet har sendt på høring forslag til regelverksendring som opphever dagens begrensninger knyttet til forsending av legemidler fra apotek. Det tas sikte på at endringen skal gjelde f.o.m. 2016. Det må videre gjøres tilpasninger i e-reseptordningen for å legge til rette for effektive nettapotekløsninger – som samtidig ivaretar sikkerheten rundt helseopplysninger om enkeltpersoner. Norske apotek vil da kunne etablere netthandel med reseptpliktige legemidler. Det er viktig å påpeke at en av begrunnelse for et slikt apotek er økt tilgjengelighet i distriktene. Med bakgrunn i dokumentasjon som viser at over 50 prosent av pasienter med astma/KOLS bruker medisiner feil, foreslås det gjennomført veiledning av farmasøyter i apotek i hvordan inhalasjonsmedisinene skal brukes. Det foreslås at det i en prøveordning skal tilbys veiledning av førstegangsbrukere, som er anslått å koste 5 mill. kroner i 2016. Total er det foreslått 30 mill. kroner til nye apotektjenester for 2016.

Overvåking av legemidler og klinisk utprøving

Disse medlemmer påpeker at det i Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk-bedre helse, fremkommer at Statens legemiddelverk er fagetat for legemidler og har ansvar knyttet til godkjenning av legemidler, herunder å vurdere søknader om markedsføringstillatelse og vurdere søknader om klinisk utprøving av legemidler. Legemiddelverket har ansvar for å forvalte regelverket for forsyningskjeden for legemidler, herunder gi tillatelse til tilvirkning, import, grossistvirksomhet, inn- og utførsel, samt omsetning av legemidler.

Disse medlemmer viser til at regjeringen foreslår 10,9 mill. kroner til implementering av nytt system for bivirkningsmeldinger, og til lisenskostnader både for Statens legemiddelverk og for Relis-sentrene. Det er sentralt for legemiddelovervåkningen med et velfungerende system som omfatter både registrering og oppfølging. Nytt EU-regelverk for klinisk utprøving av legemidler stiller nye krav til godkjenningsprosedyrene. Totalt er det foreslått 18,7 mill. kroner på området for 2016.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Disse medlemmer viser til at helsetjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen og er tilfreds med at styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et prioritert tiltak også i 2016.

Å legge til rette for gode oppvekstsvilkår for barn og unge er blant de viktigste oppgavene i samfunnet. Å investere i barn og unges helse er avgjørende; en bærekraftig samfunnsutvikling fordrer en oppvoksende generasjon med god helse.

Å forebygge, avdekke og avverge helseutfordringer tidlig, og følge opp de barna, ungdommene og familiene som sliter, er et nødvendig mål.

Disse medlemmer er fornøyd med at regjeringen vil bedre det forebyggende og helsefremmende tilbudet til barn og unge i kommunene, og med at barns rett til medvirkning blir oppfylt. Ett av målene beskrevet i primærhelsemeldingen er at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles ved å øke antallet årsverk, skape mer flerfaglighet og å tydeliggjøre tjenestens kjerneoppgaver.

Disse medlemmer viser til bevilgningene i budsjettet med 200 mill. kroner til kommunene og 100 mill. kroner i øremerkede tilskudd. Tilskuddsordningen gjør det mulig for kommuner som vil satse enda sterkere enn midlene over kommunerammen tillater, å realisere sine ambisjoner – om de kan dokumentere at veksten begrunnet i formålet er brukt på tjenesten. Regjeringen vil belønne de kommunene som satser. Det gjøres ved å legge til et øremerket tilskudd på toppen av de frie inntektene i kommunerammen.

Disse medlemmer påpeker viktigheten av regjeringens arbeid med utarbeidelse av en ungdomshelsestrategi. Det finnes mye kunnskap om helsetilstanden blant unge, men relativt lite systematisert kunnskap om helse- og omsorgstjenestetilbudet til ungdom og unge voksne.

Psykisk helse og rustiltak

Disse medlemmer er tilfreds med at regjeringen viderefører og styrker satsing på helse- og omsorgstjenester på psykisk helse- og rusområdet, og viser spesielt til opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 som er fremmet.

Disse medlemmer viser til at regjeringen har som målsetting å sikre mennesker med psykisk sykdom og/eller rusproblemer et verdig liv, med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet, og sosialt liv og bedret livskvalitet. Et overordnet mål er at tjenestene skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Regjeringen vil sørge for at brukerne og pasientene står i sentrum for tjenesteutviklingen.

Disse medlemmer mener at kommunene er helt sentrale for om vi skal lykkes på psykisk helse- og rusfeltet. God kunnskap og evne til tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning og handling hos ansatte er avgjørende for at tjenestene skal bli gode, sammenhengende og forsvarlige.

Disse medlemmer er spesielt fornøyd med at regjeringen tar barn og unge på alvor og styrker det forebyggende arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet. Dette vises blant annet gjennom å legge om og styrke rekrutteringstilskuddet til opprettelse av 150 nye psykologårsverk. Gjennom forebygging, tidlig innsats, god behandling, oppfølging og tilrettelegging kan konsekvensene av rusproblemer og psykiske lidelser reduseres. Disse medlemmer er tilfreds med at regjeringen følger opp folkehelsemeldingen og viderefører satsing på tiltak for psykisk helse i skolen, og at satsingen på rask psykisk helsehjelp videreføres for utprøving og evaluering.

Disse medlemmer viser til at regjeringen er opptatt av å styrke bruker- og pårørendearbeid på psykisk helse- og rusfeltet, og å støtte opp om frivillige og/eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging og rehabilitering og aktivitetstilbud.

Disse medlemmer er tilfreds med at regjeringen ønsker å utvide og etablere Narkotikaprogram med domstolskontroll permanent, videreutvikle mottaks- og oppfølgingssentre og etablere flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre.

Disse medlemmer påpeker at regjeringen gjennom bevilgninger i budsjett og som skissert i

opptrappingsplan for rusfeltet gir betydelige midler til kommunene, blant annet for oppbygging og kapasitetsøkning av et tjenestetilbud som også skal være rustet for en øyeblikkelig hjelp-funksjon.

IKT OG DIGITALISERING

Disse medlemmer støtter opp om regjeringens satsing på IKT. Regjeringen vil skape pasientenes helsetjeneste. Bedre IKT-løsninger er en forutsetning for å få til dette. Mer åpenhet, brukervennlighet og pasientmedvirkning flytter makt – fra systemet til pasienten. En moderne helsetjeneste krever gode og brukervennlige IKT-løsninger og vil bidra til bedre pasientsikkerhet, kvalitet, informasjonssikkerhet og informasjon.

Disse medlemmer viser til regjeringens tydelige mål for IKT-satsingen, hvor ett av hovedmålene er én innbygger – én journal. Innbyggerne skal enklere få kontakt med helsetjenesten og større mulighet til å delta i tilretteleggingen av egen behandling. Helsepersonell skal ved behov ha tilgang til relevante opplysninger. Kvalitetsmessig gode og oppdaterte helsedata skal være grunnlag for forskning, utvikling, styring og kvalitetsforbedring. Arbeidet med målsettingen er allerede godt i gang. Nasjonale produkter som sentrale helseregistre, kjernejournal og e-resept samordnes, og videreføres og videreutvikles. Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov som trådte i kraft 1. januar 2015, gir økte muligheter for digital informasjonsutveksling mellom virksomheter og mellom helsetjenesten og innbyggerne.

Disse medlemmer er fornøyd med at regjeringen vil ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse) for å styrke pasientenes mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser.

Disse medlemmer er videre fornøyd med at regjeringen prioriterer å styrke en modernisering av den tekniske løsningen for formidling av elektroniske resepter og utveksling av basismeldinger (epikrise, henvisning, mv.), og for arbeidet med en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur.

3.1.2 Innledende merknad fra Arbeiderpartiet

GOD HELSE FOR ALLE

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener god helse handler om muligheten for hver enkelt av oss til å leve gode liv.

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiets mål er et samfunn som fremmer god fysisk og psykisk helse for alle. Arbeiderpartiet mener forebygging blant barn og unge og tidlig innsats er en av de viktigste helseinvesteringene vi som samfunn kan gjøre. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av å føre en politikk som bekjemper sosial ulikhet i helse.

Disse medlemmer understreker at det viktigste vi gjør for helsa til folk, er det vi gjør før folk blir syke. Det som skjer utenfor sykehus og legekontorer – i familien, i barnehagen, på skolen, på arbeidsplassen – der vi bor og lever våre liv.

Disse medlemmer viser til at primærhelsetjenesten er grunnmuren i vår helse- og omsorgstjeneste. Disse medlemmer vil understreke at pasientene skal kunne forvente seg et helhetlig helsetilbud, der de selv blir involvert og har tilgang til rett kompetanse til rett tid. De skal ha oversikt over hva de selv kan gjøre og utviklingen i behandlingstilbudet. Disse medlemmer er spesielt opptatt av disse dimensjonene for kronikere, personer med psykiske lidelser, rusavhengige og det økende antallet multisyke. Som en del av primærhelsetjenesten er legevakttilbudet avgjørende for å ha god akuttmedisinsk beredskap i kommunene. Disse medlemmer er opptatt av å styrke denne tjenesten.

Blir du alvorlig syk, skal du være trygg på at du får den beste behandlingen ved norske sykehus. Og du skal få behandling raskt. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet vil investere i raskere behandling, nye sykehusbygg, forskning, og mer moderne utstyr. Målet er at norske sykehus skal skåre enda bedre på nasjonale målinger av kvalitet, tilfredshet og pasientsikkerhet, og ligge i front når det gjelder å ta i bruk nye løsninger, nye behandlinger og ny teknologi, i hele behandlingskjeden. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet har store ambisjoner for norsk helsetjeneste.

Det skal være godt å bli gammel i Norge. Eldre skal få leve de livene de selv ønsker, i trygghet om at fellesskapet gradvis stiller opp med mer hjelp når behovet oppstår. Disse medlemmer understreker at for Arbeiderpartiet handler framtidas eldrepolitikk om hva som skal til, og hvordan vi kan legge til rette for at den enkelte kan ta i bruk de ressursene de har på ulike stadier i alderdommen.

Disse medlemmer er skuffet over at regjeringen på tross av rekordhøy oljepengebruk, i sitt forslag til statsbudsjett for 2016 ikke har funnet rom for helt nødvendige investeringer i helse. Disse medlemmer viser til at regjeringen hverken leverer i satsingen på forebygging og folkehelse, eller i den foreslåtte bevilgningen til sykehusene. Disse medlemmer mener det er behov for en langt tydeligere satsing på helse i budsjettet, og viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har foreslått følgende satsinger:

Forebygging og folkehelse – for å gi alle barn en god start i livet

Øremerkede midler til skolehelsetjenesten

Disse medlemmer mener forebygging blant barn og unge er en av de viktigste helseinvesteringer vi som samfunn kan gjøre. Skolehelsetjenesten og helsestasjonene er viktige lavterskeltilbud som treffer barn og unge på deres egen arena, og bidrar til at de får rask hjelp når noe er vanskelig. Disse medlemmer understreker at Arbeiderpartiet vil satse videre på helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Tidligere erfaringer har vist at det ikke er nok å øke midlene til kommunene om vi skal lykkes med en helt nødvendig opprustning av skolehelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet derfor går inn for å øremerke midler til opptrapping av helsestasjonstilbudet og skolehelsetjenesten.

Fysisk aktivitet i flere skoler

Disse medlemmer mener fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet. Å legge til rette for mer fysisk aktivitet er en investering i barns helse, og et viktig grunnlag for en sunn livsstil senere i livet. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet på denne bakgrunn vil stimulere til økt samarbeid og samspill mellom frivillig sektor og skolene, for å starte innføringen av én times fysisk aktivitet ved flere skoler.

Gjeninnføre skolefrukten

Disse medlemmer mener at det å sørge for at både voksne og barn spiser mer frukt og grønt er noe av det mest målrettede vi kan gjøre for norsk folkehelse. Inntak av frukt og grønt har direkte påvirkning på folks helse, og har en utjevnende effekt på sosiale forskjeller. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet på denne bakgrunn foreslår å gjeninnføre ordningen med frukt og grønt i ungdomsskolen, som regjeringen har avviklet.

Lavterskeltilbud for barn og unges psykiske helse

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet vil ha et løft for psykisk helse som handler om forebygging og tidlig innsats, og har gått inn for å styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene, med særlig vekt på barn og unge. Disse medlemmer mener det må etableres flere lavterskel helsetilbud i kommunene som gjør det enkelt å få hjelp. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets mål om at alle kommuner skal ha et godt kommunisert, lavterskel hjelpetilbud for familier.

Et styrket sykehusbudsjett – for mer aktivitet i sykehusene

Disse medlemmer mener at det gjennom mange år er bygget opp et godt helsetilbud i sykehusene med høy kvalitet over hele landet. Vi behandler stadig flere, ventetidene har gått ned de siste årene og kvaliteten økes. Norge har gode resultater innen flere typer behandling og har kommet godt ut i internasjonale sammenligninger av kreftoverlevelse etter brystkreft og livmorhalskreft og på overlevelse av hjerneslag og hjerteinfarkt. Samtidig står helsetjenesten overfor store utfordringer fremover, og fortsatt er det mye som må bli bedre.

Disse medlemmer viser til at nesten 2,5 millioner mennesker hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2014. Det ble gjennomført nesten 900 000 innleggelser med over 5 millioner oppholdsdøgn. Det ble utført over 11 millioner dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, og nesten 2,7 millioner offentlig finansierte konsultasjoner utført av private avtalespesialister. I framtida vil stadig flere tilstander kunne behandles, og når folk lever lenger vil flere av oss få behov for avanserte helsetjenester. Det stiller stadig større krav til helsetjenesten.

Disse medlemmer mener norske pasienter fortjener et faglig medisinsk tilbud på lik linje med det beste i verden. Arbeiderpartiet vil investere i fellesskapets sykehus. Målet er å øke kvaliteten, behandle flere og styrke pasientsikkerheten. Disse medlemmer mener at sterke offentlige sykehus er avgjørende for å sikre gode helsetjenester til alle i et langstrakt Norge. Disse medlemmer mener videre at arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehusene styrker kvaliteten i pasientbehandlingen.

Disse medlemmer mener at målt mot rekordhøy oljepengebruk, behovene i sektoren, og regjeringens egne lovnader – har regjeringen foreslått et svakt sykehusbudsjett for 2016. Disse medlemmer påpeker at avstanden til regjeringens egen lovnad på 12 mrd. kroner til sykehusene med dette budsjettforslaget er blitt enda større.

Disse medlemmer viser til at i motsetning til regjeringen har Arbeiderpartiet levert på våre lovnader til sykehusene. For 2016 foreslår Arbeiderpartiet på nytt å styrke sykehusbudsjettet utover regjeringens forslag. Innenfor denne økningen viser disse medlemmer til at Arbeiderpartiet vil prioritere følgende tiltak:

Kvalitetspakke til sykehusene for økte investeringer i utstyr, IKT og nye behandlingsmetoder

Disse medlemmer mener det er behov for en sterkere satsing på bruk av nye behandlingsmetoder, mer effektiv investering i IKT og medisinskteknisk utstyr enn hva regjeringen legger opp til. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alter-

native statsbudsjett på denne bakgrunn går inn for å styrke bevilgningen til nye behandlingsmetoder, IKT og medisinskteknisk utstyr med 250 mill. kroner. Sykehusene avgjør selv bruken av disse midlene med mål om å gi et mest mulig fremtidsrettet tilbud til pasientene.

Mer pasientbehandling – flere kveldsåpne poliklinikker og pilotprosjekter for ventetidsreduksjon

Disse medlemmer understreker at unødige ventetider medfører engstelse og forsinkelser i arbeids- og familieliv for mange pasienter. Lange ventetider kan også forverre tilstanden for pasienter med uavklarte tilstander, da symptomer og plager kan være like alvorlige ved mindre farlige tilstander. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett der 50 mill. kroner er satt av til prosjekter som stimulerer til ventetidsreduksjon og kveldsåpne poliklinikker.

Disse medlemmer viser til at regjeringen etter en rekke utsettelser lanserte prestisjereformen fritt behandlingsvalg 1. november. Ifølge departementet er dette en lite kostnadseffektiv måte å anskaffe helsetjenester på sammenlignet med dagens anbud, og responsen fra de potensielle leverandørene av helsetjenester er foreløpig laber, grunnet svært lav prisfastsettelse. Det er tvil om prisen som er satt i tilstrekkelig grad reflekterer det som kreves for å kunne levere tjenester som er i tråd med krav til pasientsikkerhet og kvalitet. Det er fortsatt mye usikkerhet knyttet til reformen og hvilke konsekvenser den vil ha. Reformen krever stor grad av rapportering og oppfølging, og den fremstår svært byråkratitung.

Disse medlemmer er kritisk til reformen og viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett på denne bakgrunn heller vil bruke 400 mill. kroner til å øke pasientbehandling og kapasitet i de offentlige sykehusene og deres avtalepartnere, som er drevet av og for fellesskapet.

Styrke kompetansetiltakene for ansatte i sykehusene

Disse medlemmer mener sykehusenes økonomiske rammer for 2016 ikke legger til rette for tilstrekkelig investering i kompetanse som er nødvendig for å oppnå effektiv og forsvarlig drift, redusere ventetider og øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og god arbeidsdeling er viktig for å kunne tilby den beste behandlingen til pasientene. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative budsjett og styrking av kompetansetiltak i sykehusene med 15 mill. kroner for 2016.

Opprette flere turnuslege-plasser

Disse medlemmer viser til at legespesialister i Norge er etterspurt. Samtidig står flere kvalifiserte norske leger i kø for å starte sin turnustjeneste. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett går inn for å øke antallet turnusstillinger og styrker sitt budsjett med 40 mill. kroner for å øke opptaket av turnusleger i 2016.

Økt forskning på persontilpasset medisin

Disse medlemmer viser til at persontilpasset medisin kan gi store forbedringer i behandling, det kan øke kostnadseffektiviteten og redusere belastning og bivirkninger for pasienter. Befolkningen forventer og ønsker den beste, nyeste og mest avanserte behandlingen, og i nær fremtid vil persontilpassede forebyggende tiltak og behandling være en del av det generelle helsetilbudet. Disse medlemmer mener det ligger til rette for en stor og koordinert satsing på persontilpasset medisin også i Norge, og viser til at det i Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett er en økning i forskningsmidlene til sykehusene på 16,5 mill. kroner, for å kunne trappe opp arbeidet med persontilpasset medisin.

Økt bevilgning til arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammene

Disse medlemmer er opptatt av det gode arbeidet som skjer ute i mange sykehus for økt pasientsikkerhet, og viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett går inn for 3 mill. kroner ekstra til dette arbeidet for 2016. Midlene er ment å styrke sykehusenes arbeid innenfor rammen av Nasjonalt program for pasientsikkerhet.

Igangsette et forskningsprosjekt for stamcellebehandling for MS-syke ved Haukeland

Disse medlemmer vil understreke at MS-pasienter er en pasientgruppe som ofte opplever at sykdommen medfører svært redusert livskvalitet, og at nye metoder for behandling i beste fall kan være et kvantesprang for denne pasientgruppen. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett, der det er foreslått å bevilge 20 mill. kroner til et behandlingsbasert forskningsprosjekt for stamcellebehandling ved Haukeland Universitetssykehus for denne pasientgruppen.

Videreføre lovet omstillingspakke for helsefaglig aktivitet på Rjukan

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett går inn for 30 mill. kroner årlig i perioden 2015–2017 til et prosjekt for å bidra til omstilling og ny aktivitet i Rjukan, etter at

helse- og omsorgsministeren vedtok en nedbygging av Rjukan sykehus.

Øke antallet medisinske undersøkelser i Barnehusene

Disse medlemmer mener barnehusene må gis tilstrekkelig med ressurser for å møte saksmengden – slik at barn slipper å vente på avhør – og for å sørge for at barna får den oppfølgingen de trenger i forbindelse med avhøret, blant annet medisinsk undersøkelse. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett går inn for en økning på 2 mill. kroner for å gjennomføre medisinske undersøkelser i barnehusene.

Styrke samarbeid mellom studenthelsetjenesten og sykehusene om psykisk helsetilbud til studenter

Disse medlemmer viser videre til studentenes helse- og trivselsundersøkelse, SHOT, som viser at 19 prosent av studentene rapporterer om alvorlige psykiske symptomplager. Studentene har organisert psykisk helsehjelp i regi av sine samskipnader og finansierer helsetjenesten i stor grad via semesteravgiften. Disse medlemmer viser til at flere helseforetak allerede i dag likevel gir støtte til samskipnadene for å ansette egne psykologer. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett på denne bakgrunn går inn for at det settes av 5 mill. kroner til helseforetakene for å øke kapasiteten i studentenes helsetjeneste gjennom å styrke helseforetakenes psykologsamarbeid med studentsamskipnadene. Bevilgningen kommer i tillegg til forslag om 10 mill. kroner på Kunnskapsdepartementets og Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettområde.

Styrket psykologtjeneste i kriminalomsorgen, særlig rettet mot kvinner i fengsel

Disse medlemmer viser også til at Juridisk rådgivning for kvinner (JURK) har utført en undersøkelse over kvinners situasjon i fengsel som viser at seks av ti er blitt utsatt for seksuelle overgrep som voksne, og av disse er fire av ti også blitt misbrukt som barn. Mange kvinner har store traumer forbundet med overgrep og vold. Det er viktig at disse traumene behandles av spesialister på et så tidlig tidspunkt som mulig, og at man også hjelper kvinnene med å ivareta egne barn. Det er manglende tilgang på psykologtjenester i fengsel. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett på denne bakgrunn går inn for å bevilge 5 mill. kroner for å få flere psykologer tilknyttet spesialhelsetjenesten inn til kvinner i fengslene.

Bedre og tryggere kreftbehandling

Disse medlemmer støtter regjeringens arbeid med utvikling av pakkeforløp ved kreft. Det er positivt at Solberg-regjeringen følger opp kreftstrategien fra Stoltenberg 2-regjeringen. Arbeidet ble satt i gang av den rød-grønne regjeringen og er viktig i arbeidet for riktig og rask diagnose og behandling av norske kreftpasienter.

Disse medlemmer viser samtidig til at protonbehandling og annen partikkelterapi tas i bruk i stadig flere land for å gi bedre og tryggere kreftbehandling, særlig av barn. Disse medlemmer er positive til at regjeringen prioriterer eget statlig investeringstilskudd til dette formålet. Disse medlemmer er opptatt av å følge opp tiltakene og arbeidet med den nasjonale kreftstrategien (2013–2017) og viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett går inn for å bevilge 10 mill. kroner utover regjeringens forslag for 2016, for en bedre og tryggere kreftbehandling.

Demensforskning

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil fremheve at kunnskap om helsefremme og sykdomsforebygging har betydning for både den enkelte og for samfunnet. Disse medlemmer er opptatt av at forskningen danner grunnlag for tiltak og implementering av politikk som styrker befolkningens helse. Forskning på nevrologiske lidelser som demens og Alzheimer er sentralt for å øke kunnskapen om risikiofaktorer og forebyggende tiltak. Disse medlemmer mener derfor det bør settes i gang en helhetlig satsing på demensforskning, og viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett der det er satt av 10 mill. kroner til et slikt program.

Disse medlemmer viser i tillegg til at Arbeiderpartiet er imot regjeringens åpning for flere kommersielle aktører gjennom prestisjereformen fritt behandlingsvalg, og følgelig foreslår å omdisponere midler regjeringen har foreslått til dette, til økt pasientbehandling i de offentlige sykehusene og aktører disse har avtaler med.

En bedre hverdag for flere eldre

Disse medlemmer viser til at framtidas eldre blir flere, de lever lenger og de har behov for andre tjenester og tilbud enn dagens eldre. Vi vet at behovene blir større og mer sammensatt. Det samme blir ressursene de eldre besitter. Disse medlemmer understreker at Arbeiderpartiet mener framtidas helse- og omsorgstilbud må handle om hva som skal til, og hvordan vi kan legge til rette for, at den enkelte kan ta i bruk de ressursene de har på ulike stadier i alderdommen.

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet vil fortsette å styrke arbeidet med eldrehelse i kommunene. Alle eldre i Norge skal få tilbud tilpassede tjenester av god kvalitet. Disse medlemmer understreker at en solid og forutsigbar kommuneøkonomi er nødvendig for å opprettholde gode og trygge kommunale helse- og omsorgstjenester, og få til effektiv forebygging. Disse medlemmer viser videre til at Arbeiderpartiet nettopp på denne bakgrunn øker inntektene til kommunene i sitt alternative statsbudsjett, for å styrke kommunenes handlingsrom for å levere tjenester til eldre. For 2016 viser disse medlemmer til at Arbeiderpartiet – innenfor og i tillegg til dette – særlig vil satse på følgende:

Ansatte med rett kompetanse og nok tid

Disse medlemmer understreker at tilstrekkelig mange og kompetente ansatte er en forutsetning for gode helsetjenester. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet gjennom et godt kommuneoppgjør vil sette kommunene i stand til å øke antallet årsverk i helse- og omsorgssektoren i takt med behovet fram mot 2020, ha helse- og omsorgstjenester basert på faste ansettelser og hele stillinger, og videreføre og forsterke arbeidet vi satte i gang i Kompetanseløft 2015 frem mot 2020.

Utvikle og ta i bruk velferdsteknologi

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett foreslår en ny tilskuddsordning for å få fart på utvikling og implementering av velferdsteknologi som gir økt trygghet og mestring for de eldre. Velferdsteknologi bidrar til å oppfylle ønsket de aller fleste har om å bo hjemme – og den gjør hverdagen enklere på sykehjem. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i tillegg styrker allerede eksisterende ordninger.

Bygge ut en god demensomsorg

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett foreslår en forpliktende opptrappingsplan for demensomsorg og har som mål å lovfeste plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Disse medlemmer viser i tillegg til forslag om å sørge for økt kompetanse om demenslidelser og hvordan god oppfølging kan gis. Videre vil disse medlemmer fremheve viktigheten av at det forskes på årsaker til demens, og foreslår i Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett å styrke dette forskningsfeltet.

Satse mer på livsglede og en aktiv alderdom

Disse medlemmer viser videre til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett øker støtten til «Den kulturelle spaserstokken» med 50 prosent, satser mer på fysisk aktivitet blant eldre og løfter generasjonsperspektivet i frivillighetsarbeidet.

INNSPARINGSFORSLAG

Disse medlemmer er kritiske til prestisjereformen fritt behandlingsvalg. Det er fortsatt mange spørsmål knyttet til reformen og uklart hvilke økonomiske konsekvenser den vil ha. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative budsjett og vil heller omdisponere midlene fra fritt behandlingsvalg til økt pasientbehandling i sykehusene.

Disse medlemmer viser videre til at regjeringen legger opp til at sykehusene må dekke nærmere angitte kostnadselementer på til sammen 265 mill. kroner innenfor den foreslåtte bevilgningen. I kostnaden ligger blant annet økt kapitaliseringsrente på pasientskadeerstatninger. Enkelte nye oppgaver forutsettes også dekket innenfor den generelle bevilgningen. Dette kan gi sykehusene en mer anstrengt økonomi og gjør det vanskeligere å nå beregnet aktivitetsvekst. Disse medlemmer viser til at det i Arbeiderpartiets alternative budsjett er lagt inn bevilgninger til helseforetakene som kompenserer for dette.

BUDSJETTFORLIKET

Disse medlemmer viser avslutningsvis til det inngåtte budsjettforliket mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre som samlet har synligjort et økt økonomisk handlingsrom som forlikspartnerne har fordelt på en rekke tiltak. Forliket innebærer kutt på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde med til sammen 52 mill. kroner, og påplussinger på til sammen 174,5 mill. kroner.

Disse medlemmer har videre merket seg at det i forliket mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre er foreslått å øke effektiviseringsreformen med 0,1 prosent. For sykehusene ble det opprinnelige effektiviseringsforslaget kompensert gjennom tilførte midler for sykehusene. Det er ikke foreslått å kompensere for det økte kravet til sykehusene.

Disse medlemmer viser til finansinnstillingen som synliggjør at Arbeiderpartiets budsjettopplegg ville gitt rom for ytterligere satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde dersom det ble vedtatt. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiets prioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde ville gitt rom for

- å kompensere sykehusene tilsvarende det økte effektiviseringskravet (100 mill. kroner)
- å reversere de økte egenandelene utover prisstigning fra 1. juli (89 mill. kroner)

– å reversere kuttene til rehabilitering av helsebygg og til medisinsk forbruksmateriell (52 mill. kroner)
– diverse andre satsinger (74,5 mill. kroner) synliggjort under de berørte kapitler og poster

Disse medlemmer viser for øvrig til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett og finansinnstillingen, og oppsummerer Arbeiderpartiets satsinger og kutt/omdisponeringer på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde på følgende vis:

Tiltak	Beløp (i mill. kroner)
Satsinger:	
1. Styrke sykehusene:	
Kvalitetspakke sykehus – utstyr, IKT og nye behandlingsmetoder	250
Kveldsåpne poliklinikker og ventetidsreduksjon	50
Kompetansetiltak i sykehusene	15
Flere turnuslege-plasser	40
Forskningsprogram for stamcellebeh. MS v/Haukeland	20
Bedre kreftbehandling	10
Omstillingspakke Rjukan	30
Medisinske undersøkelser barnehusene	2
Samarbeid studenthelsetjenesten og sykehus om psykisk helse	5
Psykologtjenester kriminalomsorg, kvinner i fengsel	5
Pasientsikkerhetsprogrammene	3
Forskning persontilpasset medisin	16,5
Forskning demens	10
Ikke øke effektiviseringskrav, jf. Budsjettforliket H/FRP/V/Kristelig Folkeparti	100
Sum:	556,5
2. Flere eldre – bedre eldrehelse	
Velferdsteknologi: Innovative anskaffelser	150
Velferdsteknologi: Utvikling og implementering	3
Velferdsteknologi: IKT-kompetanse mv. i kommunene	3
Dagaktivitetstilbud til demente	78,5
Livsglede og aktiv aldring	4,6
Sum:	239,1
3. Forebygging barn og unge – dekkes av økte frie inntekter i kommunene	
Øremerke regjeringens midler til skolehelsetjenesten	200
Gjeninnføre frukt og grønt i ungdomsskolen	100
Fysisk aktivitet i skolen	100
Lavterskel hjelpetilbud for barn, unge og familier	100
Sum:	500
Sum utover regjeringens bevilgning	300
4. Annet	
Blåreseptprodukter og medisinsk forbruksmateriell	8,5
Andre satsinger som følge av budsjettforliket H/FRP/V/Kristelig Folkeparti	74,5

Tiltak	Beløp (i mill. kroner)
Ikke øke egenandeler	89
Sum	172
Sum satsinger HODs budsjettområde	967,6
Kutt/reverseringer og omdisponeringer på helse- og omsorgsbudsjettet	
Administrasjon av fritt behandlingsvalg	20
Ikke innføre normerte sykmeldinger	20
Redusere ikke-forhåndsgodkjente behandlinger innenfor EØS	15
Redusere den økte bevilgningen til Amathea	3
Sum kutt/reverseringer	58
Omdisponere midler i ordningen fritt behandlingsvalg til økt pasientbehandling i sykehusene	400
Omdisponere deler av midler til forsøk med statlig finansiering av eldreomsorgen	78
Sum omdisponeringer	478
Sum kutt/reverseringer/omdisponering	536
Samlet økning i rammeområde 15	909,6
Samlet helsesatsing – friske midler – HOD og kommuneopplegget	1209,6

3.1.3 Innledende merknad fra Kristelig Folkeparti

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett og til budsjettavtalen som er inngått med regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet, og med Venstre om budsjettforliket, der ramme 15 settes til 179 133 862 000 kroner.

Kvalitet, trygghet, tilgjengelighet og omsorg med pasienten i sentrum skal prege helse- og omsorgstjenestene. Dette medlem understreker viktigheten av å sikre alle likeverdige helsetjenester, uavhengig av bosted, alder, funksjonsevne, sosial bakgrunn og kjønn. Tidlig innsats, folkehelsetiltak, habilitering og rehabilitering er viktig for å sikre livskvalitet og en bærekraftig helsetjeneste. Helse- og omsorgstjenestene må utvikles for god pasientbehandling og omsorg. Syke eldre og pleietrengende må få et trygt og helhetlig tilbud. Forskning, innovasjon gjennom bruk av velferdsteknologi og tjenestedesign, utvikling, nytt utstyr og nye helsebygg er viktig. Organisering og finansiering av tjenestene må stimulere utvikling og innovasjon.

Barn og unge må få rask hjelp

Å forebygge sykdom og å satse på helsefremmende tiltak er både viktig og nødvendig. Tidlig innsats rettet mot barn og unge kan redusere fysiske og psykiske plager og lidelser i senere år. Dette medlem viser til at skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktige arenaer for å forebygge helseplager hos barn og unge, da særlig psykiske lidelser. Disse tilbudene kan ikke betegnes som lavterskeltilbud hvis barn og unge opplever å komme til stengte dører og sprengt kapasitet. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 500 mill. kroner til flere stillinger på helsestasjon og i skolehelsetjenesten over hele landet; som en opptrapping opp mot en kvalitetsnorm for skolehelsetjenesten.

Dette medlem understreker viktigheten av at det nå skal legges frem en egen ungdomshelsestrategi. Kunnskapsoppsummeringer viser at gratis og subsidiert prevensjon har innvirkning på antall uønskede graviditeter og således tilrettelegger for å bedre ungdoms og unge voksnes seksuelle helse. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo 30 mill. kroner for å utvide ordningen med gratis prevensjon opp til og med 22 år. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett også foreslo å bevilge 1,5 mill. kroner til Menneskeverds viktige arbeid for å forebygge abort blant ungdom.

Vold mot barn

Stortinget har gått inn for en helhetlig og forpliktende opptrappingsplan for å bekjempe vold mot barn. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 45 mill. kroner over rammebevilgningene til helseforetakene for å sikre spesialister innen vold mot barn, sosialpediatere, på alle de 20 barneavdelingene

i Norge, som et ledd i opptrappingen. Sosialpediaterne er en viktig ressurs for å avdekke vold og overgrep og må brukes aktivt til dette formålet i sykehusene. Bevilgningen skal også legge til rette for at alle voldsutsatte barn på Statens barnehus får medisinsk undersøkelse i forbindelse med avhør; i tråd med spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar.

Rus og psykisk helse

Dette medlem er opptatt av at det må satses på en helhetlig ruspolitikk, fra forebygging til behandling og oppfølging. Forebygging og behandling med sikte på rusfrihet må være hovedprinsippene i norsk ruspolitikk og må gjelde for alle. Dette medlem viser til at Stortinget nå skal behandle en helhetlig og forpliktende opptrappingsplan for rusfeltet, med særlig fokus på det kommunale tilbudet. Rusfeltet trenger en forpliktende, konkret og forutsigbar opptrappingsplan, med særskilt fokus på tilbudet i kommunene. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslår å øremerke 190 mill. kroner fra rusplanen til kommunalt rusarbeid, og at 180 mill. kroner av midlene i rusplanen bevilges til ideelle og frivillige organisasjoner, som er viktige tjenesteleverandører på rusfeltet, og er etterspurt av brukerne, men som mangler forutsigbarhet og ikke inngår i ordningene tilpasset det offentlige tilbudet. Ideelle kan blant annet bidra til å bygge tilpassede boliger i kommuner hvor kommunen selv ikke har samme mulighet. Dette medlem foreslo å øremerke deler av denne summen til blant annet en ny avdeling hos Gatehospitalet i Oslo, et nytt gatehospital i Bergen, utvidelse av Kompasset i regi av Blå Kors, styrking av prosjektet «Snakk om mobbing», styrking av Evangeliesenteret, Pårørendesenteret, P22 og stiftelsen Kraft.

Forebyggende tiltak henger nøye sammen med behovene i rusomsorgen. Det er behov for en kraftig satsing på forebygging om vi skal nå målene om å redusere skadelig alkoholbruk med 10 prosent innen 2020. Derfor foreslo Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett å bevilge 30 mill. kroner av midlene i opptrappingsplanen til å forebygge alkohol- og rusmisbruk, med særlig fokus på arbeidsliv og arbeid blant barn og unge.

En verdig alderdom

Dette medlem er opptatt av at politikken som føres legger til rette for en verdig omsorg for den enkelte, også når helsen svikter. Det betyr blant annet sykehjemsplass når du trenger det, tilgang til frisk luft, aktivitetstilbud, tilstrekkelig legetilsyn og lindrende behandling ved livets slutt. Dette er tiltak som inngår i forskrift om en verdig eldreomsorg.

Styrking av bemanningen i omsorgsinstitusjonene vil gi bedre tid til den enkelte. De skrøpeligste eldre har rett til tilstrekkelig tilsyn og oppfølging fra lege. Legedekningen på sykehjem er fortsatt lav i pleieinstitusjonene, til tross for at det er flere pasienter enn før, og at disse er sykere enn før. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo 500 mill. kroner i økt bevilgning til kommunene for å sørge for flere leger i sykehjem. Det er særlig behov for å styrke bemanningen på korttidsavdelinger og for å ivareta personer med demens på langtidsavdelinger. Dette medlem viser til at Legeforeningens forslag til norm for legedekning ligger til grunn for forslaget. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 20 mill. kroner til årsaksforskning på demenssykdommer. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett ber regjeringen vurdere å inkludere trygghetsboliger og Omsorg+-konsepter i tilskuddsordningen som i dag gjelder for bygging av sykehjemsplasser/heldøgns omsorg. Dette medlem viser til at regjeringen, Kristelig Folkeparti og Venstre foreslår å lovfeste retten til heldøgns omsorg ved medisinsk behov. Lovfestingen skal gi den enkelte pleietrengende en styrket rettsstilling og legge til rette for at de sykeste eldre og pleietrengende får et tilbud på riktig omsorgsnivå i kommunene. Som følge av lovendringen legges det også til rette for en vekst i kommunenes økonomiske handlingsrom i 2016.

Alvorlig syke og døende

Det er en politisk oppgave å sikre alvorlig syke og døende en verdig omsorg. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo at det tilrettelegges for 150 kommunale sengeenheter tilpasset alvorlig syke og døende, som første del av opptrappingsplanen mot 600 hospiceplasser innen 2020. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett også foreslo å opprette en egen tilskuddsordning til drift av slike sengeenheter tilpasset alvorlig syke og døende på sykehjem. Slike senger regnes for å være dobbelt så dyre i drift som en ordinær sengeenhet. Dette medlem foreslo derfor at tilskuddet skal gå til å dekke andelen av driftskostnadene som går utover ordinære driftskostnader.

Spesialisthelsetjenesten

Dette medlem ser frem til at Stortinget nå skal behandle Nasjonal helse- og sykehusplan, og understreker viktigheten av tydelig politisk styring av foretakene, faglig utvikling av tjenestene og en sykehusstruktur som er i stand til å møte fremtidens utfordringer. På flere områder er det fortsatt lange ventetider til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser statistikkene at utviklingen går i riktig retning når det gjelder spesialisert rusbe-

handling. Ventetiden for ruspasienter er redusert med rundt ti dager. Det er nødvendig med videre innsats for å sikre at mennesker med rusavhengighet eller psykisk sykdom skal få behandlingen de trenger i tide. Ventetiden for psykisk helsevern har i en årrekke ligget stabilt høyt. Barn og unge som må vente lenge på spesialiserte tjenester, er spesielt sårbare. Dette medlem viser til at den gylne regel som forutsetter høyere vekst innen rus og psykiatri hver for seg enn innen somatikken, er gjeninnført i helseforetakene. Dette er en viktig prioritering og utviklingen må følges nøye. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti sitt alternative budsjett foreslo å innføre flere indikatorer på om den gylne regel etterleves i RHF-ene.

Dette medlem påpeker at sykestuene er et kvalitativt godt tilbud for pasienter med lang vei til sykehus. Sykestuene har høy kvalitet på kompetanse, støttefunksjoner, utstyr og bemanning. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo 5 mill. kroner til sykestuene i Nord-Troms og Finnmark, herunder 3 mill. kroner til å opprettholde Skjervøy sykestue. Dette medlem viser til det viktige forskningsarbeidet som gjøres i regi av Tromsøundersøkelsen, og at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke inntil 10 mill. kroner så revmatikere, KOLS-pasienter og andre kronikere kan få støttet behandlingsreiser til Dødehavsklinikken.

Dette medlem vil få ned ventetiden og øke kapasiteten ved å ta i bruk ledige plasser hos ideelle institusjoner. Vi må sikre befolkningens tillit til den offentlige helsetjenesten, blant annet gjennom samarbeid med ideelle aktører. I løpet av de siste årene har de regionale helseforetakene inngått avtaler med private og ideelle institusjoner om 200 nye døgnplasser, der også langtidsplasser er inkludert. Dette medlem mener det aktivt må arbeides for å få på plass flere langsiktige avtaler og skjermede anbudsrunder for ideelle institusjoner innen alle de regionale helseforetakene og ideelle institusjoner. Vi er ved en korsvei for det norske velferdssamfunnet, fordi de ideelle aktørene som er aktive innenfor velferdstjenestene, sier de kan bli borte i løpet av få år hvis ikke rammevilkårene blir bedre. Da mister vi et viktig tillegg til den offentlige helsetjenesten; nemlig aktører som setter verdier som nestekjærlighet og kvalitet først.

3.1.4 Innledende merknad fra Senterpartiet

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil vise til at målet med Senterpartiets helsepolitikk er å forebygge sykdom, redusere sosiale helseforskjeller og sikre likeverdige og trygge helsetjenester til alle som trenger det; når de trenger det. Senterpartiet vil skape folkets helsetjeneste. Folkets helsetjeneste skal være et gode ikke bare for pasienten, men for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner, som gir grunnlag for bosetting og næringsliv. Dette medlem vil ha et desentralisert og solidarisk helsevesen, demokratisk styrt og folkelig forankret. Da er det behov for en godt utbygd kommunehelsetjeneste som kan sikre kvalitativt gode helse- og omsorgstilbud nær der folk bor. Da er det nødvendig med en desentralisert sykehussektor som sikrer trygghet for nødvendig helsehjelp og beredskap i hele landet. Ressursene må samles i det offentlige tilbudet. De som trenger det mest skal ha hjelp først, og mulighet for inntjening skal ikke styre prioriteringene. Senterpartiet vil prioritere opp utviklingen av kvalitet i offentlige sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester og prioritere ned større helsemarkeder, privatisering og stykkprisfinansiering.

Det viktigste i helsepolitikken er folkehelsepolitikken

Mesteparten av forebyggingen av sykdom skjer utenfor helsevesenet. Dette medlem vil understreke at Senterpartiet vil ha et krafttak for bedre folkehelse og reduserte sosiale helseforskjeller, og vil øke satsingen på forebyggende og helsefremmende tiltak. Skolen må tas i bruk som forebyggingsarena, fordi her når man alle barn og unge, uansett bakgrunn. En times fysisk aktivitet hver dag i skolen, gjeninnføre gratis frukt og grønt og tilskuddsordning for skolemat, er viktige folkehelsesatsinger. Dette medlem viser også til Senterpartiets styrking av skolehelsetjenesten og helsestasjonene. Senterpartiet vil forebygge rusmisbruk og lidelser ved å føre en restriktiv alkoholpolitikk. På denne bakgrunn foreslås en økning av alkohol- og tobakksavgiftene, og at taxfree-kvotene reduseres. Å sikre god vannkvalitet er også en viktig folkehelsesatsing for Senterpartiet. Frivillige og ideelle organisasjoner er viktige i folkehelsearbeidet. Senterpartiet vil i 2016 ha en sterk satsing på frivillige organisasjoners arbeid for å fremme friluftsliv og økt fysisk aktivitet.

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i helsetjenesten

Gjennom en styrket kommuneøkonomi vil Senterpartiet legge til rette for en positiv utvikling av helse- og omsorgstilbudet i kommunene. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil prioritere det psykiske helsearbeidet i kommunene, og foreslår 400 mill. kroner i øremerkede midler til en kommunal opptrappingsplan for psykisk helse. Kommunal legevakt er det første leddet i den akuttmedisinske kjeden og er i dag underdimensjonert. Den kommunale legevakttjenesten må styrkes, og folk må sikres nærhet til

tjenesten. Senterpartiet mener at eldreomsorgen er og må være et offentlig og kommunalt ansvar, og går imot regjeringens forsøk med statliggjøring. Senterpartiet vil ha en særskilt styrking av tilbudet til personer med demenssykdom, og foreslår å forbedre tilskuddsordningen for etablering av flere dagaktivitetsplasser. Senterpartiet vil gi flere eldre hjelp til å trene på å mestre sine oppgaver i hverdagen og vil ha økt satsing på hjemmerehabilitering. Slik kan flere klare seg lenger i eget hjem og egen bolig. Senterpartiet mener det må bli mer hverdagsaktivitet i sykehjemstilbudet. Mange beboere på sykehjem er i for liten aktivitet. Bedret funksjonsnivå gjennom mer aktivitet vil øke mange eldres livskvalitet og samtidig redusere kostnader til sykdomsbehandling. Senterpartiet mener at eldre på sykehjem bør få tilbud om én times aktivitet hver dag; tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. Dette medlem viser til at Senterpartiet i sitt alternative statsbudsjett foreslår en ny tilskuddsordning for sykehjem som lager en plan for å innføre en times aktivitet hver dag, tilpasset den enkelte beboers funksjonsnivå, og prioriterer 200 mill. kroner til dette formålet. Tilskuddsordningen må bidra til bl.a. flere fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører, musikkterapeuter og frivillighetskoordinatorer på sykehjem. Dette medlem viser i denne forbindelse til Innst. 2 S (2014–2015) der Senterpartiets medlem av finanskomiteen fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede en ny tilskuddordning for sykehjem med mål om å tilby beboere en times aktivitet hver dag tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. Tilskuddsordningen må bidra til bl.a. flere fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører, musikkterapeuter og frivillighetskoordinatorer på sykehjem.»

Pårørendestøtten foreslås også økt. Forebygging av feilernæring og feilmedisinering og bedret funksjonsnivå gjennom mer aktivitet vil øke mange eldres livskvalitet og samtidig redusere kostnader til sykdomsbehandling. Altfor mange eldre blir utsatt for feil medisinbruk, og Senterpartiet vil styrke farmasøytkompetansen i kommunene. Senterpartiet vil øke den ernæringsfaglige kompetansen gjennom å gjeninnføre og styrke tilskuddsordningen for mat, måltid og ernæring i helse- og omsorgstjenestene.

Sykehustilbudet i Norge er under press

Dette medlem mener at de offentlige sykehusene må styrkes, og vil advare mot regjeringens politikk for sentralisering og privatisering av norsk spesialisthelsetjeneste. Senterpartiet er og var imot reformen fritt behandlingsvalg, og at helseforetakene skal pålegges å kjøpe mer private helsetjenester gjennom anbud. Senterpartiet vil i stedet bruke pengene til å styrke kvaliteten og kapasiteten i pasientbehandlingen og fødetilbudet ved de offentlige sykehusene, og sikre beredskapen i hele landet. Senterpartiet vil avvikle økonomisk ineffektive storsykehusplaner. Dette medlem mener at sykehusene må utvikles i en nettverksmodell for utvikling av kvalitet der lokalsykehusenes rolle styrkes; ikke svekkes. Utviklingen må baseres på funksjonsfordeling, tydelige kvalitetskrav og samarbeid mellom sykehus. Lokalsykehus må sikres både akuttkirurgisk og medisinsk beredskap, og lokal ledelse. Sykehus må etter Senterpartiets syn finansieres på samme måte som eldreomsorg og skole; gjennom rammebudsjett etter behov. Senterpartiet vil ta sykehusene tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring og vil avvikle foretaksmodellen. Dette medlem mener det er stort behov for å styrke sykehusøkonomien, for å unngå kutt i tjenestetilbudet og for å sikre vedlikehold og nye investeringer. Dette medlem viser til at Senterpartiet foreslår å styrke sykehusbudsjettet med 1 mrd. kroner utover regjeringens forslag, herav 150 mill. kroner til helsehjelp til asylsøkere og flyktninger. Det øremerkes også midler til flere turnuslegestillinger, utdanningsstillinger ved lokalsykehus, lokal lysbehandling, økt MS-behandling i Norge og diagnostikk og behandling av hepatitt C hos ruspasienter.

Senterpartiet omfordeler mer enn 1,5 mrd. kroner innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, inkludert kutt i helseforvaltning og isolerte kutt på områder der Senterpartiet har andre løsninger. I tillegg tilfører vi Helse- og omsorgsdepartementets budsjett mer enn 1,1 mrd. kroner.

Kap./post	Senterpartiets prioriteringer Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Prop 1 S (2015–2016) med tillegg	1 174 800
	Nye satsinger	**2 747 484**
	Spesialisthelsetjenesten	
732	Regionale helseforetak: Styrke det offentlige desentraliserte sykehustilbudet med likeverdig beredskap i hele landet. Stamcellebehandling og bygging av isolat Haukeland universitetssykehus (50 mill. kroner), behandling Hepatitt C (50 mill. kroner), lysbehandling i distrikt (30 mill. kroner), utdanningsstillinger lokalsykehus (50 mill. kroner), helsehjelp flyktninger (150 mill. kroner), turnuslegestillinger (100 mill. kroner), telemedisin UIT (4 mill. kroner) og Tromsøundersøkelsen (7 mill. kroner)	1 000 000
732	Omprioritere midler til økt basistilskudd i regionale helseforetak gjennom avvikling av kvalitetsbasert finansiering, fritt behandlingsvalg, samt reversert dreining fra døgn til dag psykisk helsevern.	850 484
731–732	Regionale helseforetak, økt basisbevilgning – til fordeling (nettovirkning)	930 000
732.84 (NY)	Utvide tilbudet om stamcelletransplantasjon av Multippel Sklerose (MS)-pasienter ved Haukeland universitetssykehus	50 000
	Eldreomsorgspakke	290 000
761.67	200 mill. kroner til aktivitetsmidler i tilskuddsmidler til sykehjem for 1 times aktivitet hver dag	200 000
714.60	Mat, måltid og ernæring, tilskuddsordning	20 000
	Den kulturelle spaserstokken (10 mill., inngår i økning på kap./post 572.60 KMD)	
761.62	Dagaktivitetsplasser, økt tilskudd til 50 prosent	70 000
	Forebygging og folkehelse	30 000
714.21	Etablering av nasjonalt kompetansesenter for ledningsteknologi for å oppnå bedre vannkvalitet	10 000
761.68	Legemiddelgjennomgang og styrket farmasøytkompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste	15 000
2751.70	Spesiell oppfølging i starten av behandlingen for å sikre riktig legemiddelbruk, for pasienter som starter ny, langvarig legemiddelbehandling.	5 000
	Pårørende og frivillige	53 000
761.21	Pårørendeprogrammet	10 000
719.63	Gjeninnføre finansieringsordning til tiltak for å fremme fysisk aktivitet i samarbeid med frivillige organisasjoner, jf. forslag fra Norges Idrettsforbund.	15 000
719.63	Egen tilskuddspost der friluftsråd og frivillige organisasjoner kan søke midler til friluftsliv for grupper med særskilte behov	10 000
714.70	Forebygging av skadelig bruk av rusmidler overfor unge og i arbeidslivet, Juvente	1 000
714.70	Forebygging av skadelig bruk av rusmidler overfor unge og i arbeidslivet, Akan	5 000
761.71	Doblet satsing til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen	3 000
761.71	Rehabiliteringskontakter Norges Blindeforbund	3 000
701.71	Synsregister	1 300
761.71	Hørselshjelpordningen	3 000
765.72	Kirkens SOS	1 400

Kap./post	Senterpartiets prioriteringer Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Prop 1 S (2015–2016) med tillegg	1 174 800
765.71	Harry Benjamin Ressursenter	300
765.60	Opptrappingsplan psykisk helse, øremerket kommunal psykiatri	400 000
2751.70	Legemilder, reversere kutt inkontinens, stomi	30 000
761.21	Hverdagsrehabilitering	30 000
762.62	Legevakt	50 000
734.21	Modum Bad Institutt for sjelesorg	4 000
761.21	Ny nevroplan	5 000
729.01	Pasient- og brukerombudene	5 000
	Reduserte kostnader	**-1 572 684**
701.21	Etablering av nettapotek	-25 000
780.50	Evaluering av fritt behandlingsvalg	-10 000
2711.70, 71,72,76	Økt egenandelstak 1 og 2 med prisstigning	-90 000
720.01	Helsedirektoratet, driftsutgifter	-70 000
700.01	Helse- og omsorgsdepartementet, driftsutgifter	-10 000
701.01	Direktoratet for e-helse, driftsutgifter	-10 000
710.01	Folkehelseinstituttet, driftsutgifter	-25 000
721.01	Statens helsetilsyn, driftsutgifter	-10 000
2756.71	Helsetjenester i utlandet (resten omdisponeres til sykehus)	-25 000
723.01	Klagenemndbehandling utlandet	-2 000
732.72,73, 74,75	Fritt behandlingsvalg (300 mill. kroner til pasientbehandling vil fortsatt ligge i ramma til det enkelte foretak, kap. 732)	-400 000
732.71	Kvalitetsbasert finansiering (500,5 mill. kroner legges inn i ramme til fordeling mellom foretakene, kap. 732)	-520 484
732.77	Reversere dreining fra døgn til dag psykisk helsevern (50 mill. kroner legges inn i ramme til fordeling mellom foretakene, kap. 732)	-50 000
762.21	Beslutningsstøttesystem for sykmeldere	-20 000
761.21	Statlig finansiert eldreomsorg (omdisponeres til egen satsing eldre)	-15 000
761.65	Statlig finansiert eldreomsorg (omdisponeres til egen satsing eldre)	-156 000
714.74	Kutte abonnementsordning for frukt og grønt fra skoleåret 2016/17, sees sammen med satsing på gratis frukt og grønt	-7 200
761.21	Strategi ny/moderne eldrepolitikk (omdisponeres til egen eldresatsing)	-2 000
732.72,73, 74,75	Reduserte transportskostnader RHF som følge av reversert momssats fra 10 prosent til 8 prosent	-65 000
761.21	Egenandeler, avvikling av ordning med redusert egenandel ved ufrivillig dobbeltrom	-60 000

3.1.5 Innledende merknad fra Venstre

Komiteens medlem fra Venstre viser til at Venstre legger frem sitt alternative statsbudsjett for 2016 som tar utgangspunkt i budsjettforslaget fra regjeringen Solberg, jf. Prop. 1 S (2015–2016), samt tilleggsproposisjoner 1–2.

Dette medlem mener det er viktig å sikre gode, offentlig finansierte helsetjenester. God kvalitet på tjenestene er viktigere enn hvem som utfører dem.

Venstre vil arbeide for at offentlige, ideelle og private helsetjenestemiljøer skal utfylle hverandre.

Dette medlem er særlig opptatt av folkehelse og forebygging, og mener forebyggende helsearbeid er viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller i Norge. Dette medlem mener det er behov for et krafttak for en bedre folkehelse, både når det gjelder tilretteleggingen vi gjør med de strukturelle samfunnsgrepene, og de individuelle valgene hver enkelt av oss tar. Det må være lett å ta sunne valg. En bred satsing på å styrke folkehelsen er grunnleggende viktig, fordi det vil gi den enkelte bedre livskvalitet, og samtidig bidra til å redusere veksten i helseutgifter, sykelønn og pensjonsutgifter. Dette medlem mener det ikke er bærekraftig å la helsesektoren vokse, og at den mest effektive måten vi unngår dette på er å føre en aktiv, forebyggende og sektorovergripende folkehelsepolitikk. Dette medlem mener folkehelsearbeidet er så viktig at det er behov for en egen folkehelseminister som har ansvaret for å koordinere den felles innsatsen for å fremme folkehelse og unngå at det føres en «silopolitikk» der ulike politikkområder i verste fall kan motvirke hverandre. Dette medlem mener den viktigste nøkkelen til å lykkes ligger i den tidlige innsatsen rettet mot barn og unge. Dette medlem er bekymret for at kommuner ikke klarer å satse så mye på tidlig innsats som er nødvendig for at vi skal få de store helsegevinstene. Dette medlem mener det er i helsestasjonene, barnehagene og skolene vi må sette inn innsatsen hvis vi vil ha en psykisk og fysisk friskere befolkning. Dette medlem mener derfor at kommunene bør få flere og varierte insentiver, samt langsiktig og forpliktende finansiering av innsatsen rettet mot barn. Dette medlem mener det forebyggende arbeidet er det viktigste som kan prioriteres, og som bør finansieres langt sterkere enn i dag. Dette medlem støtter – og mener det er viktig – at tidlig innsats, psykisk helse og tilrettelegging for aktive liv prioriteres tungt i helsepolitikken.

Helsestasjonene har en unik mulighet til å kunne gripe inn tidlig og forhindre negativ utvikling i kosthold, mosjon eller psykososiale forhold. Jordmødre gir råd til mødre før barnet er født og følger opp både barn og foreldre de første barneårene. Gode barnehager er det stedet utenfor familien som har mest å si for å bygge god helse hos barn. Skolehelsetjenesten kan videre følge opp barn som strever på skolen, og som trenger råd og veiledning i krevende livssituasjoner. Dette medlem viser til at Venstre i sitt alternative budsjett foreslår en betydelig satsing på helsestasjonene og skolehelsetjenesten med til sammen 500 nye stillinger til en samlet kostnad på 335 mill. kroner i økte bevilgninger til kommunesektoren, under rammeområde 18. Dette medlem ønsker et klart og tydelig skifte mot forebygging, noe som er lønnsomt i et samfunnsperspektiv, men som også fører til økt livskvalitet for den enkelte og dennes familie og pårørende. Dette medlem vil understreke at folks helse i all hovedsak skapes utenfor helsevesenet, slik at det må tenkes helse i alt vi gjør også i andre sektorer. Det er derfor viktig at dette arbeidet koordineres og samordnes mye bedre enn i dag.

Dette medlem viser til at det nå utarbeides en ungdomshelsestrategi, og at arbeidet for å bedre ungdoms fysiske og psykiske helse skal prioriteres i årene fremover. Dette medlem viser til at Venstre i 2014 fikk et enstemmig storting med seg på en opptrapping innen psykisk helse, med en særlig vekt på barn og unge (Dokument 8:54 S (2013–2014)). Dette medlem mener psykisk og somatisk sykdom skal og må likestilles, og er derfor glad for at den «gylne regel» nå er gjeninnført. Dette medlem er opptatt av at psykisk helse og rus prioriteres fremover. Dette medlem mener det er uheldig at psykiske helsetjenester ofte bærer preg av prosjekt og avgrenset innsats. Det er like vanlig å få psykiske lidelser som andre lidelser, og dette medlem mener det er behov for mer åpenhet og nedbygging av tabuer rundt psykiske lidelser, slik at flere søker hjelp. Dette medlem mener det er uheldig at vi har et kunstig todelt helsevesen, og mener det er nødvendig for å skape en bedre og helhetlig helsetjeneste at fysisk og psykisk helse ses i en tettere sammenheng. Dette medlem vil understreke behovet for at medisinsk, sosial og psykologisk kompetanse må være til stede og samarbeide tett både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette medlem viser til den tverrdepartementale satsingen «strategiplan for barn og unges psykiske helse», som er fra 2003. Dette medlem mener det er på tide å ta et tverrdepartementalt krafttak for barn og unge. For eksempel var ikke barn og unge utgangspunktet for politikken i samhandlingsreformen, men kronisk syke voksne og eldre. Dette medlem mener det også er viktig å satse på rehabilitering, økt bruk av velferdsteknologi, telemedisin osv. rettet mot kronikere og eldre, men mener at man gjennom å satse på barn og unge også satser på kronikere og eldre, fordi vi vil se store helseeffekter i et livsløpsperspektiv. Å satse på barn og unge er å satse på en aktiv og god alderdom med god helse. For dette medlem er det viktig å se de lange linjene i helsepolitikken.

Dette medlem er opptatt av å utnytte de muligheter ny teknologi gir oss, og mener mye nyttig hjelp kan nå mange ved at den tilbys digitalt, fordi terskelen for å be om hjelp senkes. Med velferdsteknologi og mobil teknologi vil mange selv kunne ta større ansvar for oppfølging av egen helse, og flere eldre som ønsker det vil kunne bo lenger hjemme ved bruk av hjelpemidler og nettbasert kommunikasjon. For mange med kroniske lidelser kan det også bidra

til mindre avhengighet av fysiske oppmøter og færre sykehusinnleggelser. Dette medlem mener teknologien må tas aktivt i bruk for å skape en enda mer tilgjengelig og effektiv helsetjeneste. Dette medlem mener små investeringer kan skape mye helse, og viser til Venstres alternative budsjett der det foreslås bevilget midler til utvikling av digitalt tilrettelagt informasjon og bedre oppfølging av ungdommer, kronikere osv., gjennom bruk av nye tilgjengelige tjenester. Dette medlem mener teknologi vil gi stadig nye muligheter både for mestring og aktivitet for alle aldersgrupper, og vil understreke viktigheten av at ny teknologi aktivt må tas i bruk.

Dette medlem mener at viktig endringsarbeid i helsetjenestene ofte kommer fra brukere og pårørende, og at både bruker- og pårørendekompetanse bør få en sterkere plass i utviklingen av fremtidens helsetjeneste. Ett eksempel som understreker dette, er Forandringsfabrikken som gjør et banebrytende nasjonalt arbeid med å løfte barn og unges stemmer til nasjonale myndigheter og fagmiljøer; noe som bidrar til økt kvalitet og utvikling i hjelpetjenester for barn. Dette medlem er godt kjent med Fontenehusene; som er et annet eksempel på lavterskeltilbud drevet av frivillige. Fontenehusene er arbeidsfellesskap for personer som har eller har hatt psykiske lidelser, der det legges vekt på mestring og tilhørighet og det gis mulighet for å prøve seg i ordinært arbeidsliv. Fontenehusene er et viktig lavterskeltilbud som utfyller det offentlige tilbudet. Dette medlem mener frivillige og ideelle organisasjoner bidrar med mye både effektivt og målrettet folkehelsearbeid, og det er derfor viktig å støtte folkehelsefremmende aktiviteter i regi av frivilligheten. Kommunene etterspør også i økende grad aktivitetstilbud i regi av frivillige organisasjoner. Dette medlem foreslår derfor at det etableres en tilskuddsordning for frivillige organisasjoner som driver forebyggende psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Det kommer også et økt antall flyktninger til Norge, og mange vil ha behov for psykisk helseoppfølging i kommunene. Dette medlem viser til Venstres alternative budsjett.

Dette medlem viser til at rehabiliteringssektoren er inne i store endringer som en følge av samhandlingsreformen og endringer i spesialisert behandling i sykehusene. Dette medlem mener mestring av hverdagen er en viktig del av helse- og velferdstjenestene, og mener det er viktig å sikre gode helhetlige rehabiliteringsforløp. Dette medlem er derfor glad for at kommunene blir pålagt å ha ergoterapi som en del av sitt helsetilbud fra 2020. Dette medlem har god tro på at en oppbygging av ergoterapitjenester i kommunene også vil vise seg å være økonomisk lønnsomt, i tillegg til å heve livskvaliteten til den enkelte. Dette medlem mener økt bruk av hverdagsrehabilitering er nødvendig for å nå viktige mål i folkehelsepolitikken og derigjennom redusere veksten i spesialisthelsetjenesten. Dette medlem ønsker å gjennomføre nasjonale forsøk med utvikling av tilbud innen rehabilitering, og viser til Venstres alternative budsjett der det foreslås å bevilge 30 mill. kroner til piloter innen rehabilitering.

Dette medlem viser til at Venstre vil arbeide for at offentlige, ideelle og private helsetjenestemiljøer skal utfylle hverandre. Særlig etter helseforetaksreformen i 2002, hvor sykehusene ble overført fra fylkene og til staten, har det vært en utvikling med sentralisering av høyspesialiserte helsetjenester, nedbygging av kapasitet i sykehus eid og drevet av ideelle aktører, samtidig som kommunene i for liten grad har vært i stand til å etablere samarbeid på tvers for å bygge opp en regional primærhelsetjeneste i takt med endringer i sykehusene, i demografi og teknologiske endringer.

Dette medlem viser til en skjevutvikling hvor det i dag brukes 8 mrd. kroner på forskning i sykehussektoren, aller mest ved universitetssykehusene, mens det i liten grad brukes offentlige forskningsmidler i primærhelsetjenesten. Summen av dette er en helsesektor hvor spesialisthelsetjenesten blir mer og mer spesialisert og sentralisert, mens primærhelsetjenesten blir mer og mer fragmentert. Dette medlem er bekymret for at vi ikke organiserer tjenestene på en god nok måte for å kunne drive reell forebygging og tidlig, smart innsats. Dette medlem mener det er behov for å prøve ut forpliktende samarbeidsavtaler (OPS) mellom staten og ideelle/private aktører, særlig rettet mot regioner utenfor de største byene og universitetssykehusene, og viser til Venstres alternative budsjett der det foreslås å sette av 50 mill. kroner til dette.

Dette medlem viser til Venstres alternative budsjett der det foreslås om lag 1,3 mrd. kroner i tiltak knyttet til folkehelse og forebygging. I tillegg kommer flere målrettede skatte- og avgiftsforslag, nærmere omtalt under rammeområde 21, som underbygger denne satsingen ytterligere.

Dette medlem viser til Venstres alternative budsjett, der det foreslås en reduksjon i veksten på overføringene til de regionale helseforetakene med 920 mill. kroner, slik at veksten i 2016 blir på 1,5 prosent.

3.1.6 Innledende merknad fra Sosialistisk Venstreparti

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er et av politikkens hovedoppdrag å utjevne forskjellene og de store urettferdighetsgapene som viser seg så tydelig i befolkningens helse. Dette medlem viser til at det er

stor forskjell på hvor lenge mennesker i Norge kan forvente å leve, og hvilken helse man kan forvente å ha mens man lever. Disse klasseforskjellene må bekjempes; både gjennom mer rettferdig fordelingspolitikk og gjennom sterkere fellesløsninger i sektorer som skole og helse.

Helsepolitikken er mye bredere enn sykehus og fastlegekontorer. Dette medlem vil bygge en skole der fysisk aktive barn og sunn mat er naturlig, fordi det legger grunnlaget for god helse hele livet. Dette er viktige investeringer som vil bidra til store reduksjoner i offentlige helseutgifter på sikt.

Dette medlem viser til at Sosialistisk Venstreparti i sitt alternative budsjett foreslår å rammefinansiere sykehusene for å hindre unaturlige vridninger som følge av forskjellige former for innsatsstyrt finansiering. Dette medlem viser til at bruk av markedsmekanismer ikke er riktig metode for å bygge et langsiktig, trygt og pasientrettet helsevesen. Utvikling av norske sykehus bør skje ved rammestyring og faglig utvikling.

Dette medlem vil særlig vise til at sykehusene overtar ansvaret for overgrepsmottakene. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der sykehusene kompenseres for kostnadene ved denne nye oppgaven. Dette medlem er bekymret for om oppgaven vil bli ivaretatt godt nok uten at de nødvendige pengene følger med; slik regjeringen foreslår.

Skolehelsetjenesten og helsestasjonene er viktige for god helse. Dette medlem viser til at regjeringen selv viser hvordan store deler av pengene som har vært «satt av» til økt bemanning, ikke er brukt til formålet. Dette medlem viser til at det nå er helt på det rene at en satsing på barne- og ungdomshelse krever øremerking, og mener det er uklokt at regjeringen avviser dette.

Dette medlem mener hele den norske befolkningen skal ha trygge sykehus i rimelig nærhet til der de bor. Dette medlem vil bygge spesialisthelsetjenesten rundt offentlige sykehus, fordi det best sikrer likeverdig helsetilgang og rettferdige prioriteringer. For å få dette til må spesialisthelsetjenesten organiseres rundt hvordan hele befolkningen kan få trygge tilbud, ikke rundt hva som i øyeblikket virker mest behagelig for systemet selv.

Dette medlem foreslår en ruspolitikk som bygger på kunnskap og fordomsfrihet, og tar avstand fra en ruspolitikk som fremmer straff og uhelse. Dette medlem foreslår øremerket satsing på rusbehandling. Dette medlem foreslår å styrke behandlingstilbudet for de som trenger psykisk helsehjelp.

Dette medlem viser til at Sosialistisk Venstreparti vil ruste opp eldreomsorgen. Trygge tjenester, både hjemme og i sykehjem, er grunnleggende for et godt samfunn og en verdig alderdom. Flere ansatte på jobb og mer tid til fri benyttelse i hjemmetjenesten gir frihet til bedre omsorg og bedre hverdager for dem som trenger omsorgen. Dette medlem vil legge til rette for en tillitsreform der ansatte og eldre selv får utforme best mulig tjenester; sammen. Dette medlem viser til at nye flertall i Tromsø og Oslo nå er i gang med å utforme tillitsreformer lokalt.

Dette medlem viser til at Norge står foran store utfordringer i helsepolitikken, som rekruttering av nok kompetente ansatte og et tjenestetilbud som gir alle rettferdig helsehjelp. Dette medlem mener det er galt når regjeringen, i en tid der menneskelige ressurser blir knappere, velger å øke kommersialiseringen i helsesektoren. Det vil flytte ressurser fra det som er objektivt viktigst, til det som lønner seg mest for kommersielle aktører. Dette medlem mener denne utviklingen er til skade for et trygt og rettferdig helsevesen i fremtiden.

Dette medlem viser for øvrig til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett.

4. Merknader til de enkelte kapitler

Til de kapitler og poster som ikke er omtalt nedenfor, har komiteen ingen merknader og slutter seg til de framlagte budsjettforslag.

4.1 Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

Det foreslås bevilget 208 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 209,7 mill. kroner. Det er foreslått flyttet 0,8 mill. kroner fra kap. 720 Helsedirektoratet til dette kapitlet, og foreslått flyttet 0,9 mill. kroner fra dette kapitlet til budsjettkapitler under Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Komiteen merker seg at det foreslås en omorganisering av den sentrale helseforvaltningen, jf. kap. 13.2 Forenklingsarbeid, modernisering og bedre gjennomføringskraft, med virkning fra 1. januar 2016, og at det i sesjonen 2014–2015 er lagt frem flere lovendringsforslag for Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til omtale i de innledende merknadene og peker på at Arbeiderpartiet har foreslått kutt/innsparing i helseforvaltningen sammenlignet med det forslaget som regjeringen har lagt fram. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet foreslår en generell reduksjon på 55 mill. kroner. Dette gjøres ved blant annet å fjerne administrasjonskostnadene for fritt behandlingsvalg, redusere ikkeforhåndsgodkjente behandlinger innenfor EØS og ved å ikke innføre normerte sykmeldinger. Disse medlemmer mener at det er knyttet betydelig

usikkerhet til omfattende privatisering og kommersialisering, som f.eks. fritt behandlingsvalg. Slike satsinger øker transaksjonskostnadene betydelig og innebærer en omfordeling fra pasientrettet aktivitet til byråkrati. Disse medlemmer har merket seg at regjeringen tidligere ikke har kunnet svare på spørsmål om kostnader og ressursbruk ved fritt behandlingsvalg og heller ikke når det gjelder innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til kutt i medisinsk forbruksmateriell for mennesker med stomi og inkontinens under kap. 2751. Disse medlemmer understreker at mennesker med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelser ikke skal fungere som en ren salderingspost. Disse medlemmer viser videre til budsjettenighet mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, der denne posten kuttes ytterligere.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til merknader under angitte kapittel og foreslår at kuttet dekkes inn gjennom kutt på 15 mill. kroner i kap. 700 og 15 mill. kroner i kap. 720 for å begrense effekten av kuttet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at gode prioriteringer er viktig for å få best mulig og riktig innretning på helsetjenestene. Flertallet viser til at HELFO er i gang med en gjennomgang av produkter som forskrives på blå resept, på samme måte som legemidler, for å sikre rett prioritering og kostnadskontroll. Flertallet viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre og at HELFO har foreslått at nettoprisen på et spesielt tappekateter settes ned med 2 kroner. Dette vil gi en innsparing for folketrygden på 27 mill. kroner. Flertallet vil presisere at for pasienter og brukere utgjør dette ingen forskjell i deres utgifter, og endringen er ikke ment å medføre redusert tilgang til produktet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at konklusjonen fra HELFOs rapport om utgifter til medisinsk forbruksmateriell er unntatt offentlighet. Disse medlemmer vil oppfordre til åpenhet om konklusjoner av denne typen, slik at brukerorganisasjoner og de som har behov for de aktuelle hjelpemidlene, får en rettferdig anledning til å informere HELFO, statsråden og Stortinget om konsekvensene av de ulike forslagene. Disse medlemmer setter spørsmålstegn ved hvordan Kristelig Folkeparti og Venstre, som ikke har innsyn i rådene fra HELFO, kan gå inn for slike kutt, og understreker viktigheten av å sikre at enhver innstramming i retten til god helse i det minste skjer på solid faglig grunnlag. Disse medlemmer viser til at også budsjettet for 2015 inneholdt slike kutt. Disse medlemmer er bekymret for den langsiktige nedbyggingen av ordninger som utjevner helsemessige og økonomiske forskjeller mellom mennesker forårsaket av sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

4.2 Kap. 701 Direktoratet for e-helse

Det foreslås bevilget 597,8 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 384,6 mill. kroner.

Som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen foreslås det flyttet 187,9 mill. kroner fra andre kapitler til dette kapitlet.

Komiteen vil understreke at i arbeidet med IKT er standardisering og utveksling av data mellom ulike systemer svært viktig. I Norge, med mange små og store kommuner og ulike statlige instanser, blir det mange aktører og systemer å forholde seg til. Samordning av data for mest mulig effektiv og god tjenesteproduksjon er viktig for å begrense ressursbruken i helsesektoren, og for å sikre høy rettssikkerhet for brukeren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter opprettelsen av er nytt direktorat for e-helse, og har merket seg at direktoratet skal etableres i 2016.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er enige i at det nasjonale IKT-arbeidet i helsetjenesten må forbedres og styrkes, men mener at dette kan gjøres uten at det opprettes enda et direktorat. Disse medlemmer støtter derfor ikke opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

Komiteen mener det er behov for en nasjonal koordinering og styring på IKT-feltet i sektoren, og mener samtidig det er viktig at arbeidet organiseres på en måte som sikrer tett kobling med Helsedirektoratet som fagetat. Komiteen mener det er viktig å få fortgang i forenklingsarbeidet og moderniseringen av IKT-området, slik at ikke utdaterte IKT-systemer står i veien for de raske fremskrittene vi ser i moderne medisin. IKT er også avgjørende for å bedre samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til sine innledende merknader og er bekymret over at regjeringen ikke finansierer de offentlige sykehusene godt nok, og langt under det man lovet i opposisjon. Særlig er det behov for investering i IKT og i medisinskteknisk utstyr. Disse medlemmer mener det er nødvendig å bevilge mer til dette enn hva regjeringen har lagt opp til i sitt budsjettforslag.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett foreslår 250 mill. kroner ekstra til en kvalitetspakke for sykehusene – en satsing som skal gå til utstyr, IKT og nye behandlingsmetoder.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det i budsjettproposisjonen for 2016 er lagt opp til en ytterligere aktivitetsvekst i foretakene, og at sykehusenes økonomi er foreslått styrket med 2 733 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2015. Det vises også til Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016). Disse medlemmer merker seg at det er lagt til rette for en større vekst i pasientbehandling på Høyre/Fremskrittspartiet-regjeringens tre første år, enn den rød-grønne regjeringen leverte på sine åtte år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener bedre IKT-løsninger er en forutsetning for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Det vises til at arbeidet med å samordne og modernisere nasjonale helseregistre er styrket av denne regjeringen. Nasjonale prosjekter som kjernejournal, e-resept og helsenorge-portalen leverer stadig nye tjenester til både helsepersonell og innbyggere. Flertallet viser til at regjeringen styrker arbeidet med å modernisere den tekniske løsningen for e-resept og løsning for elektronisk kommunikasjon, og foreslår å bevilge 25 mill. kroner til dette i budsjettet for 2016. I tillegg foreslås 25 mill. kroner til nødvendige endringer i IKT-systemene for å legge til rette for etablering av nettapotek i Norge, som vil gi mulighet for å kunne kjøpe reseptpliktige legemidler på nett. Felles standarder og rammeverk for velferdsteknologi er under innføring. Flertallet mener det er behov for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-området, og viser til at regjeringen har iverksatt viktige juridiske og organisatoriske tiltak på området, bl.a. ved etablering av direktoratet for e-helse fra 1. januar 2016.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er avgjørende at helsetjenesten kan samhandle via IKT, på tvers av nivåer og foretak. Regjeringen Stoltenberg II sin Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, peker på betydningen av sterkere nasjonal styring.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter opprettelsen av Direktoratet for e-helse, men mener at konkrete tiltak for bedre digital samhandling, bedre kvalitet og større pasientsikkerhet må iverksettes og synliggjøres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil på denne bakgrunn fremme følgende to forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden legge fram oppdaterte stortingsmeldinger innen IKT og kvalitet i helsetjenesten, med tanke på å redegjøre for framdrift og lansere nye tiltak for å oppnå målsettingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle deler av spesialisthelsetjenesten, herunder også de prehospitale tjenestene, får tilgang til den nasjonale kjernejournalen.»

Forbedrede takstordninger

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at IKT-Norge under høringen til statsbudsjettet pekte på at takster for konsultasjoner fremdeles bygger på fysiske møter mellom pasient og behandler, noe som ikke understøtter bruk av telemedisin og digitale løsninger. Disse medlemmer peker på at Arbeiderpartiet har stilt spørsmål om saken i Stortinget og bedt helseministeren om svar. Disse medlemmer legger til grunn at regjeringen tar aktive grep for å endre og tilpasse takstordningene en ny situasjon som gir nye digitale muligheter for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at regjeringen i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste beskriver sine ambisjoner om å gi enkeltmennesket større frihet til å styre sitt eget liv ved at det gis mulighet til å utnytte de store mulighetene som ligger i moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). Flertallet viser til at regjeringen har store ambisjoner om å forbedre, forenkle og fornye offentlig sektor og

har «En enklere hverdag for folk flest» som en av sine viktigste satsinger. Flertallet viser til at regjeringen ønsker å utrede finansieringsordninger som understøtter og legger til rette for økt bruk av digital kommunikasjon og nye samarbeidsformer. Det bemerkes at det i 2013 ble etablert en egen takst for e-konsultasjon mellom innbygger og fastlege. Taksten gjelder i dag kun skriftlig kommunikasjon, men i tiden fremover kan det være ønskelig med konsultasjoner som også omfatter bilde, lyd og video, f.eks. bruk av videokommunikasjon. Flertallet mener bruk av teknologi kan innebære forskyvning av oppgaver mellom f.eks. spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og at dagens finansieringsordning ikke er tilrettelagt for denne utviklingen. Flertallet er derfor glad for at regjeringen vil utrede nye finansieringsordninger som muliggjør økt bruk av digitale løsninger og telemedisin.

Telemedisin

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) i Tromsø har gode telemedisinske løsninger for mange tjenester innen helsesektoren, også innen konsultasjon og behandling av pasienter. Disse medlemmer vil særlig peke på NSTs arbeid med bruk av telemedisin i behandling av psykisk syke pasienter, gjennom prosjektet DeVaVi, desentralisert vaktsamarbeid ved hjelp av videokonferanse.

Disse medlemmer mener det er viktig å styrke NSTs arbeid på dette feltet. Det er avgjørende at helsesektoren kan ta i bruk telemedisinske løsninger som er nyskapende, og som gjør at helsesektoren kan yte gode tjenester over hele landet. Disse medlemmer merker seg at NST i 2016 skal utrede hva som kan være hindre for å ta i bruk digitale løsninger for behandling og terapi i helsetjenestene. Disse medlemmer ser fram til å få økt kunnskap om dette.

Disse medlemmer viser til at IKT-Norge i budsjetthøringen tok til orde for at det opprettes et online testsenter for å utvikle tilgang til anonymiserte norske helsedata for forskningsmiljøer og IT-bedrifter, med tanke på nye løsninger for digitale tilbud, apper, analyser m.m.

Disse medlemmer er kjent med at Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Tromsø og Harstad kommuner har etablert en samarbeidsmodell med tverrsektorielle team på tvers av sykehus og kommuner for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og oppfølgingstiltak – en modell som særlig vil være viktig for multisyke og kronikere. Dette tiltaket har generert en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter hvor NTS har en sentral rolle med kompetanse, nettverk og forankring; både lokalt og nasjonalt.

Disse medlemmer viser til NSTs arbeid med prosjekter som tar utgangspunkt i behovet for en teknologisk, åpen plattform for pasientfokuserte helsetjenester, som kan kombinere bruk av nasjonale fellesløsninger med sektorens konkrete behov. NST peker på at i en slik «living lab» kan klinikere, forskere, utviklere og leverandører engasjeres i fellesskap for å utvikle gode konsepter til bruk både nasjonalt og internasjonalt. Dette kan igjen bidra til at nye metoder, velferdsteknologi, samhandlingsløsninger og sikkerhetssperrer kan testes ut i et kontrollerbart miljø før pilotering og test foretas i klinisk sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett og foreslår en bevilgning til dette formålet på 4 mill. kroner til Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved UIT Norges arktiske universitet, innenfor den foreslåtte kvalitetspakken til sykehus.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett og vil støtte at det øremerkes 4 mill. kroner til Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved UIT Norges arktiske universitet, innenfor Senterpartiets foreslåtte styrking av sykehusbudsjettet med 1 mrd. kroner, jf. Prop 1 S (2015–2016) med tillegg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til disse partiers merknader til kap. 714 Folkehelse, og omtalen av folkehelseundersøkelsene HUNT og Tromsøundersøkelsen. Her understrekes det at gode helsedata om folkehelse, som disse undersøkelsene frambringer, er av stor betydning for kunnskap om befolkningens helsetilstand og om hvordan vi kan forbedre kvaliteten på tjenestene.

Velferdsteknologi

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 har foreslått en økning på 156 mill. kroner på budsjettet til velferdsteknologi. 150 mill. kroner er øremerket en ny risikoavlastende tilskuddsordning for dette formål. Dette skal sikre forutsigbar etterspørsel, utvikling og implementering av velferdsteknologi. Disse medlemmer mener det er avgjørende at det nå tas solide grep for å implementere gode ordninger i kommunene for å ta i bruk tilpassede teknologiske løsninger f.eks. i eldreomsorgen. Disse medlemmer merker seg at regjeringen stadig viser til Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, som skisserer nye tiltak og mer

visjonær tenkning rundt omsorgstjenestene, med særlig vekt på bruk av velferdsteknologi. Disse medlemmer er fornøyd med at regjeringen er inspirert av denne viktige meldingen som regjeringen Stoltenberg II la fram, og legger til grunn at tiltakene som her foreslås, følges opp.

Disse medlemmer merker seg imidlertid at Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) i høringen til statsbudsjettet er bekymret for at utrulling av velferdsteknologiske løsninger går for sakte, og at organisasjonen også mener at den budsjettmessige satsingen er for svak. Disse medlemmer viser videre til at NHO mener at medfinansieringen for IKT-prosjekter som foreslås fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kunne vært større, og at det er viktig at ordningen også blir gjort tilgjengelig for kommunene. Disse medlemmer støtter dette og viser til de innledende merknader i denne innstillingen og foreslåtte bevilgninger i Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016.

Komiteen mener bruk av velferdsteknologi kan gi innbyggerne bedre mulighet til å mestre eget liv og helse og bidra til at flere kan bo lenger hjemme til tross for nedsatt funksjonsevne. Bruk av GPS og annen trygghetsteknologi er gode eksempler på dette. Komiteen viser til at det pågår flere nasjonale prosjekter for velferdsteknologi ledet av Helsedirektoratet, som ses i sammenheng for å sikre synergieffekter og raskere fremdrift. Komiteen viser til at det er et mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av omsorgstjenestene i 2020. Det pågår en rekke viktige satsinger innen velferdsteknologi. Komiteen ønsker blant disse å fremheve etableringen av et nasjonalt velferdsteknologiprosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand, jf. Innst. 11 S (2014–2015), som skal omfatte 4–500 brukere i minst fire fylker. Utprøving av de velferdsteknologiske løsningene starter høsten 2015 og skal fortsette i 2016. Prosjektet skal omfatte følgeforskning av brukererfaringer og helseøkonomiske konsekvenser.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren skal bidra til økt pasientsikkerhet, blant annet ved forsvarlig håndtering av helseopplysninger, og at korrekte opplysninger kommer til rett behandler. Dette medlem mener det er behov for mer oppmerksomhet og mer ressurser for å fremme økt personvern i helsesektoren. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 2 mill. kroner i basistilskudd til Center for Cyber and Information Security (CCIS)/NTNU for å sikre deltakelse i og læring fra internasjonale forskningsprosjekter for å styrke arbeidet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Flertallet foreslår å bevilge 2 mill. kroner over kap. 701 post 70 i basistilskudd til Center for Cyber and Information Security (CCIS)/NTNU for å sikre deltakelse i og læring fra internasjonale forskningsprosjekter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for å foreslå å bevilge 2 mill. kroner i basistilskudd til Center for Cyber and Information Security (CCIS)/NTNU for å sikre deltakelse i og læring fra internasjonale forskningsprosjekter.

Komiteens medlem fra Venstre mener at staten har et ansvar for å sluttføre finansieringen av Tromsøundersøkelsen versjon 7, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 6 mill. kroner til dette. Det er også et behov for å utvikle tilgang til anonymiserte norske helsedata for forsknings- og utviklingsmiljøer og ikt-bedrifter, for å teste og utvikle både nye behandlingsformer og medisiner, og nye digitale tilbud. Dette medlem mener det er særlig aktuelt å utvikle et slikt «online testsenter» i Tromsø, knyttet til Tromsøundersøkelsen og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin i Tromsø, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 4 mill. kroner. Dette medlem ønsker videre at det bevilges ressurser til å gjennomføre et takstprosjekt for økt bruk av videokonferanse og telemedisin i pasientkonsultasjoner hos fastleger og i poliklinisk behandling. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 5 mill. kroner til et slikt prosjekt.

Dette medlem viser videre til at alle ambulanser i Danmark er intelligente ambulanser som automatisk sender pasientdata som blodtrykk, temperatur og oksygenmetning direkte til landets akuttmottak. Det gir leger og sykepleiere mulighet for å starte rett behandling så snart ambulansen kommer inn. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 5 mill. kroner til et forprosjekt i regi av Nasjonal IKT

med mål om at også alle norske ambulanser skal omgjøres til intelligente ambulanser.

4.3 Kap. 702 Beredskap

Det foreslås bevilget 33,9 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 33,5 mill. kroner.

Komiteen viser til at helseberedskapens formål er å verne befolkningens liv og helse, og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig, kriser og ved katastrofer i fredstid.

Beredskap har, slik komiteen ser det, en dobbelt funksjon. Den første og viktigste er å sørge for at fellesskapet har reaksjons- og håndteringsevne når alvorlige hendelser og forhold inntreffer. Den andre er å sikre at befolkningen berettiget er trygge på at offentlige myndigheter har kompetanse og kapasitet til å være der når situasjonen krever det. Trygghet er også helse.

Komiteen viser til at 25 prosent av vannverkene ikke har beredskapsplaner. Komiteen vil understreke viktigheten av at dette følges nøye opp, og at de eksisterende planene har god kvalitet.

Komiteen understreker at desentraliserte strukturer gjør samfunnet bedre i stand til å håndtere akutte situasjoner. Lokal kjennskap og kunnskap om hvilke ressurser et samfunn kan hente ut, kan være forskjellen på god og mindre god beredskap. Sentralisering av akutte funksjoner kan isolert spare noen kroner, men risikoen for at den totale beredskapen svekkes er overhengende. Komiteen mener dette må tas på stort alvor.

For øvrig viser komiteen til at beredskap i hovedsak er integrert i de enkelte fagområdene, og viser til omtale under de respektive kapitler.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til den nye forskriften for samhandling i skarpe situasjoner mellom brann, politi og ambulanse og ber regjeringen sørge for at det blir prioritert midler til å gjennomføre jevnlige samhandlingsøvelser.

Disse medlemmer peker på at store deler av legemiddelleveransene er basert på kommersielle aktører, og at dette utgjør en risiko for forsyningssikkerheten. Disse medlemmer understreker at det er avgjørende å ta høyde for denne risikoen, og at dette vil bli fulgt opp i arbeidet med oppfølging av legemiddelmeldingen.

Disse medlemmer konstaterer at regjeringen har fulgt opp tiltak som ble anbefalt i rapporten fra 22. juli-kommisjonen, og at det blant annet gjennomføres tiltak for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Mange har fått god oppfølging, mens andre har opplevd å ikke få den hjelpen de trengte. Disse medlemmer ser positivt på at oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli fortsatt er en prioritert oppgave. Det foreslås 1,5 mill. kroner til evaluering av den psykososiale oppfølging i 2016. Norge har et internasjonalt ledende fagmiljø på krisehåndtering, og disse medlemmer ber regjeringen arbeide for at det etableres et nasjonalt senter for krisepsykologi som bygger på fagmiljøet i Bergen.

Komiteen mener at Norge må ta på alvor utfordringer knyttet til drikkevannsforsyningen. Klimaendringer og endringer i nedbørsmønsteret skaper økt press både på drikkevannskildene, på rørledningsnettet, som er av svært varierende kvalitet, og på vannverkene, som også er av varierende kvalitet og med ulike barrierer. Varslingsrutiner og krisekapasitet i kommunene er også svært varierende. Komiteen mener derfor det er helt nødvendig å styrke forebyggingen og beredskapen på drikkevannsområdet i henhold til nasjonale mål på området.

Komiteens medlem fra Venstre mener det er behov for å styrke forsyningssikkerheten av legemidler, og at dette er en viktig del av helseberedskapen. Dette medlem ønsker å iverksette et forsøk med ny teknologi i regi av Folkehelseinstituttet og to kommuner. Teknologien vil kunne gjøre det mulig med temperatursporing i distribusjon og oppbevaring av vaksiner fram til vaksinering. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å sette av 1 mill. kroner.

4.4 Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

Det foreslås bevilget 66,4 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 81,4 mill. kroner.

Komiteen viser til at norsk deltakelse i internasjonalt samarbeid bidrar til å fremme allmenn folkehelse og ivaretar norske helsepolitiske hensyn i internasjonal sammenheng. Komiteen viser til at stadig flere helseutfordringer er grenseoverskridende, og at dette understreker betydningen av internasjonal samhandling. Særlig vil komiteen understreke behovet for å se folkehelse, dyrehelse og miljø i sammenheng, og at dette er et arbeid som må ivaretas gjennom internasjonalt samarbeid. Komiteen vil understreke at det er i alles interesse å finne gode samarbeidsformer mellom land, for i høyest mulig grad koordinere og effektivisere innsatsen med å fremme global helse.

Komiteen mener det er viktig at Norge deltar i fora hvor helsepolitiske beslutninger fattes; både for å fremme norske helseinteresser, og for å bidra til at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med resten av verden.

Komiteen viser til at ebolautbruddet i 2014 avdekket alvorlige mangler i det globale beredskapssystemet mot potensielt pandemiske sykdommer. Arbeidet med å styrke beredskapen og helsesystemene i land med svak infrastruktur må prioriteres. For første gang bidro norske myndigheter med humanitær bistand med norsk helsepersonell gjennom foretaksstrukturen. Helse Bergen var operativt ansvarlig, og helsepersonell fra hele landet stilte seg til rådighet for å bekjempe ebola i Vest-Afrika. Komiteen merker seg at evaluering viser at prosjektorganiseringen som ble prøvd ut, var faglig forsvarlig, effektiv og fremtidsrettet, og gjør at Norge har styrket sin evne til å bidra i fremtiden.

Komiteen mener at det nordiske helsesamarbeidet bør styrkes. Könberg-rapporten til Nordisk ministerråd trekker spesielt frem områder som utvikling av gode velferdsløsninger med bruk av ny teknologi og antibiotikaresistens, høyspesialisert behandling, sjeldne diagnoser, forskning, legemidler og innkjøpsmakt.

Komiteen fremhever at krig og konflikt, klimaendring og mangel på framtidshåp har ført til en krevende humanitær situasjon. Det høye antall flyktninger stiller Europa på prøve. Det er viktig at Norge bidrar med relevant helsehjelp.

4.5 Kap. 710 Folkehelseinstituttet

Det foreslås bevilget 1 616,6 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 1 288 mill. kroner.

Som ledd i omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen innlemmes følgende i Folkehelseinstituttet fra 1. januar 2016: Vitenskapskomiteen for mattrygghet (kap. 713) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (kap. 725) og Statens institutt for rusmiddelforskning (kap. 716). Midlene fra kap. 713, kap. 725 og kap. 716 foreslås flyttet til dette kapitlet.

Komiteen viser til at Folkehelseinstituttet har et helt sentralt kunnskapsoppdrag for det norske samfunnet. Arbeidet med å systematisere og tilgjengeliggjøre kunnskap om helsetilstanden er vesentlig for å fatte informerte beslutninger. Komiteen viser til – og understreker viktigheten av – opphentingsprogrammet for HPV.

Komiteen har merket seg arbeidet med folkehelseprofiler for fylker og kommuner, og ser frem til videreutviklingen av dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at SIRUS innlemmes i Folkehelseinstituttet. Flertallet vil uttrykke bekymring for hvordan dette påvirker den frie rollen SIRUS har hatt. Rusforskning er et område der mange temaer er kontroversielle, og der politiske behov tidvis går foran hva det er forskningsmessig belegg for. At enheten som nå underlegges instituttet skal bidra mer som «kunnskapsprodusent», understreker inntrykket av at et viktig miljø ikke lenger skal ha samme frihet. Flertallet understreker at SIRUS ikke bare skal videføre sin forskning; miljøet må sikres muligheten til å opptre fritt og uavhengig i samfunnsdebatten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at SIRUS, som et ledd i omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen, er planlagt innlemmet i Folkehelseinstituttet fra 1. januar 2016. Endringen skal styrke det samlede fagmiljøet innen rusforskning og sikre en mer hensiktsmessig organiseringen av kunnskapsarbeidet på dette området. Disse medlemmer mener dette betyr en styrking av rusforskningen i Norge. Disse medlemmer er kjent med at det i media har vært en diskusjon om konsekvensene omorganiseringen vil få for ansattes anledning til å delta og bidra i offentlige diskusjoner. Disse medlemmer har merket seg at ledelsen ved Folkehelseinstituttet har understreket at den verdsetter åpenhet og diskusjon, også der interne uenigheter synliggjøres, og disse medlemmer har opplevd dette som tydelige signaler om at ansatte ved FHI har et stort rom for å bidra med sine perspektiver i offentligheten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti finner det nødvendig å understreke at det er stor forskjell på at Folkehelseinstituttet «verdsetter åpenhet og diskusjon», og en reell fri rolle for det viktige miljøet SIRUS har vært. Disse medlemmer understreker at dette er et felt der frihet er særlig avgjørende, og mener det er vesentlig at Stortinget sender et klart signal om dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at i de to siste folkehelsemeldingene ble hørselshemning omtalt som en helseutfordring i det 21. århundre, og at personer med hørselstap utgjør en stor pasientgruppe med rehabiliteringsbehov. Disse medlemmer vil vise til at Stortinget i behandlingen av Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) gjorde vedtak om at hørselshemning bør vurderes innlemmet i nasjonale hel-

sestatistikker. Dette har ikke skjedd. I statsbudsjettet for 2016 står det at folkehelseprofilene kontinuerlig videreutvikles. Disse medlemmer mener en innlemmelse av hørselshemning i nasjonale helsestatistikker vil gi offentlige myndigheter bedre informasjon om hørselshemning og dermed mulighet til å utvikle bedre tjenester. Disse medlemmer vil også framholde viktigheten av at det planlegges for og gjennomføres en hørsels- og tinnitus undersøkelse i forbindelse med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, og at Folkehelseinstituttet er tett koplet på arbeidet med HUNT4.

Disse medlemmer viser til at Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i å følge opp Norges arbeid mot utbredelse av antibiotikaresistens. Det er uttrykt stor politisk enighet om viktigheten av en forsterket innsats for å hindre utbredelse av antibiotikaresistens. I Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020 slås det fast at vi risikerer en fremtid uten effektive antibiotika, der infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, igjen kan få dødelige utfall. Disse medlemmer mener at denne virkelighetsforståelsen må prege det kontinuerlige arbeidet mot antibiotikaresistens.

Disse medlemmer viser til at Senterpartiet i Stortinget har fremmet forslag om en handlingsplan mot antibiotikaresistente bakterier i mat og dyr, jf. Dokument 8:5 S (2014–2015), og en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jf. Dokument 8:2 S (2014–2015). Disse medlemmer viser til Stortingets vedtak i Dokument 8:2 S (2014–2015), Innst. 156 S (2014–2015):

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i 'Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014', med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.»

Disse medlemmer registrerer at budsjettproposisjonen ikke omtaler denne konkrete handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsevesenet. Disse medlemmer forventer at regjeringen følger opp Stortingets vedtak, og at regjeringen stiller tilstrekkelige midler til disposisjon for gjennomføring av den nasjonale strategien og handlingsplanen. Disse medlemmer viser til kostnadsberegninger fra Folkehelseinstituttets tverrsektorielle arbeidsgruppe som avga rapporten Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak i 2014.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen i proposisjonen opplyser at helsesystemene i Norge og andre land utfordres av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter. Disse medlemmer vil understreke at dette i stor grad gjelder for spredning av antibiotikaresistens og delvis er resultat av en villet politisk utvikling. Disse medlemmer viser til at privatiseringsreformen fritt behandlingsvalg kan føre til større mobilitet innenlands, og at stortingsflertallet i Prop. 135 S (2013–2014) innførte pasientrettighetsdirektivet, om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, i norsk rett. Disse medlemmer merket seg at Folkehelseinstituttet var blant høringsinstansene som hadde kritiske merknader til økt mobilitet over landegrensene, og vil understreke viktigheten av at det også prioriteres ressurser til disse spørsmålene i Folkehelseinstituttets uavhengige faglige arbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Helse- og omsorgsdepartementet vil ferdigstille Handlingsplan mot antibiotikaresistens innen utgangen av 2015/ første kvartal 2016. Formålet er å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utgangen av 2020. Flertallet viser til at det vil følge midler med planen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at multiresistente stafylokokker som er resistente mot antibiotikumet methicilin, MRSA, i svineholdet er en folkehelseutfordring, og ikke en dyresykdom. Dette medlem mener MRSA er en felles utfordring for folkehelsa. Dette medlem viser i den forbindelse til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 50 mill. kroner utover regjeringens forslag til kunnskapsutvikling og beredskap mm. på matområdet (antibiotikaresistens), samt full kompensasjon ved utbrudd av MRSA.

4.6 Kap. 712 Bioteknologirådet

Det foreslås bevilget 8,7 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 8,8 mill. kroner.

Komiteen viser til at Bioteknologirådet – et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt av regjeringen – er høringsinstans i forbindelse med saker som vedrører moderne bioteknologi. Komiteen merker seg at dette feltet har fått økt oppmerksomhet den siste tiden, og vil fremheve rådets viktige rolle som informasjonsleverandør overfor publikum og forvaltning, samt viktig samfunnsdebattant i spørsmål knyttet til etiske og samfunnsmessige konsekvenser av bruk av moderne bioteknologi.

Komiteen stadfester viktigheten av at rådet bistår den forestående evalueringen av bioteknologiloven.

Komiteen merker seg at bevilgningen til Bioteknologirådet er foreslått redusert for 2016.

Komiteen slutter seg for øvrig til regjeringens forslag til budsjettramme.

4.7 Kap. 714 Folkehelse

Det foreslås bevilget 408,2 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Som en følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å samle bevilgninger fra kap. 711 Ernæring og mattrygghet, kap. 718 Rusmiddelforebygging, kap. 719 Annet folkehelsearbeid og kap. 765 Psykisk helse og rustiltak i dette kapitlet.

Komiteen viser til at formålet med bevilgningen er å styrke folkehelsearbeidet og at de nasjonale målene for folkehelsepolitikken er:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Komiteen viser videre til at Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS og kreft med 25 prosent innen 2025.

Komiteen mener at oppnåelse av disse viktige målsettingene for folkehelsen krever en helhetlig tilnærming med innsats innenfor en rekke politikkområder. Komiteen mener at forebygging av sykdom øker befolkningens livskvalitet, samtidig som utgiftene til andre helsetjenester reduseres. Komiteen mener denne erkjennelsen må være utgangspunktet for prioritering av ressurser til tidlig innsats og forebyggende helsearbeid. Komiteen mener at fordelingen av ressurser mellom forebygging og behandling i helsetjenestene viser at vi som samfunn fortsatt har mye ugjort folkehelsearbeid. Innsats for en positiv utvikling av barn og unges helse, kosthold og levevaner er en forsikring for framtiden, og dette arbeidet bør intensiveres i kommende år.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er avgjørende at fellesskapet tar et hovedansvar for folkehelsepolitikken. Dette krever konkrete tiltak og ressurser. Norge trenger en ny og forsterket folkehelsepolitikk som er kunnskapsbasert, og som inkluderer både menneskers fysiske og psykiske helse.

Disse medlemmer er bekymret for en tydelig utvikling som peker mot sosial ulikhet i helse, og mener dette må bekjempes med en folkehelsepolitikk som baserer seg på universelle virkemidler, og som når hele befolkninga, kombinert med en god fordelingspolitikk og felleskapsfinansierte velferdsgoder.

Komiteen mener at universelle tiltak er viktig for å fremme folkehelsen til hele befolkningen. Samtidig mener komiteen at det i tillegg må settes inn tiltak som er særlig rettet mot utsatte grupper, som f.eks. med differensiert oppholdsbetaling i barnehage og SFO, slik at ikke foreldrenes økonomi står i veien for barns deltakelse på disse arenaene. Det vil også være behov for andre mer målrettete tiltak mot risikogrupper innenfor en rekke områder. Komiteen mener primær- og sekundærforebyggende tiltak må utfylle hverandre om vi skal lykkes med å styrke den generelle folkehelsen. Komiteen mener helsestasjonene og barnehagene har en unik mulighet, og kanskje den viktigste rollen, for å nå hele familien for å fremme sunne psykososiale forhold, godt kosthold og fysisk aktivitet. Komiteen mener det er mange helseeffekter ved å satse på tidlig innsats, og at det må vises politisk vilje til dette fremover. Komiteen mener det både er riktig med en nasjonal opptrapping for helsestasjonene og skolehelsetjenesten, og en satsing på å heve kvaliteten i barnehagene, og mener det vil gi store samfunnsøkonomiske besparelser og bedre livskvalitet for den enkelte. Komiteen mener de universelle (befolkningsrettete) tiltakene har størst samfunnseffekt; samtidig har de målrettete tiltakene størst effekt på de få som får dem, men vesentlig mindre samfunnsmessig effekt. Komiteen mener det er nødvendig å gjøre begge deler.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er enig i at universelle tiltak skal fungere sammen med målrettede tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller. Samtidig er disse medlemmer opptatt av å hegne om at ordninger som i dag er universelle, eksempelvis barnetrygden, fortsatt skal være det.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at regjeringa er mest opptatt av å peke på at god folkehelse er den enkeltes ansvar. Disse medlemmer vil selvsagt ikke frata enkeltindividet et ansvar for egen helse, men baserer seg på forskningen på området som klart og tydelig viser at det er gjennom strukturelle og universelle virkemidler man oppnår de beste resultater.

Disse medlemmer stiller seg derfor undrende til regjeringas motstand mot offentlig finansiert frukt og grønt, ordninger for skolemat og innføring av mer fysisk aktivitet i skolen. Tiltak som beviselig fører til bedre folkehelse, bidrar til å utjevne helseforskjeller og fører til økt evne til konsentrasjon og læring. Disse medlemmer mener vi som samfunn ikke har råd til å la være å investere i god folkehelse, særlig for våre barn og unge; dette vil være langt mer fornuftig og lønnsomt enn å gi skattekutt til de som har mest fra før.

Komiteen mener arbeidet med gode vaner for godt kosthold og fysisk aktivitet må starte allerede i barnehagen. En god fysisk og motorisk utvikling virker positivt inn på barnets sosiale og mentale utvikling, og barnehagen er det stedet utenfor familien som har mest å si for å bygge en god psykisk helse hos barn. Komiteen mener barnehagen derfor er en meget viktig arena til å innarbeide gode vaner for fysisk aktivitet og et sunt kosthold.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Venstre og Sosialistisk Venstreparti viser til at et tett foreldresamarbeid mellom barnehager, helsestasjoner og foreldre er viktig. Derfor mener disse medlemmer at noen av helsestasjonens kontroller bør legges til barnehagene, men at de utføres av helsestasjonen, og hvor foreldrene er med. Både helsestasjonene og barnehagene har mye å lære av hverandre, og det vil være nyttig med en bedre samhandling mellom de to tjenestene og barnas foreldre for å koordinere den tidlige innsatsen bedre.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre forsøk med å flytte 4-årskontroller til barnehagene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det er viktig at skolen motiverer og legger til rette for økt daglig fysisk aktivitet, og mener at det det er nødvendig å integrere økt fysisk aktivitet i skolehverdagen og integrere dette bedre i annen undervisning. Flertallet mener at mange skoler utnytter det lokale handlingsrommet de har til fag- og timefordelingen og lykkes godt med å legge til rette for daglig fysisk aktivitet for elevene, men at det er et stort forbedringspotensial.

Flertallet mener andre viktige tiltak for å fremme folkehelsen er tilrettelegging for aktivitet hele livet. Vi trenger derfor godt utbygde gang- og sykkelveier, møteplasser i nærmiljøet, tilgang til natur, barnehager, skoler og eldresenter som innbyr til fysisk aktivitet. Flertallet mener at folkehelsearbeidet må integreres bedre i all fremtidig samfunnsplanlegging, og at det er behov for en tverrsektoriell tilnærming om vi skal lykkes i arbeidet. I tillegg må forskning og utvikling knyttet til folkehelse og primærhelsetjenesten styrkes. Kanskje viktigst for god helse er også en god tilknytning til arbeidslivet, og flertallet mener at det er god folkehelsepolitikk å styrke arbeidslinjen, og at det er viktig med et trygt, fleksibelt og familievennlig arbeidsliv med plass til alle.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre vil innenfor helsepolitikken prioritere tiltak innen forebygging og folkehelse. En omfattende satsing på forebygging og folkehelse reduserer behovet for behandling. Disse medlemmer mener at fysisk aktivitet i skolen er viktig, og støttet regjeringens forsøk med fysisk aktivitet i ungdomsskolen. Disse medlemmer mener det er viktig å se hvilke effekter et slikt forsøk vil ha også for yngre elever, og ønsker at forsøket utvides til også å gjelde 30 barneskoler.

Komiteens medlem fra Venstre viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås en økt bevilgning på 10 mill. kroner til dette formålet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Stortingets behandling av representantforslag om innføring av ein times fysisk aktivitet kvar dag i skulen (Innst. 217 S (2013–2014), jf. Dokument 8:59 S (2013–2014)), der Venstre sikret nødvendig flertall sammen med Høyre, Fremskrittspartiet og Miljøpartiet De Grønne mot forslag nummer 1:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak om hvordan man kan innføre én time daglig fysisk aktivitet for elever fra 1.–10. trinn.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, der psykisk helse i folkehelsearbeidet, helsevennlige valg og aktive eldre ble løftet frem, og i tillegg ble det lagt vekt på forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Flertallet viser til at grunnlaget for en god, livslang helse legges i barne- og ungdomsårene, og at gode oppvekstsvilkår for barn og unge er blant de viktigste oppgavene i samfunnet. Flertallet mener at gode oppvekstsvilkår er et mål

i seg selv, samtidig som det legger grunnlaget for en god helse gjennom livet. Flertallet vil derfor understreke at det er mye forebyggende helsearbeid i en godt utbygd skolehelsetjeneste, og viser til at disse partier har stor oppmerksomhet på barn og unge, herunder utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Flertallet vil minne om at det er kommunene som har ansvaret for å bygge opp en tilgjengelig skolehelsetjeneste for barn og unge. Kommunenes frie inntekter er i budsjettene for årene 2014, 2015 og forslaget for 2016, styrket med totalt 677,7 mill. kroner begrunnet i satsing på dette.

Flertallet viser til at det i budsjettforliket i tillegg ble øremerket 100 mill. kroner til økt bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tillegg til enigheten om 200 mill. kroner til kommunene. En søknadsbasert ordning på 100 mill. kroner gjør det mulig for kommuner som vil satse enda sterkere enn midlene over kommunerammen tillater for å realisere sine ambisjoner. En slik ordning vil belønne de kommunene som satser, ved at det legges til et øremerket tilskudd på toppen av de frie inntektene i kommunerammen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det i regjeringens politiske plattform står at «Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet», og at mange skoler allerede utnytter det lokale handlingsrommet de har til fag- og timefordelingen og lykkes godt med å legge til rette for daglig fysisk aktivitet for elevene. Disse medlemmer mener det er positivt at regjeringen har igangsatt et treårig forsøk med utvidet tid til kroppsøving og fysisk aktivitet i et utvalg ungdomsskoler. Forsøket gjennomføres som et forskningsprosjekt og innrettes slik at vi kan finne ut av hvilke opplegg som treffer disse elevgruppene og gir best innvirkning på elevenes fysiske og psykiske helse, læringsmiljø og læringsutbytte. Disse medlemmer minner også om at Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet er gitt i oppdrag å samle og spre erfaringer og gode eksempler, og å utvikle modeller for hvordan barnehager og skoler kan arbeide for å sikre fysisk aktivitet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er godt kjent med den positive betydningen både et sunt kosthold – som også innebærer inntak av frukt og grønnsaker – og fysisk aktivitet har for barn og unge, og ser det som positivt at flere skoler og kommuner har satt i gang ulike måltidsordninger med ulike former for finansiering. Flertallet viser til at regjeringen har som mål å støtte opp under barnehagenes og skolenes arbeid med å tilrettelegge for gode mat- og måltidsvaner og for arbeidet med å bedre kompetansen om kosthold og helse, men vil også fremheve foreldrenes ansvar for at deres barn har et sunt og variert kosthold.

Flertallet mener det er god folkehelsepolitikk å styrke arbeidslinjen i arbeids- og velferdspolitikken, og at tiltak for å fremme tilknytning til arbeidslivet kan ha stor effekt på den enkeltes mestring og helse. Flertallet viser til at endringene i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven, jf. Prop. 39 L (2014–2015) og Innst. 208 L (2014–2015), bidrar til å styrke regjeringens mål om et trygt, fleksibelt og familievennlig arbeidsliv med plass til alle, og at endringene sikrer høy sysselsetting og lav arbeidsledighet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener høy sysselsetting er et av de viktigste virkemidlene for å styrke folkehelsen i samfunnet som helhet og på individnivå. Det er derfor grunn til bekymring både for den stigende arbeidsledigheten, og for at mange ikke inkluderes i arbeidslivet. Disse medlemmer mener dette krever en politikk som til enhver tid er tilpasset utfordringene i arbeidsmarkedet og kan ikke se at dagens regjering i stor nok grad tar dette på alvor. Passivitet overfor den økende arbeidsledigheten og svekkelsen av arbeidsmiljøloven bidrar ikke til å få flere i arbeid, men kan føre til større arbeidsledighet og mer press på den enkelte ansatte, noe som kan resultere i dårligere folkehelse.

Disse medlemmer understreker at faste, trygge og hele jobber er viktig for folkehelsen. Det er ikke et folkehelsetiltak at regjeringen, og et flertall på Stortinget, svekker arbeidsmiljøloven og dermed innfører mer utrygghet i arbeidslivet.

4.7.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Budsjettforliket foreslår en bevilgning på 3 mill. kroner for å blant annet etablere en nasjonal krisestøtteenhet for vannverk. Flertallet mener rent vann i springen og rent vann i naturen er et gode vi aldri kan ta for gitt, og er glad for at arbeidet med vann har fått en kraftig styrking gjennom budsjettforliket også på andre områder, som arbeidet med implementeringen av vanndirektivet, kalking, villaks og styrket beredskap mv. Det foreslås at bevilgningen over kap. 714 post 21 økes med 3 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for å foreslå en bevilgning på 3 mill. kroner til etablering av en nasjonal krisestøtteenhet for vannverk.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 10 mill. kroner til etablering av nasjonalt kompetansesenter for ledningsteknologi for å oppnå bedre vannkvalitet.

Komiteens medlem fra Venstre viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 3 mill. kroner for å etablere en krisestøtteenhet og vakttelefon for drikkevann, som legges under Folkehelseinstituttet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det i budsjettforslaget for 2014 fra den rød-grønne regjeringen var foreslått 15 mill. kroner til en statlig satsing på drikkevannet, men at satsingen ikke ble fulgt opp i regjeringen Solbergs budsjettforslag eller i forliket med Kristelig Folkeparti og Venstre. Disse medlemmer vil understreke drikkevannets avgjørende betydning for god folkehelse, og at det fortsatt er behov for en kraftigere innsats for å sikre landets om lag 1 600 vannverk.

Komiteen merker seg at regjeringen vil fortsette samarbeidet med matvarebransjen om å redusere inntak av salt, mettet fett og sukker og arbeidet med nøkkelhullsmerket. Komiteen viser til at en av hovedkonklusjonene i Folkehelserapporten 2014 (FHI) er at norsk kosthold fortsatt inneholder for mye mettet fett, sukker og salt og for lite grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og fisk, og at det er en sammenheng mellom utdanningslengde og kosthold. Komiteen mener det er viktig at matvarebransjen bidrar i arbeidet med å endre kostholdsvaner. Komiteen mener det er viktig at ordningene skal nå alle grupper og føre til målbare kostholdsendringer, og at det foretas evalueringer som muliggjør forbedringer i ordningene dersom de ikke fungerer etter hensikten.

Komiteen viser til at nøkkelhullsordningen er vellykket på flere punkter: Nesten alle kjenner til ordningen (ca. 96 prosent), antall solgte enheter med nøkkelhull øker, og ordningen treffer uavhengig av sosial tilhørighet. Komiteen viser til at utfordringene med å utvide spekteret av nøkkelhullsprodukter i dagligvarehandlene vil bli diskutert i helse- og omsorgsministerens næringslivsgruppe på matområdet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at nøkkelhullsmerkingen uthules ved at leverandører av prishensyn tar sunne matvarer ut av ordningen, noe Diabetesforbundet også tok opp i høringen til statsbudsjettet. Disse medlemmer viser også til at både Forbrukerrådet og Legeforeningen er kritiske til deler av nøkkelhullsmerkingen, blant annet fordi de mener den er for lite treffsikker og fleksibel. Disse medlemmer viser til at et komitéflertall i Innst. 11 S (2014–2015) mente at nedgangen i bruk av ordningen er en svært uheldig utvikling for forbrukerne og deres mulighet til å ta informerte helsevalg og forutsatte at regjeringen tok dette opp med matvarebransjen. Disse medlemmer viser videre til merknad i Innst. 11 S (2014–2015):

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil videre peke på at når det avdekkes at de frivillige samarbeidsordningene med matvarebransjen, blant annet om merking og markedsføring, ikke gir ønskede resultater, så må det gripes inn med sterkere virkemidler som pålegg og lovreguleringer. Nøkkelhullet må bli en obligatorisk ordning og gi forbrukerne presis og etterrettelig informasjon.»

Komiteen vil understreke at det har stor betydning hva man spiser, både for psykisk og fysisk helse, og at det finnes mye kunnskap og forskning om helse som kan underbygg flere tiltak for et sunnere kosthold. Komiteen mener derfor at det er behov for å samordne og systematisere de ulike departementene i en felles tverrdepartemental handlingsplan for å fremme sunt kosthold i hele befolkningen, herunder gode tiltak innrettet mot barn og unge, slik at det kan innarbeides gode og sunne kostholdsvaner tidlig i livsløpet. Komiteen viser i den anledning til innstilling 380 S (2015–2016) om folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, der en samlet komité fremmet følgende vedtak:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utarbeides en helhetlig handlingsplan med konkrete tiltak for å fremme sunt kosthold i helebefolkningen.»

Komiteen imøteser Helsedirektoratets arbeid med nye retningslinjer for skolemåltidet, og mener at å stimulere til at elever møter et sunt kosthold i skolehverdagen er et godt folkehelsetiltak som når alle.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener arbeidet med kosthold i skolen går for sakte, og at dette svekker skolenes

mulighet til å drive forebyggende folkehelsearbeid. Midlene som prioriteres til frukt og grønt og et skolemåltid, er så knappe at de bare i beskjeden grad vil bidra til å gi barn og unge et godt kosthold og gode kostholdsvaner. Disse medlemmer viser videre til at forsøksordningen med økt tid til fysisk aktivitet ved 30 ungdomsskoler er positivt, men at også denne satsingen er svært beskjeden, særlig sett i lys av at det over år har vært enighet både blant de politiske partiene, i forskningsmiljøene og i organisasjonslivet om at én times fysisk aktivitet i skolen er et effektivt folkehelsefremmende tiltak.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at de vil gjeninnføre ordningen med gratis frukt og grønt i skolen, utvikle skolemåltidet og har foreslått innføring av én times fysisk aktivitet hver dag i grunnskolen innenfor dagens rammetimetall.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til satsingen på folkehelse i Senterpartiets alternative statsbudsjett.

Komiteen merker seg at det tas sikte på å gjennomføre forsøket med ekstra tid til kroppsøving og fysisk aktivitet i om lag 30 ungdomsskoler fra skoleåret 2016/2017.

Komiteen vil understreke viktigheten av at de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet blir oppfylt. Rent og trygt drikkevann er et svært viktig næringsmiddel og sammen med trygge sanitære forhold en forutsetning for god folkehelse.

Komiteen merker seg at tilsyn med og forvaltning av tobakksskadeloven og alkoholloven med forskrifter, og informasjonstiltak overfor kommuner, virksomheter og befolkningen, skal prioriteres i 2016 pga. flere store lovrevisjoner. Komiteen viser til at blant de globale målene som er relevante for folkehelsepolitikken, oppgis i proposisjonen blant annet:

«Minst 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol og 30 prosent reduksjon i forekomst av tobakksforbruk.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen viser til at det er foretatt store lovrevisjoner på alkohol- og tobakksområdet. Disse medlemmer mener at de lovrevisjonene regjeringen Solberg har foretatt, i sum har ført til mer tilgjengelig alkohol til en lavere pris, og at sammenhengen mellom tilgjengelighet, pris og forbruk er dokumentert. På tobakksområdet har regjeringen valgt moderate avgifter. Disse medlemmer viser til Kreftforeningens påpekning av at 1 av 3 krefttilfeller kan forebygges gjennom endrede levevaner, og at viktige tiltak vil være å redusere tobakks- og alkoholforbruket i befolkningen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet har en helhetlig politikk for god folkehelse. Som del av folkehelsesatsingen foreslår Senterpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 å reversere taxfree-endringene som ble vedtatt i revidert nasjonalbudsjett våren 2015, samtidig som Senterpartiet foreslår å redusere taxfree-kvoten for alkohol med én flaske, halvere de tollfrie kvotene for innførsel av tobakksvarer (taxfree-kvoten), og øke avgiftene på brennevin med 5 prosent; tobakk og øvrig alkohol med 3 prosent. Dette medlem viser til at en reversering av kvoteendringen fra 1. juli 2014 vil gi en provenygevinst på om lag 70 mill. kroner påløpt i 2016, og at reduksjon av taxfree-kvoten for vin med 0,75 liter utover dette gir ytterligere provenygevinst på rundt 120 mill. kroner påløpt i 2016. Senterpartiet vil bruke disse innsparingene til satsing på gratis frukt og grønt i skolen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at samarbeidsavtalen med Kristelig Folkeparti og Venstre slår fast at hovedlinjene i alkoholpolitikken ligger fast, og at regjeringen har som ambisjon å redusere alkoholforbruket i Norge og de skadene dette medfører. Flertallet viser til at regjeringen vil videreføre den etablerte alkoholpolitikken og forsterke innsatsen, ikke minst mot tredjepartsskader. Flertallet vil påpeke at selv om hovedlinjene ligger fast, må det vurderes om en innenfor hovedlinjene må foreta justeringer der det er unødvendige reguleringer eller behov for forenklinger. Dette er også viktig for å sikre fortsatt tillit til Vinmonopolet og til at vi fortsatt kan ha en restriktiv alkoholpolitikk.

Flertallet mener det er nødvendig at kommunene møter utfordringene knyttet til alkoholbruk på en helhetlig måte, og viser til at målet nå er at kommunene i større grad enn i dag skal kunne ta ut potensialet i alkohollovgivningen som en del av arbeidet med å fremme folkehelsen og begrense rusmiddelrelaterte skader. Flertallet er glad for at regjeringen slutter opp om Verdens helseorganisasjons globale mål om 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol innen 2025.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen har forpliktet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere alkoholskader med 10 prosent innen 2020. Dette medlem viser videre til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 30 mill. kroner

til forebygging av skadelig alkoholbruk, med særlig fokus på alkoholbruk på arbeidsplassen og blant barn og unge. Dette medlem foreslo videre å styrke Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk (AKAN), Actis, Av-og-til, Juvente og MOT. Dette medlem påpeker at offentlig sektor bør være en foregangsmodell når det gjelder en bevisst alkoholpolitikk på arbeidsplassen, og at det bør utvikles normative retningslinjer for dette. Dette medlem foreslo videre i sitt alternative budsjett å benytte 3 mill. kroner av øvrige bevilgning til å utvikle en nasjonal alkoholstrategi, og at organisasjonene nevnt over, og parter i arbeidslivet, må involveres i arbeidet. Dette medlem mener i likhet med høringsinstansen Actis at det er behov for en offensiv strategi med konkrete tiltak for å hindre drikkepress i arbeidslivet og generelt å jobbe for å redusere alkoholskader og misbruk i befolkningen, i tråd med øvrige politiske målsettinger.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der vekslingsordningen med alkohol for tobakk på taxfree reverseres. Dette medlem viser til at det finnes vesentlig mer fornuftige formål å bruke disse pengene på.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Actis sitt høringsinnspill om behovet for en egen tverrsektoriell alkoholstrategi i Norge. Disse medlemmer mener et slikt strategisk planverktøy kan bli viktig for å oppnå de alkoholpolitiske målsettingene. Regjeringen viser i proposisjonen til at det har foregått flere store lovrevisjoner, og disse medlemmer har i den forbindelse merket seg at høringsinstanser har etterlyst en mangel på helhetlig tilnærming i alkoholpolitikken. Disse medlemmer mener det er viktig å få på plass en overordnet og gjennomtenkt praksis.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at innsatsen for å forebygge rusproblemer har fått et tydelig folkehelseperspektiv, og at Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020 legger til grunn at det befolkningsrettede rusmiddelforebyggende arbeidet forsterkes og videreføres innenfor rammene av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter.

Komiteen forutsetter at tilsyn og forvaltning skal understøtte målsettingene på alkohol- og tobakksområdet som Norge har sluttet seg til. Komiteen merker seg at Akan kompetansesenter skal evalueres og at røykesluttelefonen videreføres, samt at det skal utarbeides en kommunikasjonsstrategi for informasjon og kampanjer på levevaneområdene.

Komiteen viser til at det øremerkes midler til en kampanje for fellesskap og sosial støtte i regi av frivillige organisasjoner, koordinert gjennom Frivillighet Norge. Frivilligheten er en svært viktig aktør i folkehelsearbeidet, og komiteen imøteser dette arbeidet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett dobler regjeringens satsing til frivillige som vil tilrettelegge for aktivitets- og besøksvenner i eldreomsorgen.

Komiteen merker seg at det foreslås å videreføre bevilgningen til forskningsprogrammet på sivilsamfunn og frivillig sektor for å styrke programmets folkehelserelaterte problemstillinger. Videre foreslås videreføring av det øremerkede tilskuddet til Atferdssenteret for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge, det øremerkede tilskudd til Høgskolen i Oslo og Akershus for å sikre finansieringen av Ungdata og driftsstøtten til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmåls forebyggende arbeid.

4.7.2 Post 60 Kommunale tiltak

Komiteen vil understreke at mye viktig folkehelsearbeid skjer i form av lavterskeltiltak som en del av hverdagen der folk bor og ferdes til daglig. Kommunesektoren er derfor kanskje den viktigste folkehelsepolitiske enkeltaktøren i Norge, og det er avgjørende at det kommunale folkehelsearbeidet gis høy prioritet. Frivillig sektor er en svært viktig samarbeidspartner for kommunene i folkehelsearbeidet. Komiteen er opptatt av at støtten til kommunale tiltak utformes slik at de sikrer god samhandling mellom kommunene og frivilligheten, og gode vilkår for dette samarbeidet.

Komiteen viser til omleggingen som er foretatt, der midler til fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner ble flyttet til utviklingsarbeid i kommuner som fremmer folkehelse og fysisk aktivitet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, mener frivilligheten har en svært viktig rolle i lokalsamfunnene som fremmer av folkehelse og fysisk aktivitet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er viktig å evaluere resultatene av omleg-

gingen og om den fører til mer eller mindre fysisk aktivitet i befolkningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det skal foretas en evaluering av programmet for utviklingsarbeid i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at flere høringsinstanser er svært kritiske til denne omleggingen, blant annet Norges Idrettsforbund, og at det er gjort kraftige kutt i aktivitetsmidlene til frivillige organisasjoner. Friluftslivsorganisasjonene etterlyser en satsing på friluftsliv, som de mener kan gi betydelig folkehelsegevinst. Disse medlemmer deler organisasjonenes syn på hvor viktig aktivitet er for en god fysisk og psykisk folkehelse, og at det er viktig at aktivitetene når flest mulig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil påpeke at i forbindelse med budsjettet for 2015 ble midlene for fysisk aktivitet og forebyggende folkehelsearbeid gjennom de frivillige organisasjonene flyttet fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett over til kap. 1420 Miljøverndirektoratet, post 78 Friluftsformål og til kap. 719, post 60 Kommunetilskudd. I regjeringens budsjettforslag for 2016 omdisponeres begge disse postene til andre formål. Disse medlemmer mener de frivillige organisasjonene bidrar positivt til økt fysisk aktivitet og helsefremmende arbeid. Disse medlemmer er sterkt kritisk til regjeringens bortprioritering av disse små midlene som gir stor aktivitet i tråd med helsemyndighetenes målsettinger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til sitt alternative statsbudsjett, der det er satt av midler til å ruste opp idrettsanlegg, utvikle gode friluftsområder og kartlegge naturen. Disse medlemmer vil legge til rette for friluftsliv i og ved byer og tettsteder ved å gjøre grøntstrukturen i disse områdene allment tilgjengelige. Støtte til oppkjøp av by- og tettstedsnære områder gir mye aktivitet. Arbeiderpartiet vil øke bevilgningene til statlig tilrettelegging, oppkjøp og båndlegging av friluftsområder med 25 mill. kroner utover regjeringens forslag til budsjett for 2016. Disse medlemmer vil fremheve at friluftsliv gir gode opplevelser og bedre folkehelse. Friluftsområdene må tilrettelegges og forvaltes slik at de er lett tilgjengelige for alle. Flere områder bør innby til aktiviteter for barn og unge og slik fungere som sosiale møteplasser. Friluftsliv er også en viktig arena for integrering, og flere friluftsorganisasjoner retter nå sine aktivitetstilbud inn mot innvandrergrupper. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett, der det foreslås å bevilge 55 mill. kroner til friluftsformål, utover regjeringens forslag. Støtten skal blant annet gå til frivillige organisasjoner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Norges Idrettsforbund i høringene til statsbudsjettet ba om at en tilskuddsordning på statsbudsjettet for å fremme fysisk aktivitet i samarbeid med frivillige organisasjoner blir gjeninnført, og at Friluftsrådenes Landsforbund ba om at det ble opprettet en tilskuddspott på 10 mill. kroner, der friluftsråd og frivillige organisasjoner kan søke midler til friluftsliv for grupper med særskilte behov. Norsk Friluftsliv ba også om tilbakeføring av aktivitetsmidler til frivillige organisasjoner.

Dette medlem viser til at Senterpartiet prioriterer 25 mill. kroner i økte midler til frivillige organisasjoners arbeid for økt fysisk aktivitet og friluftsliv i 2016, 15 mill. kroner til en generell finansieringsordning til tiltak for å fremme fysisk aktivitet i samarbeid med frivillige organisasjoner som også understøtter tiltak som «Sykle til jobben», «Aktiv Bedrift», «Golf Grønn Glede» (et psykisk helse-tiltak), svømmeopplæring for innvandrere, tiltak rettet mot eldre osv. og 10 mill. kroner i en tilskuddspott der friluftsråd og frivillige organisasjoner kan søke midler til friluftsliv for grupper med særskilte behov.

Dette medlem viser til at Senterpartiet foreslår 155 mill. kroner til å etablere ny tilskuddsordning for organisasjonseide kulturbygg, øke mva.-kompensasjonsordningene for frivillige organisasjoner og idrettsanlegg, og til ombygging- og rehabilitering av organisasjonseide kulturhus. Dette medlem vil fremheve også kulturhusenes folkehelsefremmende betydning, blant annet er det mange som benytter slike lokaler til fysisk aktivitet for barn, unge og eldre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener friluftsliv er en viktig kilde til god helse og livskvalitet for befolkningen og er prioritert i budsjettet for 2016. Flertallet viser til at ordningen statlig sikring av friluftsområder og flere av tilskuddsordningene styrkes vesentlig. Midlene til sikring av friluftsområder styrkes med 10 mill. kroner, mens tilskuddsmidlene til tilrettelegging av sikrede friluftsområder øker fra 25 mill. kroner til 30 mill. kroner. I tillegg økes tilskuddsmidlene til friluftsaktivitet, skjærgårdstjenesten og driftsstøtten til interkommunale friluftsråd og Forum for natur og friluftsliv. Flertallet viser til

at regjeringen styrker videre prosjektet kartlegging og verdsetting av friluftsområder, og at regjeringen i 2016 vil fremme en ny stortingsmelding om friluftsliv.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre mener det er helt nødvendig å styrke friluftslivet og sikre nærhet til parker, grøntområder, nærskoger osv. for å motivere til økt bruk av naturen. Økt vern av mer verneverdig skog og sikring av friluftsområder er svært viktig for å sikre gode frilufts- og rekreasjonsområder og derigjennom styrke folkehelsen. I den forbindelse vises det til budsjettforliket av 23. november 2015 mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, der det gis økte bevilgninger til friluftsliv, skogvern mv. over kap. 1420 post 78 og kap. 1420 post 35. Disse medlemmer mener det er viktig at terskelen for friluftsliv blir så lav som mulig, f.eks. gjennom økt opparbeidelse av enkle turstier, god skilting, utvikling av digitale tjenester mv., og at det derfor er viktig med gode rammevilkår for friluftslivet. Disse medlemmer ser frem til at regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om friluftsliv, og har store forventninger til at meldingen vil inneholde en rekke konkrete tiltak som fremmer friluftslivet og folkehelsen.

Komiteen mener SLT-modellen (Samordningsmodell for Lokale forebyggende Tiltak mot rus- og kriminalitet) og ruskoordinator har vist seg å være riktige verktøy i det rusforebyggende arbeidet som det bør satses videre på.

Komiteen merker seg at det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til folkehelsetiltak i Groruddalssatsingen og Handlingsprogram Oslo Sør, og til sekretariat for nettverket Sunne kommuner og en tverrfaglig innsats på rusmiddelfeltet, der målet er å gi kommunene en struktur for tverrfaglig samhandling.

Det foreslås å videreføre driftsstøtte til Rustelefonen som drives av Oslo kommune, og til Klara Klok som drives av Nordland fylkeskommune.

4.7.3 Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Komiteen merker seg at formålet med tilskuddsordningene til frivillige organisasjoner på rusfeltet er å støtte opp under frivillig innsats, for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Komiteen merker seg også at tilskuddsordningene er lagt om, at spilleavhengighet er tatt inn i regelverket som del av det rusmiddelforebyggende feltet og at rusmiddelforebygging i arbeidslivet foreslås innlemmet i tilskuddsordningen for frivillig, rusmiddelforebyggende innsats. Skjønnsmidler til Actis og Av og til foreslås videreført som øremerkede midler, og komiteen vil understreke at disse organisasjonene utfører godt rusmiddelforebyggende arbeid for samfunnet, og at det er viktig at de sikres ressurser som gir forutsigbarhet og langsiktighet.

Komiteen mener det er riktig å prioritere arbeidet mot doping og at innsatsen må følges nøye, slik at den stadig kan forbedres for å nå målet om en dopingfri treningskultur i Norge. Komiteen er bekymret over at Antidoping Norge melder at treningsdop er et økende problem, og at mange treningssentre fortsatt ikke er fullverdige deltakere i antidopingarbeidet. Samtidig er det positivt at antall samtaler og tester øker.

Komiteen vil understreke at kommunene er svært viktige aktører i det rusmiddelforebyggende arbeidet, og at kompetansesentrene er en viktig ressurs for deres arbeid. Akan kompetansesenter er en viktig bidragsyter til rusforebygging i arbeidslivet. Komiteen viser til at en studie i 2013 viste at omtrent 30 prosent av korttidsfraværet og 15 prosent av langtidsfraværet skyldes alkoholbruk, og at en liten årlig økning i totalt forbruk er forbundet med 13 prosent økning i sykefravær blant menn. Komiteen mener at vellykket rusmiddelforebygging i arbeidslivet vil gi stor samfunnsgevinst både økonomisk og i et folkehelseperspektiv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket var enighet om å foreslå å bevilge 15 mill. kroner utover Prop. 1 S (2015–2016) til rusmiddelforebygging i regi av frivillige organisasjoner. Flertallet foreslår at dette reduseres med 3 mill. kroner, for å kunne øke bevilgningen tilsvarende over kap. 765 post 72. Videre foreslås 5 mill. kroner overført til kap. 714 post 79 som delfinansiering av Tromsøundersøkelsen. Flertallet foreslår dermed at kap. 714 post 70 økes med 7 mill. kroner.

Flertallet anerkjenner Akan kompetansesenter sitt viktige arbeid med å forebygge og motvirke alkoholskader og rusavhengighet blant ansatte i arbeidslivet. Offentlig sektor bør være foregangsmodell for en bevisst alkoholpolitikk i arbeidslivet. Flertallet anerkjenner Juvente og MOT sitt viktige forebyggende arbeid blant barn og unge. Flertallet er opptatt av å utvikle nye og spennende lavterskeltilbud i kommunene. Kafé med mening er et lavterskeltilbud for mennesker med psykisk helse og rusutfordringer i Ski kommune. Denne piloten foreslås bevilget med 300 000 kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for en økning på 7 mill. kroner på kapittel 714 post 70 til frivillig rus-

middelforebyggende innsats, og 5 mill. kroner til kapittel 714 post 79 som delfinansiering av Tromsøundersøkelsen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der arbeidet mot skadelig bruk av rusmidler i arbeidslivet og overfor unge intensiveres, blant annet ved å foreslå 5 mill. kroner til Akan (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk) utover regjeringens forslag, og 1 mill. kroner utover regjeringens forslag til ungdomsorganisasjonen Juvente. Denne satsingen må ses i sammenheng med Senterpartiets øvrige satsinger på en sterk kommuneøkonomi, folkehelsefremmende tiltak gjennom frivilligheten for øvrig og avgiftspolitikken, samt partiets forslag om en femårig opptrappingsplan for psykisk helse i kommunene, som også vil ha positive effekter i det rusmiddelforebyggende arbeidet.

Komiteen vil ha økt satsing på varierte tilbud innen rus og psykisk helse. Komiteen mener grønn omsorg er et godt og effektivt aktivitetstilbud, og er kjent med «Inn på tunet» og andre som har tilbud i nærhet til natur og dyr. Komiteen ser de positive helseeffektene dette har på en rekke pasientgrupper, særlig de som sliter med rus og psykiske utfordringer.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Venstre ønsker å støtte opp om økt bruk av denne typen behandlingstiltak.

Komiteens medlem fra Venstre viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås en ekstrabevilgning på 5 mill. kroner til grønn omsorg.

4.7.4 Post 74 Skolefrukt mv.

Komiteen merker seg at regjeringen oppgir at det gjennom abonnementsordningen Skolefrukt arbeides for å stimulere til økt inntak av frukt og grønnsaker hos elever i hele grunnskolen (1.–10. trinn). Komiteen konstaterer også at oppslutningen om abonnementsordningen er synkende og at regjeringen tar sikte på å gjøre endringer. Komiteen understreker viktigheten av at endringer fører til at flere barn og unge har frukt og grønt som del av sitt daglige kosthold i skolen.

Komiteens medlem fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at stadig færre elever har frukt og grønt som del av kostholdet på skolen etter at regjeringen Solberg fjernet ordningen med gratis frukt og grønt og innførte en betalingsordning. Disse medlemmer mener regjeringen med dette har valgt å ta bort et viktig lavterskeltiltak som når alle på tvers av sosiale skillelinjer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016, der Arbeiderpartiet foreslår at det settes av 100 mill. kroner til gjeninnføring av frukt og grønt i ungdomsskolen fra oppstart av skoleåret 2016/17.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at mange skoler ikke er påmeldt abonnementsordningen for skolefrukt. Dermed får ikke elever på skolen anledning til å benytte seg av ordningen. Ifølge svar fra helse- og omsorgsministeren på skriftlig spørsmål 27. mars 2015 (Dokument nr. 15:820 (2014–2015)) fordelte oppslutningen om abonnementsordningen seg slik:

«11 % av alle elever i grunnskolen; rene barneskoler (1.-7. trinn) 14 %, rene ungdomsskoler (8.-10. trinn) 4 %, og kombinerte skoler (1.-10. trinn) 9 %. Videre het det: Det er 37 % av alle skolene som nå deltar i ordningen; av rene barneskoler (1.-7. trinn) deltar 48 %, av rene ungdomsskoler (8.-10. trinn) deltar 15 %, og andelen kombinerte skoler (1.-10. trinn) 27 %.»

Disse medlemmer mener at det minste som burde gjøres så lenge det er en nasjonal subsidiert abonnementsordning for skolefrukt, er å sørge for at dette må bli et tilbud på alle skoler og for alle elever. Alle skoler må bli pålagt å melde seg på abonnementsordning for frukt og grønt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser for øvrig til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås å gjeninnføre en gratisordning for frukt og grønt i skolen, da en slik ordning, uansett innretning på en abonnementsordning, vil nå langt flere barn og unge.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringens beslutning om å frata elevene frukt i skolen var en svært dårlig idé. Når abonnementsordningen nå er fallende, understreker det poenget. Disse medlemmer mener det er trist at det synes å ha gått prestisje i saken, og at kutt synes viktigere enn god helse og elever som har mer energi til å følge opplæringen. Disse medlemmer vil oppfordre alle partier til å legge bort gammelt tankegods, slik at Stortinget samlet kan gjeninnføre skolefrukt til landets elever. Disse medlemmer viser for øvrig til disse partienes alternative budsjett.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er godt kjent med den positive betydningen både et sunt kosthold – som også innebærer inntak av frukt og grønnsaker – og fysisk aktivitet har for barn og unge, og ser det som positivt at flere skoler og kommuner har satt i gang ulike måltidsordninger med ulike former for finansiering. Flertallet viser til at regjeringen har som mål å støtte opp under barnehagenes og skolenes plikt til å tilrettelegge for gode mat- og måltidsvaner og for arbeidet med å bedre kompetansen om kosthold og helse, men vil også fremheve foreldrenes ansvar for at deres barn har et sunt og variert kosthold.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser videre til at regjeringsplattformen tydeliggjør at kommunene står fritt til å velge om de vil ha en gratis skolefruktordning eller ikke, og noen kommuner tilbyr fortsatt gratis frukt og grønt til sine elever. I Folkehelsemeldingen varsler regjeringen at ordningen med skolefrukt skal gjennomgås for å se på alternative måter å øke inntaket av frukt og grønt i hele grunnskolen på, og hvordan midlene kan brukes sammen med andre ressurser på matområdet for å understøtte lokale initiativ for gode måltider i skolen. Disse medlemmer viser til at dette arbeidet er i gang, som en del av et utredningsarbeid om måltider i skolen. Anbefaling vil forelegges regjeringen i februar 2016 med sikte på ny ordning fra skolestart 2016 eller på nyåret 2017. Disse medlemmer viser videre til at Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet skal samle på gode eksempler som skoler og kommuner allerede har etablert, for å legge til rette for gode skolemåltidsløsninger. Det vil særskilt bli sett på tiltak for å øke frukt og grønt i skoletiden som en del av arbeidet med mat i skolen, og også sett på om det er mulig å samordne for eksempel frukt- og melkeordninger.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at en offentlig finansiert ordning med frukt og grønt i skolen fører til at elevene får i seg mer frukt og grønt. Dette medlem noterer at regjeringen finner spørsmålet så komplisert at det må utredes, men vil oppfordre til å støtte forslag fra Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett om å innføre ordning med frukt og grønt og med et enkelt brødmåltid i stedet for å bruke tid på utredninger.

4.7.5 Post 79 Andre tilskudd

Komiteen merker seg at bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Komiteen viser til at det foreslås bevilget midler til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag som oppgis å delfinansiere HUNT 4. Helseundersøkelsen er Norges største samling av populasjonsbaserte helsedata og biologisk materiale, og komiteen deler oppfatningen av at dette utgjør et betydningsfullt grunnlag for forskning.

Komiteen viser til at regjeringen ønsker å forebygge ensomhet gjennom sosialt fellesskap, møteplasser og deltakelse. Komiteen viser til at enslige eldre er særlig utsatt for ensomhet, og mener frivillige som besøks- og aktivitetsvenner i omsorgstjenesten, er et godt forebyggende tiltak mot ensomhet sammen med aktivitet blant seniorer og eldre og frivillige organisasjoners arbeid med å aktivisere eldre fysisk og sosialt. Komiteen viser til at eldre som gruppe i Norge er sammensatt, og at det er viktig at ressursene målrettes. Komiteen merker seg også at ny teknologi for mobilisering og opplæring av pårørende skal tas i bruk.

Komiteen viser til at det foreslås at Frivillighet Norge skal koordinere en kampanje for fellesskap og sosial støtte i regi av frivillige organisasjoner, og at formålet er å mobilisere frivillige og rekruttere andre som ønsker å bidra med frivillig innsats, kompetanse og medmenneskelighet og å motarbeide ensomhet. Komiteen imøteser dette arbeidet og vil understreke at frivillighet i lokalsamfunnene blir viktigere når eldres andel av befolkningen øker, og befolkningen blir mer sammensatt, blant annet som følge av at flere søker asyl og opphold i Norge fra krigsområder. Lokale fellesskap og møtesteder bidrar til å skape relasjoner mellom folk og er viktige forutsetninger for å bygge gode nærmiljø. Komiteen viser til at frivillige organisasjoners ordinære virksomhet, utover kampanjer, kontinuerlig understøtter dette viktige arbeidet for lokalsamfunnene, og at gode rammevilkår for frivilligheten derfor alltid er viktig.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at partiet i sitt alternative budsjett dobler satsingen på frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner. Dette medlem vil også understreke at aktivitet i hverdagen i eldreomsorgen, både i og utenfor institusjon, er avgjørende for å forebygge ensomhet, og viser i den forbindelse til Senterpartiets satsinger på dagaktivetsplasser for personer med demens, hverdagsrehabilitering og en tilskuddordning for en times aktivitet hver dag på sykehjem, nærmere omtalt under primærhelsetjenesten.

Komiteen deler målsettingen om å løfte psykisk helse fram som en naturlig del av folkehelsearbeidet. Det er viktig å øke kompetansen i skolen om psykisk helse, og bidra til å styrke skolens systematiske arbeid for å skape læringsmiljø som fremmer elevers psykiske helse. Komiteen vil understreke

at målet må være å skape en skolehverdag som gir færrest mulig behov for psykologkompetanse.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det er behov for økt psykologkompetanse i skolen, og at Senterpartiets forslag om en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse med øremerkede midler vil innebære økte muligheter i kommunene for å ansette flere skolepsykologer. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det settes av 400 mill. kroner til opptrappingsplanen.

Komiteen merker seg at det under posten også foreslås tilskudd til Norges Astma- og Allergiforbund bl.a. for å sikre tjenesten pollenvarsling, og tilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming. Fiskesprell; et prosjekt mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet for å øke kunnskapen om sammenhengen mellom fisk og helse, øke praktiske ferdigheter i matlaging blant barn og øke fiskekonsumet hos barn, foreslås videreført. Komiteen viser til at amming har dokumentert helsegevinst både for mor og barn, og at tiltak for å understøtte amming er gode målrettede folkehelsetiltak.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti viser til at det i 2014 kom tall som viste at ammeandelen går ned for første gang på mange tiår. Ifølge tall fra Helsedirektoratet er andel fullammende ved fire måneders alder 44 prosent, og ved fem og en halv måneders alder er tallet 17 prosent. Disse medlemmer mener dette må ses i sammenheng med at liggetiden på barselavdelingene har gått ned, og at barselavdelingene særlig i de store byene har kapasitetsproblemer. Det er stort press på avdelingene og mange steder få jordmødre på jobb i forhold til antallet som føder. Jordmordekningen i kommunene er også for lav til å kunne gi tilstrekkelig oppfølging av alle i forhold til amming. Disse medlemmer vil understreke at frivillige organisasjoner som Ammehjelpen er viktigere enn noen gang i sitt folkehelsefremmende arbeid for høy ammeandel.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser for øvrig til representantforslag om å styrke jordmortjenesten i norske kommuner, Dokument 8:112 S (2014–2015), Innst. 39 S (2015–2016), der Senterpartiet fremmet en rekke tiltak for å øke jordmorrekrutteringen til norske kommuner, og til representantforslag om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker; Dokument 8:2 S (2015–2016).

Komiteen vil framholde at Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Tromsøundersøkelsen står sentralt i folkehelsearbeidet i Norge. De to store befolkningsundersøkelsene gir oss svært viktig kunnskap om folkesykdommer, livsstilssykdommer, helsetilstand og forebygging. Forskningsprogrammene er enestående ved at de gir mulighet til å følge utvikling i helse og sykdom i den samme befolkningen over flere år. Begge driver store undersøkelser, og de har også et utstrakt samarbeid. Komiteen viser til at den syvende Tromsøundersøkelsen startet i 2015, og at den fjerde HUNT-undersøkelsen har oppstart i 2017. De to folkehelseprogrammene fikk i 2014 Landsforeningen for hjerte- og lungesykes ærespris for sitt arbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, peker på at kun HUNT har tilskudd over statsbudsjettet, og mener begge undersøkelsene må få støtte for sitt viktige og unike folkehelsearbeid, når søknader foreligger ved oppstart eller i forbindelse med gjennomføring av nye undersøkelser.

Flertallet peker på at Tromsøundersøkelsen søker om et tilskudd på 6 mill. kroner for 2016 for å kunne gjennomføre den datainnsamlingen som undersøkelsen bygger på, ut fra de ambisjonene som undersøkelsen legger opp til. I tillegg søkes det om et årlig driftstilskudd på 5 mill. kroner.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, foreslår at kap. 714 post 79 økes med 5 mill. kroner.

Dette flertallet viser til budsjettforliket mellom de fire partiene hvor det er enighet om å foreslå å øremerke 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen og viser til at det er foreslått tilført 5 mill. kroner som delfinansiering fra kap 714 post 70.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at disse partier i sine alternative budsjett foreslo å bevilge 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter en øremerking og omprioritering av 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen i budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett der det foreslås 1 mrd. kroner mer til sykehusene og det øre-

merkes innenfor denne satsingen 7 mill. kroner til Tromsøundersøkelsen.

Komiteens medlem fra Venstre mener staten har et ansvar for å sluttføre finansieringen av Tromsøundersøkelsen versjon 7, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 6 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Budsjettforliket for 2016 sikrer gjeninnføring av tilskuddet til Norges sopp- og nyttevekstforbund, og det foreslås bevilget 2,5 mill. kroner til organisasjonen over kap. 1420 post 77.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at behovet for mer forskning med økt fokus på folkehelse er viktig, og viser som eksempel til HUNT i Trøndelag og til Tromsøundersøkelsen, som samarbeider godt sammen, og som begge bidrar til å øke kunnskapen i det videre arbeidet med å bedre folkehelsen i Norge.

Dette flertallet viser som eksempel til Tromsøundersøkelsen og HUNT, som blant annet jobber med forskning på rus og psykisk helse mv. Begge gir oss kunnskap om hvordan folkehelsen er, og ved at flere undersøkelser gjentas med års mellomrom, gir de oss også informasjon om hvordan folkehelsen utvikler seg over tid. Dette flertallet viser til at regjeringen vil, som en oppfølging av Langtidsplan for forskning og høyere utdanning og Helse-Omsorg21, vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger. Dette flertallet viser til at tidslinjene vi har fra helseundersøkelsene, er det beste verktøyet vi har for å spå om hvordan ulike sider ved folkehelsen vil utvikle seg. Undersøkelsene er dermed et grunnleggende hjelpemiddel for å lage langtidsplaner for hva vi bør gjøre for å møte folkehelseutfordringene også i fremtiden.

Dette flertallet vil følge nøye det videre forskningsarbeidet som leveres fra både HUNT og Tromsøundersøkelsen. Dette flertallet viser til at det opprettes studieplasser innen ernæring ved Universitet i Tromsø.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der det foreslås å sette av to mill. kroner til arbeidet med trygg soppkontroll.

Dette medlem viser til at Tromsøundersøkelsen, på samme måte som HUNT, driver viktig datainnsamling og kunnskapsbygging. Dette medlem foreslår en bevilgning på 7 mill. kroner til undersøkelsene.

Komiteen viser blant annet til høringsuttalelse fra Hørselshemmedes Landsforbund og vil framholde viktigheten av at det i forbindelse med HUNT4 gjennomføres en hørselsundersøkelse. Komiteen vil vise til at forrige befolkningsundersøkelse på hørsel ble gjort i forbindelse med HUNT2 (1995–97). Gjennomføres en ny undersøkelse i HUNT4, vil Norge ha unike data på hørselsfeltet og vil kunne bli ledende innen hørselsforskning. Forsvarets rapport om helsetilstanden til norske soldater viser en syvdobling av antallet hørselsskader blant de som møtte til sesjon fra 2008 til 2012. Komiteen vil påpeke at økningen i hørselsutfordringer i befolkningen ikke bare skyldes høyere levealder. Ved innlemming av hørsel i HUNT4 vil en også kunne si noe om hvorvidt hørselen hos unge er blitt dårligere og hva det i så fall skyldes. Komiteen mener hørselshemning og tinnitus bør være en del av HUNT4.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at data om hørsel og tinnitus innlemmes i HUNT 4.»

Komiteens medlem fra Venstre viser til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås 5 mill. kroner til opprettelse av en tilskuddsordning til utvikling av ny teknologi i folkehelsearbeidet for å motivere til lavterskel friluftsliv, slik man bl.a. har gjort i Stolpejakten. Eksempelvis kan ideelle aktører søke om tilskudd til utvikling av apper, digitale kart, spillteknologi og film med mer, i samarbeid med FoU-aktører og høgskoler med profesjonsutdanning.

Dette medlem vil også understreke at det er stor samfunnsøkonomisk nytte i små bevilgninger til frivillige organisasjoner som driver opplysningsarbeid. Dette medlem viser til Norges sopp- og nyttevekstforening, som driver viktig opplæring og opplysningsarbeid, og på den måten forebygger alvorlige og dyre forgiftninger. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner til dette i 2016.

4.8 Kap. 720 Helsedirektoratet

Det foreslås bevilget 1 206,6 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 1 165,1 mill. kroner.

Som en følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås Statens autorisasjonskontor (kap. 724) innlemmet i Helsedirektoratet. Statens strålevern (kap. 715) foreslås innlemmet som etat i direktoratet. Midlene fra kap. 724 og kap. 715 foreslås flyttet til dette kapitlet og netto flytting fra andre kapitler som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen, utgjør netto 60,9 mill. kroner. Omorganiseringen innebærer også flytting av midler fra dette kapitlet til andre kapitler.

Komiteen viser til at det er foreslått vesentlige endringer – ut over avbyråkratiseringens- og effektiviseringsreformen som er omtalt i del I – i tillegg til generelle pris- og lønnsjusteringer. Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan i helseforvaltningen skal rendyrkes. Samtidig som Folkehelseinstituttet vil få en tydeligere rolle som kunnskapsstøtteorganisasjon for direktoratet, innlemmes Statens autorisasjonskontor og Statens strålevern; noe som betyr at Helsedirektoratet vil få et mer helhetlig ansvar for helseberedskapen. Komiteen viser til at direktoratet skal ha et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå. Direktoratet skal se helse i et globalt perspektiv og arbeidsmåten skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig, og skal skje i samarbeid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt.

Komiteen viser til at det i 2014 ble utviklet tverrsektorielle indikatorer og etablert et systematisk samarbeid med en rekke sektorer – som Arbeids- og velfersdirektoratet og Utdanningsdirektoratet – om bedre læringsmiljø og arbeid mot frafall i videregående skole, og med Politidirektoratet i satsingen på ansvarlig alkoholhåndtering. I tråd med folkehelsemeldingen jobbes det også videre med sunne levevaner. Det er blant annet fokus på tobakksbruk, ernæring og fysisk aktivitet. Det er også etablert partnerskap med dagligvare- og næringsmiddelbransjen for saltreduksjon, og nye kriterier for nøkkelhullsmerking. Komiteen viser også til den viktige jobben som gjøres i direktoratet med å skaffe god oversikt og data over personellutviklingen og kompetansebehovet innen helse og omsorgssektoren, og at det er utredet en fremtidig spesialiststruktur for leger, med større vekt på breddekompetanse, forbedring av utdanningsløpet og endret rolle- og oppgavedeling. Helsedirektoratet fortsatte i 2014 arbeidet med tiltak for å øke kompetansen i omsorgstjenesten; både generelt og særlig innen demens.

Komiteen vil også minne om at det er et stort tverrsektorielt samarbeid på gang for å få innført nytt nødnett i hele landet, og at det i løpet av 2014 ble utarbeidet utkast til 28 pakkeforløp for kreft, som nå i 2015 rulles ut i hele landet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at fritt behandlingsvalg vil gi utvidede pasientrettigheter, i tillegg til et kraftig løft i tilbudet til personer med rus- og psykisk helseproblemer. Alle er svært viktige tiltak som er etablert for å skape pasientens helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at påstanden om at fritt behandlingsvalg vil gi økte pasientrettigheter og et kraftig løft i tilbudet til rus- og psykiatripasienter, ikke kan dokumenteres. Disse medlemmer viser til at det i høringsrundene før privatiseringsreformen ble vedtatt, ble påpekt fare for fragmentering av pasienttilbudet og uklare ansvarsforhold mellom private og offentlige tilbydere. I den forbindelse er det særlig pasienter som er en del av et behandlingsapparat over tid og er avhengig av stabilitet, forutsigbarhet og helhet i sitt pasientforløp, som trekkes frem som mulige tapere i privatiseringsreformen. Disse medlemmer kan ikke se at regjeringen gir gode svar på hvordan dette skal løses, men holder seg til overordnede viljeserklæringer. Disse medlemmer registrerer at forskrift om fritt behandlingsvalg fastslår at rus- og psykiatripasienter med alvorlig somatisk sykdom som krever samtidig behandling fra flere deler av spesialisthelsetjenesten, pasienter med tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven, brukerstyrte plasser i TSB, barn under 13 år eller barn og unge med alvorlige utviklingsforstyrrelser kombinert med alvorlig psykopatologi, tvangstanker og/eller tvangshandlinger, spiseforstyrrelse med kritisk lav vekt eller angstlidelser som primært skal ha poliklinisk og ambulant behandling, ikke skal få delta i ordningen, og således ikke får samme rettigheter. Dette viser at ordningen favoriserer enkelte pasientgrupper, og ikke nødvendigvis dem med størst behov.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at finansieringsansvar for stadig mer overføres til helseforetakene, uten at det nødvendigvis følges av nødvendige bevilgninger i årene som kommer. Disse medlemmer er bekymret for denne utviklingen og mener det er nødvendig å foreta en helhetlig gjennomgang – og evaluering – av hvordan overføring av oppgaver til sykehusene påvirker økonomi-

en, og om det følges opp av tilstrekkelige bevilgninger. Dette gjelder særlig dyre legemidler, men også en rekke andre oppgaver, slik som overgrepsmottak, utdanning mv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det etter budsjettforliket mellom regjeringen og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre legges opp til en økning av driftsbevilgningene til sykehusene i 2016 med 2 733 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett for 2015. Den reelle aktivitetsveksten i 2015 var høyere enn anslått i budsjettet og utgjør om lag 800 mill. kroner. Det blir i budsjettopplegget lagt opp til å øke pasientbehandling med ytterligere 2,5 prosent for 2016. Flertallet viser til at dette er en høy budsjettert aktivitetsvekst sammenlignet med tidligere år. Av disse 2,5 prosent vil 0,3 prosent være knyttet til fritt behandlingsvalg.

Flertallet viser til at regjeringen i 2014 la til rette for den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noensinne, og at den i 2015 startet innføringen av reformen fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten, en reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Flertallet viser til at de offentlige sykehusene har fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter, og at regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte. Det viser også at regjeringen satser på å prioritere sykehusene, eller viktigere, den prioriterer pasientene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre innebærer kutt i sykehusøkonomien, både til investeringer og gjennom å kutte ytterligere 0,1 prosent av budsjettene.

Komiteen viser til at direktoratet i 2014 fikk utvidet fullmakt til å overføre finansieringsansvaret for legemidler, inkludert kreftlegemidler, til helseforetakene. I 2014 ble finansieringsansvaret for syv nye kreftlegemidler overført.

Komiteen registrerer at økt nasjonal satsing på IKT har medført en ytterligere vekst i oppgaver og ansatte i direktoratet i 2014 og 2015, og viser i den anledning til kap. 701, post 1 Direktoratet for e-helse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til revidert nasjonalbudsjett for 2015 der regjeringen varslet en omfattende omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Det vises også til behandlingen av Prop. 9 L (2015–2016) om endringer i helselovgivningen som følge av omleggingen av den sentrale helseforvaltning. Den nye organiseringen skal tre i kraft 1. januar 2016.

Disse medlemmer støtter en grundig og kritisk gjennomgang av ressursbruken i helseforvaltningen. Disse medlemmer vil ha en effektiv forvaltning, som unngår dobbeltarbeid og ivaretar sitt viktige samfunnsoppdrag på en måte som sikrer høy kvalitet og sikkerhet for pasienter i Norge. Imidlertid er disse medlemmer kritisk til måten regjeringen har gått frem på i denne saken.

Disse medlemmer mener at beslutninger i denne størrelsesorden bør være grundig utredet. Det er lite målrettet å omorganisere uten å vite hvor det er effektivisering eller andre gevinster å hente ut, eller hva kostnadene knyttet til dette vil være. Det er også avgjørende at ansatte ved de ulike virksomhetene tas med i prosesser rundt omorganisering. Disse medlemmer mener det er uheldig at endringene som nå foreslås, i realiteten skjer uten at Stortinget er forelagt et reelt kunnskapsgrunnlag, og slik gjennomføres uten Stortingets viten og medvirkning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre støtter at det opprettes et nytt direktorat for e-helse. Det er behov for sterkere styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter i helsetjenestene, samt utvikling av lover, forskrifter og IKT-standarder på området. Det haster med gjennomføring, og forslaget har vært kjent i lengre tid.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er enige i at det nasjonale IKT-arbeidet i helsetjenesten må forbedres og styrkes, men mener at dette kan gjøres uten at det opprettes enda et direktorat. Disse medlemmer støtter derfor ikke opprettelsen av Direktoratet for e-helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at regjeringen har som mål å modernisere, effektivisere og avbyråkratisere offentlig sektor. En reduksjon av antall etater i den sentrale helseforvaltningen gjennomføres for å gi større og sterkere fagmiljøer, bedre styring og bedre ressursutnyttelse. Flertallet viser til at Helsedirektoratet styrkes som fag- og myndighetsorgan og får et helhetlig ansvar for helseberedskapen. Folkehelseinstituttet får utvidet rollen som kunnskapsprodusent på hele hel-

seområdet og får en klarere rolle som kunnskapsstøtteorganisasjon for Helsedirektoratet. Flertallet viser videre til at regjeringen har lagt frem forslag om å etablere Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten for å skape et større fagmiljø som skal gi bedre utnyttelse av ressursene og bedre rettssikkerhet for pasientene.

Flertallet viser videre til at med utgangspunkt i regjeringens mål om å modernisere, effektivisere og avbyråkratisere offentlig sektor, har Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med utredningsinstruksen vurdert behov og muligheter for endringer i helseforvaltningen. Departementet nedsatte i november 2014 to arbeidsgrupper for å vurdere dagens organisering av helseforvaltningen. Én for å avklare «gråsoner» på utvalgte områder mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, og én for å utrede organisering og alternative tilknytningsformer for etater under departementet. Parallelt med dette fikk Helsedirektoratet i desember 2014 i oppdrag å konsekvensvurdere en eventuell utskillelse av nasjonale IKT-oppgaver til et eget IKT-direktorat for helse- og omsorgssektoren. Vurderingene foreligger i form av tre rapporter som ble avlevert 15. februar 2015. Anbefalingene i rapportene danner det faglige grunnlaget for regjeringens beslutning.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at i sitt arbeid med å skape pasientens helsetjeneste, er disse partiene svært opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet.

Komiteen viser til at en viktig oppgave for Helsedirektoratet er å følge utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og legge til rette for utvikling av god kvalitet og pasientsikkerhet. I 2014 har dette blant annet handlet om å utvikle og drifte nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, kvalitetsindikatorsystemet, Norsk pasientregister og å følge opp nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Komiteen viser også til at en av kjerneaktivitetene for direktoratet er å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og at Helsedirektoratet fra og med 2016 overtar forvaltningen av meldeordningen for uønskede hendelse i spesialisthelsetjenesten, som skal bidra til å redusere pasientskader.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener Helsedirektoratet gjør et viktig og godt arbeid med å utarbeide faglige retningslinjer og veiledere, og at disse er viktige bidrag til å sikre kvalitet i tjenestene. Disse medlemmer mener det er et misforhold mellom økningen i stillinger i helsebyråkratiet, og bemanning, kompetanse og øvrige ressurser ute i tjenestene til å følge de faglige retningslinjene og veilederne. Difi-rapport 2013:11 viser at Norge har til sammen 60 direktorater som i 2013 hadde til sammen 14 000 årsverk, en økning på 23 prosent i løpet av de siste 10 årene. Helsedirektoratet alene har vokst fra 445 årsverk i 2006 til 747 årsverk i 2013. I dag har Helsedirektoratet 1 422,4 årsverk, men er også tillagt nye oppgaver. I statsbudsjettet for 2016 dokumenteres at helsebyråkratiet fortsetter å øke, eksempelvis har Folkehelseinstituttet vokst med 116 årsverk og Helsedirektoratet med om lag 150 årsverk fra 2014–2015.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at per 1. mars 2015 hadde Helsedirektoratet 1 422 årsverk. Av dette var 546 årsverk knyttet til HELFO. HELFO ble overtatt fra Nav i 2009. Fra 2014 til 2015 økte antall årsverk i Helsedirektoratet med om lag 150. Av dette var 120 årsverk relatert til ehelse/IKT, mens totalt 16 årsverk var overført fra Kunnskapssenteret og Nav. Den resterende veksten på 14 årsverk er knyttet til oppgaver av høy politisk viktighet.

Flertallet viser til at veksten i antall årsverk fra 2006 frem til 2014 skyldes en kombinasjon av generell vekst knyttet til økt aktivitet og nye oppgaver, men også som følge av overføring av årsverk og oppgaver fra andre virksomheter til Helsedirektoratet.

Flertallet vil påpeke at veksten fra 445 årsverk i 2006 til 747 årsverk i 2013 fant sted under den/de foregående regjeringer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet er bekymret over at det statlige byråkratiet vokser og forskyver balansen mellom byråkratmakt og folkevalgt makt, mellom de som utarbeider retningslinjer og kvalitetskrav, og de som er satt til å oppfylle dem ute i tjenestene. Senterpartiet vil prioritere tjenestene og medvirke til en mer fornuftig størrelse på byråkratiet. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett, der bevilgningene til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet og Statens helsetilsyn reduseres med til sammen 125 mill. kroner sammenlignet med regjeringens forslag.

Komiteen har merket seg at det er gjennomført endringer og omstillinger i HELFO, og at ny saksbehandlingsløsning skal sikre oppfyllelse av økonomiregelverket og tilstrekkelig kvalitet i saksbehandlingen, og at overføringen av fagområder til ny saksbehandlingsløsning tilrettelegger for en fleksibel og effektiv oppgaveløsning på lengre sikt. Komiteen viser videre til at HELFO har innført nye prinsipper for organisering. Dette for å kunne sikre god utnyttelse av ny saksbehandlingsløsning, utvikle

sterkere fagmiljøer og for å kunne styrke organisasjonen med tanke på fremtidig arbeidsoppgaver og krav. Komiteen registrerer også at det er igangsatt tilpassede tiltak for å sørge for en bedring av saksbehandlingstiden på flere områder. Komiteen ser positivt på at informasjonen til borgerne er videreutviklet og forbedret, og at informasjonen er overført til helsenorge-portalen og helfo.no, som også er rendyrket som nettsted for informasjon til helseaktørene. Komiteen viser også til at HELFO nå får nye oppgaver knyttet til fritt behandlingsvalg, pasientrettighetsdirektivet og endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

Komiteen viser til at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) fra 1. januar 2016 innlemmes i Helsedirektoratet for å sikre mer helhetlig og forbedret ivaretakelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell. Komiteen finner det positivt at et nytt og forbedret helsepersonellregister, gjennom språklige forenklinger, gjør det mulig for den autoriserte og for arbeidsgivere selv å skrive ut autorisasjonsbekreftelsen, og at kundesenteret har utvidet åpningstidene og bedret telefontjenesten. Komiteen viser også til at det er etablert et kontaktskjema og en e-postadresse for tips om mistenkte uregelmessigheter, som er tilgjengelig på hjemmesiden til SAK.

Komiteen viser til at Statens strålevern i 2016 skal bidra til en revisjon av strålevernforskriften, og at strålevernet også skal implementere nye bestemmelser om solarier og følge opp forbudet mot sterke laserpekere som trådte i kraft i 2015.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til kutt i medisinsk forbruksmateriell for mennesker med stomi og inkontinens under kap. 2751. Dette medlem viser til merknader under angitte kapittel og foreslår at kuttet dekkes inn gjennom kutt på 15 mill. kroner i kap. 700 og 15 mill. kroner i kap. 720 for å begrense effekten av kuttet. Dette medlem understreker at mennesker med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelser ikke skal fungere som en ren salderingspost.

4.8.1 Post 1 Driftsutgifter

Komiteen har merket seg det at på grunn av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen, foreslås en del overføringer og endringer under post 01 Driftsutgifter.

4.8.2 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteen har merket seg at det som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen foreslås å flytte 27,7 mill. kroner fra kap. 715 Statens strålevern post 21. Komiteen viser videre til at regjeringen følger opp og viderefører samhandlingsreformen med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det foreslås i den anledning å innrette samhandlingsmidlene til tiltak som følger opp denne meldingen. Som følge av dette foreslås bevilgningen redusert med 20,1 mill. kroner.

4.8.3 Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Komiteen har merket seg at det foreslås å flytte 4,1 mill. kroner flyttet fra kap. 715 post 45 til denne posten, som følge av omorganisering av den sentrale helseforvaltningen.

Komiteen viser til at stikkordet «kan overføres» ved en inkurie har blitt utelatt i flyttingen av kap. 715 post 45, inn i kap. 720 post 45, som følge av omorganisering av sentral helseforvaltning. Komiteen foreslår at stikkordet tilføyes posten.

4.8.4 Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Komiteen viser til at som et ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet, ble forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015, og at posten fra samme tidspunkt inkluderer utgifter til sykehusbehandling. Det foreslås å bevilge 46,3 mill. kroner i 2016. Komiteen har merket seg at det er knyttet usikkerhet til omfanget av utvidelsen av forskriften fra 1. mars 2015.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti er imot regjeringens forslag om at det skal refunderes utgifter til sykehusbehandling i utlandet uten at det stilles krav om forhåndsgodkjenning.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at de var imot å innføre pasientrettighetsdirektivet i norsk rett, med eller uten godkjenningsordning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet tar til etterretning at bevilgningen i 2016 er på om lag 46 mill. kroner, at det kan være behov for noe økt aktivitet også i 2016, og viser til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016 følgelig ville medført at post 70 Helsetjenester i annet EØS-land reduseres med 15 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at ventetidene for pasientene over tid har utviklet seg til å bli unødvendig lange. Den forrige regjeringen satset ikke tilstrekkelig på å øke kapasiteten i helsevesenet. Derfor er flertallet glad for at denne regjeringen ønsker å benytte ledig kapasitet,

både offentlig og privat, samt ledig kapasitet i utlandet gjennom Pasientrettighetsdirektivet, noe som kan bidra til å få ned ventetidene for pasienten. Flertallet merker seg at formålet med direktivet er å sikre retten til å få refundert utgifter til helsehjelp i et annet medlemsland i EU, samt på andre måter tilrettelegge for at pasientene kan velge tjenesteytere i andre medlemsland. Direktivet vil gjøre det lettere å sikre helsetjenester av høy kvalitet over landegrensene og bidra til samarbeid mellom medlemslandene på helseområdet.

Flertallet mener pasientrettighetsdirektivet vil gi pasientene økt valgmulighet og kan bidra til å redusere ventetiden i helsevesenet for pasienten. Dette vil ha stor betydning for den enkelte pasient. Flertallet mener at for et lite land som Norge vil et internasjonalt samarbeid om pasientbehandling være viktig. I Norge har vi fritt sykehusvalg, hvor vi kan få velge hvor i landet vi skal motta behandling. For noen pasientgrupper med sjeldne sykdomstilstander har Norge kun begrensede og små fagmiljøer, og for noen pasienter er ikke valgfrihet gjennom fritt sykehusvalg til stede. For disse pasientene vil en mulighet til å velge mellom flere behandlingstilbud være av stor betydning. Flertallet merker seg at helsetjenestene skal ytes i samsvar med de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt av EU-lovgivningen som sikkerhetsstandarder.

Flertallet viser også til erfaringstall fra Sverige som viser at det kun er et begrenset antall pasienter som velger å benytte seg av valgfriheten til å reise til et annet EØS-land for å motta behandling. Det antas derfor at det ikke vil bety en økonomisk belastning for Norge å gi denne valgfriheten til norske pasienter. Flertallet merker seg også at behandlingslandet må sikre at det ikke skjer forskjellsbehandling med hensyn til priser for pasienter fra andre medlemsland. Flertallet mener det er uhensiktsmessig å etablere en ordning med forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling for det antatt lave antallet pasienter som vil reise ut. Flertallet merker seg også at Helse- og omsorgsdepartementet vil følge denne utviklingen over tid.

4.8.5 Post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler

Komiteen viser til at det arbeides med å innføre en mer oversiktlig, kostnadseffektiv og sentral oppgjørsløsning for h-resepter, ved å ta i bruk HELFOs eksisterende elektroniske oppgjørsløsning i e-resept, med nødvendige tilpasninger for h-resept, og at målet er å innføre en pilot våren 2016.

4.8.6 Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er kjent med at mange pasienter venter altfor lenge på behandling, mens det er ledig kapasitet både på offentlige og private behandlingssteder. Flertallet er derfor tilfreds med ordningen fritt behandlingsvalg som trådte i kraft fra 1. november 2015. Ordningen innebærer at private og ideelle aktører som tilfredsstiller kravene nå kan levere nærmere definerte helsetjenester til en fastsatt pris for å bidra til å redusere ventelistene. Flertallet er også fornøyd med at pasienter som trenger helsehjelp innen rus eller psykisk helsevern er de som først blir en del av fritt behandlingsvalg, og at disse pasientenes rettigheter styrkes. Flertallet viser videre til at ordningen skal forvaltes av HELFO i samarbeid med Nav, mens utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at kostnadene for pasientbehandling i fritt behandlingsvalg er anslått til 400 mill. kroner i 2016, mens transaksjonskostnadene er stipulert til ca. 50 mill. kroner. Samtidig sier regjeringen at anslagene er usikre. Disse medlemmer mener det er uheldig at en ordning som regjeringen har knyttet så mye prestisje til, er beheftet med så mye usikkerhet. Det er særlig uheldig at det er de offentlige sykehusene som skal finansiere pasientbehandlingen i fritt behandlingsvalg, noe som etter disse medlemmers mening kun innebærer å flytte ressurser fra offentlig til privat sektor, uten at dette er godt nok begrunnet ut fra hensyn til mål om bedre pasientbehandling. Disse medlemmer vil også peke på at ordningen har relativt store transaksjonskostnader, slik det også kom signaler om under høringene for Prop. 56 L (2014–2015) under stortingsbehandlingen i vår.

Disse medlemmer vil ytterligere framholde at tilbakemeldingene fra potensielle tilbydere innenfor ordningen med fritt behandlingsvalg har vært nokså negative. Privatsykehuset Haugesund, Blå Kors og andre aktører, både kommersielle og ideelle, har meldt at de ikke kan levere kvalitetsbehandling til de prisene som er satt for de ulike behandlingene. Disse medlemmer er derfor bekymret for at det kan komme aktører inn i ordningen som ikke kan levere tjenester med den forventede kvalitet, noe som vil være helt uakseptabelt.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at utgiftene til god-

kjenningsordningen i fritt behandlingsvalg 2016 er anslått til 400 mill. kroner. Det er knyttet usikkerhet til anslaget, som vil avhenge av hvor mange pasienter som velger å benytte den nye ordningen fritt behandlingsvalg. Reformen fritt behandlingsvalg består av tre søyler: den nye valgfrihetsordningen, mer kjøp av private gjennom anbud, og økt aktivitet i de offentlige sykehusene gjennom å fjerne aktivitetstaket. Trolig vil den største effekten av reformen komme i den offentlig styrte delen av spesialisthelsetjenesten. De budsjettmessige konsekvensene av fritt behandlingsvalg vil framgå av de årlige budsjettforslagene.

Disse medlemmer mener det er gledelig at private aktører ønsker å ta mer ansvar i norsk helsevesen. Intensjonen med fritt behandlingsvalg er blant annet å skape større valgfrihet for pasienten gjennom et mangfold av aktører.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at prinsippene for prissetting i fritt behandlingsvalg bl.a. vektlegger at ordningen ikke skal medføre økte kostnader sammenlignet med økt bruk av anbud. Flertallet har registrert at enkelte private aktører har kommentert nivået på prisene som er satt. Flertallet understreker at målet vårt er et system som gir flere pasienter raskere behandling hos private med ledig kapasitet, til de prisene som er fastsatt.

Flertallet vil peke på at det er et mål at prisene i fritt behandlingsvalg ikke skal medføre at kostnadene for staten øker sammenlignet med økt bruk av anbud. Prisene skal settes slik at de bidrar til ordningens legitimitet. Målet er å få mest mulig helse ut av våre samlede ressurser. Derfor skal anbud fortsatt være hovedkanal for kjøp, og prisen for fritt behandlingsvalg skal settes nøkternt. Flertallet viser til at ordningen ble innført av hensyn til pasientene, ikke til leverandørene.

Flertallet viser til at regjeringen derfor legger opp til en følgeevaluering i regi av Forskningsrådet, samtidig som ordningen vurderes fortløpende av Helsedirektoratet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er også kjent med at for mange pasienter venter altfor lenge på behandling og at det ikke bare er i det private det er ledig behandlingskapasitet, men også i offentlige sykehus. Det ligger et stort uutnyttet potensial i å utvikle samarbeidet mellom store og små sykehus bedre. Også i den gamle ordningen med fritt sykehusvalg kunne private tilbydere med avtale bidra til reduserte helsekøer uten at dette svekket det offentlige tilbudet, slik fritt behandlingsvalg vil gjøre. Disse medlemmer mener derfor det er svært uheldig at helseforetakene, i tillegg til innføring av privatiseringsreformen fritt behandlingsvalg, er pålagt av regjeringen å kjøpe flere tjenester fra private. Eksempelvis er disse medlemmer kjent med at Voss sjukehus har mistet pasientbehandlinger de hadde planlagt for og hadde kapasitet til, fordi Helse Vest i stedet har gitt anbudet til private. Disse medlemmer viser videre til at den private Ibsenklinikken har fått vid konsesjon til å drive pasientbehandling i lokalene til nedlagte Rjukan sykehus. Disse medlemmer mener regjeringens privatisering av det offentlige sykehustilbudet svekker og sentraliserer det totale pasienttilbudet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at under hovedmålet om å skape pasientens helsetjeneste, har regjeringen fremhevet følgende tre sentrale målsettinger: om at unødvendig venting på nødvendig behandling skal reduseres; kvalitet, kapasitet og kompetanse i omsorgen skal sikres, og at rus og psykisk helse skal prioriteres. Disse medlemmer registrerer at regjeringens politikk med nye og bedre løsninger og tydelige prioriteringer så langt har bidratt til at vi nå ser klare resultater på flere områder, og at nye tall fra Helsedirektoratet viser at ventetiden ved sykehusene går ned, at pasientene får behandling raskere sammenlignet med i fjor, samtidig som de nye tallene viser at andel fristbrudd er redusert med en tredjedel på ett år. Disse medlemmer viser til at fra 2014 til 2015 har gjennomsnittlig tid i helsekø gått ned med to dager, og at spesielt ruspasienter venter nå i snitt 13 dager, eller – nesten to uker mindre – noe som betyr at regjeringens «gylne regel» om at det skal være større økning i antall behandlede innen rus og psykisk helse enn i somatikken, virker, og at vi ligger an til å reversere hele ventetidsøkningen som den forrige regjering påførte pasientene. Disse medlemmer er fornøyd med at regjeringen har styrket sykehusenes budsjett, økt innsatsstyrt finansiering og fjernet taket som bestemte hvor mange pasienter sykehusene kan behandle i året, slik at også de kan øke sin kapasitet.

Disse medlemmer viser til at regjeringens viktige reform – fritt behandlingsvalg, som ble satt i gang 1. november, vil kunne gi raskere behandling hos godkjente private aktører for pasienter som opplever å vente for lenge gjennom det offentlige. Ordningen innførtes fra 1. november 2015 for tjenester innen psykisk helsevern, rusbehandling (TSB) og noe somatikk. Reformen skal styrke pasientens rettigheter, gi mer valgfrihet og stimulere de offentlige sykehusene til å bli enda bedre. Ved å ta i bruk et mangfold av aktører i både offentlig og privat sektor vil regjeringen med fritt behandlingsvalg legge til

rette for kortere ventetider og økt valgfrihet for pasientene.

Disse medlemmer viser til at regjeringen gjennom konkrete reformer, tydelig styrking av offentlige sykehus, bedre samarbeid med private og ideelle, og klare prioriteringer, bidrar til å redusere unødvendig venting for pasientene.

Disse medlemmer viser videre til at hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Godkjenning som privat sykehus gir rett til å drive sykehusvirksomhet på bestemte forutsetninger. Godkjenningen gir ikke rett til å få verken pasienter eller offentlig finansiering. At Rjukan sykehus er godkjent for å kunne drive virksomhet innenfor flere medisinske fagområder, betyr ikke at de skal ta behandling og pasienter fra de offentlige sykehusene og dermed svekke det offentlige helsetilbudet. Regionale helseforetak styrer omfanget av pasientbehandling ved private sykehus gjennom de avtalene de eventuelt inngår med de private.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er uheldig at det brukes vesentlige ressurser på å bygge et mer oppstykket og kommersielt helsevesen enn på å bedre logistikken i det helsevesenet Norge har. Dette medlem mener det ville vært en viktig forbedring om man påla både fastleger og sykehus en ordning der de får plikt til å henvise pasientene til det behandlingsstedet som kan gi raskest og best hjelp.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en ordning der fastlegekontorene og sykehusene får plikt til å informere om hvor og hvordan pasientene kan få best og raskest mulig behandling.»

4.9 Kap. 721 Statens helsetilsyn

Det foreslås bevilget 115 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 131,4 mill. kroner. Det foreslås å flytte 16 mill. kroner fra dette kapitlet til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett knyttet til tilskudd til fylkesmennene.

Komiteen vil peke på at Statens helsetilsyn har et overordnet faglig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene, sosiale tjenester, barnevernstjenester og folkehelsearbeid og er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfylte rettigheter. Komiteen vil understreke betydningen av et godt og velfungerende helsetilsyn for å sikre enkeltmennesket faglig forsvarlige tjenester. Det er etter komiteens mening særlig viktig å sørge for at utsatte gruppers rettigheter blir ivaretatt, og komiteen vil i den forbindelse særlig nevne barn og unge som er under barnevernets omsorg, og eldre som lider av demens.

Komiteen viser til at de regionale helseforetakene skal sørge for at spesialisthelsetjenesten varsler Statens helsetilsyn umiddelbart etter at alvorlige hendelser har skjedd; en ordning som ble lovfestet fra 1. januar 2012.

Komiteen merker seg at Statens helsetilsyn i 2014 fikk 414 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, og at undersøkelsesenheten gjennomførte 20 stedlige tilsyn. 169 varsler ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging.

Komiteen merker seg videre at det var 3 301 nye tilsynssaker rettet mot helse- og omsorgstjenester i kommuner og helseforetak i 2014; en økning på 11 prosent.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn i 2014 etablerte en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner og fylkesmenn for å fremme involvering fra pasienter, brukere og pårørende. Komiteen ser positivt på dette.

Komiteen viser til Helsetilsynets arbeid i saken kalt Daniel-saken fra 2009, der en 2-åring døde etter en mandeloperasjon. Helsetilsynet ga først inntrykk av at de ikke ville vurdere det psykososiale arbeidsmiljøet og dets påvirkning på pasientsikkerheten. Komiteen mener det er avgjørende viktig at Helsetilsynet vurderer om det psykososiale arbeidsmiljøet er relevant når de skal undersøke alvorlige hendelser.

Komiteen mener dette er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten.

4.10 Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

Det foreslås bevilget 234 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 282,5 mill. kroner.

Komiteen viser til at Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Utgangspunktet er at pasienten ikke skal trenge advokat for å søke erstatning.

Komiteen viser til Prop. 9 L (2015–2016) der departementet fremmer forslag til endringer i helselovgivning som følge av virksomhetsendringene i helseforvaltningen. Proposisjonen inneholder bl.a. forslag til tiltak for å effektivisere pasientskadeordningen. Videre foreslås den nedre grensen for erstatningskrav økt fra 5 000 til 10 000 kroner. Det foreslås også å avvikle styret. Som følge av en betydelig vekst i kostnadene med ordningen er det også sendt på høring forslag om å øke tilskuddene fra privat helsetjenester fra om lag 30 til 50 prosent for de ulike personellgruppene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, påpeker at det i Prop. 9 L (2015–2016) Endringer i helselovgivningen (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mv.), vises til flere høringsinstanser, for eksempel Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Personskadeforbundet og Norske Ortopedisters forening, som støtter å heve den nedre grensen for hvilke erstatningskrav som skal behandles etter pasientskadeloven. Flertallet mener at med en nedre grense på 10 000 kroner vil antall saker som faller inn under Norsk Pasientskadeerstatnings ansvarsområde, reduseres. Det er ikke slik at klager ikke lenger kan fremmes, men disse kan i stedet rettes til den som har forvoldt skaden.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet har merket seg at departementet i høringsnotatet foreslo at den nedre grensen for behandling av et krav etter pasientskadeloven skulle endres fra 5 000 til 10 000 kroner. Flertallet av høringsinstansene var positive til denne endringen. Den nedre beløpsgrensen er ikke justert siden 1988, og disse medlemmer ser behovet for en justering. I 2014 var det 78 saker med erstatning under 10 000 kroner; noe som utgjør mindre enn 5 prosent av sakene med erstatningsoppgjør. Departementet peker på at det kun utgjør en viss effektivisering.

Disse medlemmer har samtidig merket seg at endring av denne beløpsgrensen kan utgjøre et betydelig beløp for mange, og ber regjeringen følge nøye med på utviklingen som følge av endringen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti noterer at regjeringen ønsker å endre den nedre grensen på erstatningskrav til 10 000 kroner. Disse medlemmer setter spørsmålstegn ved om dette er en riktig utvikling for å sikre en rettferdig helsetjeneste, og ber regjeringen orientere Stortinget om konsekvensene av endringen i statsbudsjettet for 2017.

Komiteen har merket seg at saksmengden – eksklusive legemiddelsaker – økte fra 5 017 saker i 2013 til 5 153 i 2014. 599 saker er knyttet til privat helsetjeneste, som er en betydelig økning fra 479 året før. Antall legemiddelsaker har også økt betydelig, fra 39 i 2013 til 64 i 2014, men kun tre har fått medhold. Totalt har 1 503 fått medhold og 3 731 avslag i 2014. I 2014 ble erstatningsutbetalingene i offentlig helsetjeneste 1 029 mill. kroner. Det er en økning på 18,2 prosent fra 2013. Det ble utbetalt 25,6 mill. kroner i saker knyttet til privat helsetjeneste. Hovedårsaken til økningen var bedret kapasitet på utmåling. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse har gått ned fra 352 til 315 dager. Det arbeides kontinuerlig med å korte ned saksbehandlingstiden i alle ledd, og opprettholde krav til grundighet og kvalitet.

Komiteen ser positivt på at etaten vil utvikle videre arbeidet med å utnytte erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Det er også ansatt en fagsjef for pasientsikkerhet og statistikk for å styrke kontakten med helsetjenesten.

Komiteen påpeker at Norsk pasientskadeerstatning er viktig, blant annet for pasienters mulighet og rett til økonomisk kompensasjon i de tilfeller der pasientsikkerheten har vært for dårlig og resultatet av behandlingen ikke ble som ønsket.

Komiteen understreker betydningen av at det må arbeides kontinuerlig med å redusere saksbehandlingstiden ytterligere, uten at dette går på bekostning av krav til grundighet og kvalitet i behandlingen. Komiteen mener at den tiden det tar å få en erstatningsutbetaling innenfor helsevesenet, som for eksempel etter en feilbehandling, ikke skal oppleves som unødvendig lang, og er derfor opptatt av en ytterligere reduksjon i ventetidene.

4.11 Kap. 723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Det foreslås bevilget 126,5 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten etableres 1. januar 2016 gjennom å slå sammen sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda, og gjennom overføring av klagesaker fra Helsedirektoratet og HELFO. De enkelte nemndene består, og deres oppgaver og uavhengige stillinger opprettholdes. Midlene til Pasientskadenemnda videreføres og det foreslås overført midler fra flere andre kapitler som følge av omorganiseringen.

Komiteen merker seg at Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal etableres fra 1. januar 2016 gjennom å slå sammen sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda, og gjennom overføring av ansvar for klagesaker fra Helsedirektoratet og HELFO. Nemndene skal bestå, og det er kun sekretariatene som slås sammen. Komiteen registrerer at formålet med å samle klagebehandlingen i én etat begrunnes med at det skal bygges opp et sterkere fagmiljø og en mer effektiv klagebehandling enn i dag. Klageorganet er forespeilet å ha 100 ansatte og skal lokaliseres i Bergen. Komiteen merker seg at forslag til endring i lov og forskrift som følge av sammenslåingen har vært på høring, og viser til at saken er til behandling i komiteen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at blant annet Personskadeforbundet i sitt høringsinnspill mener det er kritikkverdig at beslutningen om flyttingen av sekretariatet til Bergen er tatt av hensyn til andre enn dem ordningen er til for, uten at brukere og pasienter er hørt. Forbundet peker på at det er uforsvarlig at dette skjer uten en evaluering og konsekvensutredning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, påpeker at bakgrunnen for å lokalisere klageorganet til Bergen er målet om å styrke regionene. Lokalisering i Bergen vil gi økt saksbehandlingstid i en overgangsperiode. Det er helt nødvendig å legge til rette for overgangsordninger og innfasinger over tid. Dette er bakgrunnen for at virksomheten skal bygges opp i Bergen over en treårsperiode, og at det er nødvendig å bevilge midler for å dekke økte kostnader i denne overgangsperioden.

Komiteen merker seg at kapitlet er styrket med om lag 56 mill. kroner fra saldert budsjett 2014, som følge av flytting av beløp fra andre kapitler i forbindelse med omorganiseringen og etableringen av et nasjonalt organ i Bergen. Omstillingskostnadene er satt til 25 mill. kroner i 2016, og det nyopprettede organet vil bli tilført midler i en treårsperiode for å dekke kostnader til drift i både Oslo og Bergen. Komiteen merker seg videre at nemnda er berørt av innføring av nøytral merverdiavgift og avbyråkratisering- og effektiviseringsreform på lik linje med andre forvaltningsorgan.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til omtale i merknader i revidert nasjonalbudsjett 2015, behandling av Prop. 9 L (2014–2015) og til tidligere merknader i denne innstillingen under kap. 720 Helsedirektoratet knyttet til prosessen rundt omlegging av den sentrale helseforvaltningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er kritiske til at beslutningsgrunnlaget ikke er forelagt Stortinget, og at prosessen bærer preg av hastverk og manglende involvering av ansatte.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til Prop. 9 L (2015–2016) om endringer i helselovgivningen (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mv.), hvor denne ordningen omtales nærmere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at forvaltningsloven vil gjelde for virksomheten til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Det eneste unntaket fra forvaltningsloven som foreslås, er at overordnet organ ikke lenger skal være klageinstans for nærmere avgitte enkeltvedtak. Videre står det at klageinstans for disse enkeltvedtakene skal være Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Sekretariatene for Pasientskadenemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda og Statens helsepersonellnemnd (inkl. Apotekklagenemnda) skal samles i en felles og samlokalisert ny etat – Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Samlingen av sekretariatene innebærer ingen endringer i de enkelte nemndenes oppgaver og uavhengige stilling. Det nye klageorganet blir en etat under Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet vil imidlertid ikke kunne instruere i faglige spørsmål når etaten opptrer i funksjonen som sekretariat for nemndene. I saker der klageorganet opptrer som sekretariat for en nemnd, vil det være underlagt den aktuelle nemndens faglige instruksjon.

4.12 Kap. 3723 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Komiteen merker seg at aktørene i privat helsetjeneste skal yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Innbetalingene settes i et fond og skal dekke nemndas utgifter til behandling av klager om pasientskadeerstatning knyttet til privat helsetjeneste.

4.13 Kap. 729 Pasient- og brukerombud

Det foreslås bevilget 61,1 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 60,9 mill. kroner.

Komiteen viser til at pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2003 ble ordningen statlig, og i 2009 ble den utvidet til også å omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudene skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet ovenfor den statlige spesialisthelsetjenesten, samt den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudsordningen skal videre bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene. Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud til pasienter, brukere og pårørende. Om-

budene søker å løse saker på lavest mulig nivå, og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene.

Komiteen viser til at med unntak av Hedmark og Oppland hvor det er ett felles ombud, er det et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Fra 2015 er det også ett ombud for Oslo og Akershus, som er administrativt knyttet til Oslo kommune. De øvrige er knyttet til Helsedirektoratet. Et nytt nettsted for pasient- og brukerombudene på helsenorge.no kom på plass i 2014.

Komiteen mener at pasient- og brukerombudene er et viktig lavterskeltilbud som er med på å ivareta rettssikkerheten til sårbare innbyggere.

Komiteen viser til årsmeldingen til landets pasient- og brukerombud, som gir ulike forslag til forbedring av helse- og omsorgstjenesten. De foreslår blant annet at fastlegens rolle må evalueres, og at det må iverksettes konkrete tiltak for å styrke kvalitet og rettssikkerhet for pasienter på sykehjem. Pasienter må tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar, og pasienter som bruker flere legemidler må alltid få en oppdatert legemiddelliste fra fastlegen. Helsetjenestene i kommunene må innlemmes i meldeordningen til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn. Det bør i større grad føres stedlige tilsyn med sykehjem, og pasienter og pårørende må involveres i tilsynet. Videre må epikrise følge med når en pasient utskrives fra sykehus til hjelpetiltak i kommunen. Det må iverksettes tiltak for å styrke kompetansen til kommunale saksbehandlere. Pasienter, brukere og pårørende må tilbys en felles oppdatert serviceerklæring med kortfattet informasjon om rettigheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Helsedirektoratets evaluering av utvidelsen av ombudsordningen i 2012, som anbefaler å styrke ordningen med 30 årsverk.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i Meld. St 26 oppgir at den vurderer å utvide den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser til kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse medlemmer mener at dette allerede burde vært gjort, og viser til følgende merknad i Innst. 40 S (2015–2016):

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til pasient- og brukerombudenes årsmelding for 2014, der ombudene anbefaler at helsetjenester i kommunene må innlemmes i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn, og at det i større grad bør føres stedlig tilsyn med sykehjem, og at pasienter og pårørende må involveres i tilsynet. Disse medlemmer deler anbefalingen fra pasient- og brukerombudene og vil understreke at stedlig tilsyn med sykehjem der pasienter og pårørende involveres, er svært viktige tiltak som kan sikre forsvarlighet i tjenestene.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2017 starte en styrking av pasient- og brukerombudene i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet og innlemme helsetjenester i kommunene i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn.»

Komiteen viser til at Arianson-utvalget om oppfølging av alvorlige hendelser nylig har lagt frem sin rapport. De foreslår blant annet å utvide den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser til kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvalgets forslag vil bli sendt på høring, og det vil bli en samlet vurdering og oppfølging av utvalgets forslag.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Helsedirektoratets anbefaling i 2012 om å styrke bemanningen på ombudskontorene. Pasient- og brukerombudene understreker at bemanningen ved kontorene bør avspeile folketall, areal og antall kommuner/bydeler kontoret skal betjene. Dette medlem mener det er viktig å styrke pasient- og brukerombudenes mulighet til dialog med innbyggerne og viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 5 mill. kroner til dette arbeidet utover regjeringens forslag.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti, viser til at Statens helsetilsyn driver tilsyn med tjenesten. Videre skal pasient- og brukerombudene arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til alternativt budsjett fra Sosialistisk Venstreparti, der pasient- og brukerombudene gis en økt bevilgning på 10 mill. kroner.

4.14 Kap. 732 Regionale helseforetak

Det foreslås bevilget 140 482,5 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 131 427,4 mill. kroner.

Komiteen viser til at spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser utover det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fire regionale foretakene skal planlegge, styre, organisere og samordne virksomhetene i de foretakene de eier. Det helsepolitiske oppdraget, samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøte settes i tillegg styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Sørge for-ansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten og driftsavtaler med ideelle institusjoner, supplert med ytterligere kjøp av tjenester fra andre private aktører.

Komiteen mener spesialisthelsetjenesten skal utvikles så den i større grad ivaretar pasientens behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes. Pasient og brukere skal trekkes aktivt med i utviklingen av egen behandling. Komiteen støtter departementets vektlegging av at hver pasient skal møtes med respekt og åpenhet, og at pasienten skal slippe venting og være mer delaktig i beslutninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er en utfordring at mange venter lenge på behandling når det er ledig kapasitet hos private aktører. Det må bli et bedre samarbeid mellom private og offentlige aktører.

Flertallet viser til budsjettforliket og Innst. 2 S (2015–2016) hvor flertallet fremmer forslag om å be regjeringen i statsbudsjettet for 2017 komme tilbake med en vurdering av kapasitetsbehovet for transplantasjoner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til innledende merknader i denne innstillingen og merknader under kap. 732 post 70 for helhetlig omtale av Arbeiderpartiets sykehuspolitikk og prioriteringer.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at det ifølge tall fra OUS/Rikshospitalet i 2014 ble utført totalt 275 nyretransplantasjoner. Av disse var 207 nekrotransplantasjoner (med avdød giver) av nyre og 68 med levende givere. Nasjonal behandlingstjeneste for organtransplantasjon har med dette et volum langt over hva som er ment for en nasjonal behandlingstjeneste (< 200 pasienter årlig). Dette medlem mener det bør vurderes å etablere et transplantasjonssenter nr. 2 i Norge, både for å øke kapasiteten på transplantasjoner og for å redusere sårbarhet ved bare å ha ett senter og for å øke rekrutteringen av nefrologer og transplantasjonskirurger. En mulig modell kan være å legge levende giver-programmet for nyre til Haukeland, eller å etablere et levende giver-program der i tillegg til virksomheten på Rikshospitalet. Ved at det etableres et transplantasjonssenter nr. 2, kan Norge også utføre «paired living donations» hvor to ektepar kan «bytte» nyrer. Dette kan i dag ikke utføres i Norge, da det ikke er mulig å ivareta kravet til anonymitet mellom givere tilstrekkelig når vi bare har ett senter. Det er også viktig å se på organiseringen av utredningen av både familiemedlemmer og eventuelt ektepar for levende giver av nyre – mer i tråd med pakkeforløp.

Dette medlem viser til at det nå er 329 pasienter på venteliste for nyre (tall per 3. kvartal 2015). Det er derfor behov både for å se på transplantasjonskapasiteten, få flere til å si ja til organdonasjon, øke innsatsen på donorsykehusene og ikke minst ta grep for å forebygge hjerte-kar-sykdommer og diabetes 2, som utgjør henholdsvis 33 prosent og 17 prosent av årsakene til nyresvikt med påfølgende behov for dialyse og/eller transplantasjon.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett foreslår 1 mrd. kroner til de regionale helseforetakene utover regjeringens forslag. Senterpartiet vil bruke disse pengene til å redusere ventelister, styrke kvaliteten i pasientbehandlingen og i fødetilbudet og sikre helsetilbud og beredskapen i hele landet. Bedre finansering vil også bidra til å redusere sykehusenes vedlikeholdsetterslep og utstyrsmessige utfordringer. Innenfor økt satsing gjennom en sykehusmilliard vil Senterpartiet øremerke 50 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus for å utvide tilbudet for stamcelletransplantasjon av multippel sklerose (MS)-pasienter. 50 mill. kroner øremerkes også til behandling av pasienter smittet med hepatitt C. 30 mill. kroner prioriteres til lysbehandling i distriktene. I tillegg øremerkes det 100 mill. kroner til flere turnuslegestillinger og 50 mill. kroner til utdanningsstillinger ved lokalsykehusene (for fullstendig oversikt over satsinger, se 4.13.1 post 70).

Dette medlem mener at flere utdanningsstillinger er viktig for å sikre sterke og gode fagmiljøer, en utviklende kultur og god rekruttering av fagkompetanse til lokalsykehusene.

Dette medlem viser til at Norge har få sykehussenger og kort liggetid på sykehus i forhold til andre OECD-land. Gjennomsnittsbelegget i norske sykehus er over 90 prosent. Det er godt over den internasjonalt anbefalte øvre grense for forsvarlighet på 85 prosent. Overbelegg gir økt risiko for forsinkelser i pasientforløp, sykdom blant ansatte, flere sykehusinfeksjoner og økt risiko for feilbehandling og uheldige hendelser. Dette medlem mener det må settes en forsvarlighetsgrense for belegg i norske syke-

hus på 85 prosent, og at nye sykehus i Norge må planlegges ut fra dette.

Det er et stort press på fødselsomsorgen mange steder, særlig i de store byene der det er mange fødende. Jordmødre advarer mot at bemanningen er så knapp at de ikke får fulgt opp den fødende eller barselkvinnen på en forsvarlig måte. Fødeavdelinger opplever at enkeltstuer holdes helgestengt for å spare penger, og det kuttes også i jordmorstillinger. I tillegg skaper ISF-systemet uheldige vridninger ved at komplikasjoner gir utbetaling, mens eksempelvis god bemanning ikke gjør det.

Dette medlem viser til at Senterpartiet derfor har fremmet representantforslag om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker, jf. Dokument 8:2 S (2015–2016), der det fremmes forslag om rammefinansiering av fødselsomsorgen slik at kvalitet blir premiert, og om en forsvarlig bemanning som akuttilbud, om å pålegge helseforetakene å implementere kvalitetskravene til fødeinstitusjonene fra 2010 og om å pålegge foretakene å gjennomføre kravet om at alle fødende skal ha jordmor hos seg under aktiv fødsel.

Dette medlem viser til at Senterpartiet over Klima- og miljødepartementets budsjett foreslår 30 mill. kroner til omstillingsmidler for Tinn kommune etter nedleggelsen av Rjukan sykehus.

Dette medlem viser til at Senterpartiet vil utvikle folkets helsetjeneste og har foreslått en nettverksmodell for kvalitet i sykehusene. Utviklingen av folkets helsetjeneste må skje ved å styrke de offentlige sykehusene og samarbeidet mellom disse. Kjernevirksomheten i sykehusene – møtet mellom behandler og pasient – må gis størst oppmerksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formålet.

Dette medlem understreker at folkets helsetjeneste skal være et gode ikke bare for pasienten, men for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner, som gir grunnlag for bosetting og næringsliv. Da er det nødvendig med en desentralisert sykehussektor som sikrer trygghet for nødvendig helsehjelp og beredskap.

Senterpartiet vil ha et solidarisk helsevesen, demokratisk styrt og folkelig forankret. Senterpartiet vil derfor avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, og i den forbindelse viser dette medlem til representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, Dokument 8:96 S (2014–2015) og Innst. 377 S (2014–2015).

Dette medlem vil understreke at ressursene ikke blir flere ved å overlate større deler av helsetjenesten til privat kommersiell virksomhet, og at dette dermed ikke er en garanti for kortere behandlingskøer. Dette medlem vil legge til at land med stort innslag av privat kommersiell helsevirksomhet ikke kan vise til at helsevesenet er mindre kostbart, det genererer økte byråkratikostnader og utbytte som ikke går til pasientbehandling.

Dette medlem viser til at Senterpartiet mener at sykehusene i all hovedsak må rammefinansieres slik som skolen og eldreomsorgen. Dette for å forhindre skjevprioriteringer mellom pasienter og stimulere til samarbeid fremfor konkurranse mellom sykehus og sykehusavdelinger.

Dette medlem viser til at mens helseforetakene er finansiert med 50 prosent ISF-andel over statsbudsjettet, så er det ikke noe pålegg om å videreføre denne finansieringsformen ned på sykehus- og avdelingsnivå. Likevel gjøres dette i mange av sykehusene og sykehusavdelingene i dag. Dette medlem mener at faren for skjevprioritering og kreativ rapportering innenfor ISF-systemet forsterkes når det praktiseres på sykehusnivå og helt ned på avdelingsnivå. Senterpartiet vil i all hovedsak rammefinansiere sykehusene, men mener at så lenge ISF-systemet virker, så må det gjøres endringer som bidrar til å forhindre de mest uheldige virkningene.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen presisere overfor de regionale helseforetakene at ISF ikke skal virke ned på sykehus- og avdelingsnivå.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at køene har gått ned i spesialisthelsetjenesten og flere pasienter er behandlet siden Høyre og Fremskrittspartiet overtok. Innen rusbehandling (TSB) er ventetiden redusert med to uker i 2. tertial 2015 sammenlignet med samme tertial året før. Disse medlemmer mener dette viser at regjeringens politikk virker.

Disse medlemmer viser til at beleggsprosenten ved norske sykehus på landsbasis var 93 prosent i 2013 og 2014, ifølge tall fra SSB. Beleggsprosent er en av flere faktorer som må tas hensyn til ved planlegging av sykehusdrift og nye sykehusprosjekt. Disse medlemmer peker på at helseforetakene har ansvar for å sørge for ansvarlig drift med hensyn til utnyttelse av kapasitet og kvalitet på tjenestene. Det er avgjørende at alle helseforetakene ser på sammenhengen mellom beleggsprosent og pasientforløp, og disse medlemmer legger til grunn at helseforetakene setter i verk tiltak for å sikre at aktiviteten planlegges i henhold til pasientenes behov.

Disse medlemmer viser til at vi har gode resultater i fødselsomsorgen i Norge. Barne- og mødredødeligheten er blant de laveste i verden, og antall transportfødsler har gått ned. Disse medlemmer viser til at regjeringen har som mål at fødselsomsor-

gen skal ha god kvalitet og pasientsikkerhet, og til at de nasjonale kvalitetskravene som er nedfelt i fødselsmeldingen (St.meld. nr. 12 (2008–2009)) ligger fast.

Disse medlemmer viser til at alle finansieringsordninger kan ha utilsiktete effekter, også aktivitetsbasert finansiering. Gjennom ISF gis samme type pasientbehandling lik finansiering, forutsatt at samme type behandling registreres og rapporteres på samme måte. Disse medlemmer viser til at det er de medisinskfaglige vurderingene som skal være førende både for den helsehjelpen den enkelte pasient tilbys, og for hvordan helsehjelpen dokumenteres. Riktig prioritering og god og helhetlig pasientbehandling skal primært fremmes gjennom faglige retningslinjer, lover og forskrifter mv. Dette skal legges til grunn for den løpende utviklingen av medisinske kodeverk, arbeidet med finansieringsordningene, og i kontrollarbeidet. Fødselsomsorgen finansieres som annen somatisk helsetjeneste gjennom basisbevilgningen og innsatsstyrt finansiering. Disse medlemmer viser til at ISF har vist seg velegnet som instrument for å legge til rette for økt aktivitet på en mest mulig effektiv måte. Fra 2015 er denne effekten forsterket gjennom fjerningen av aktivitetstaket. Alternativet til ISF er rammefinansiering. Rammefinansiering fungerer i prinsippet prioriteringsnøytralt, men ulempen er at rammefinansiering ikke oppmuntrer til aktivitet og effektivitet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det i budsjettproposisjon for 2016 er lagt opp til en ytterligere aktivitetsvekst i foretakene, og at sykehusenes økonomi etter budsjettforliket mellom samarbeidspartiene er foreslått styrket med 2 733 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2015. Det vises også til Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016).

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til disse partienes alternative budsjett, som styrker sykehusenes økonomi. Disse medlemmer viser spesielt til at sykehusene får mange nye oppgaver, som det ikke ligger noen særskilt finansiering av i regjeringens opplegg. Disse medlemmer vil særlig fremheve at overføringen av ansvaret for overgrepsmottakene er beregnet å koste 75 mill. kroner, dette finansieres ikke særskilt.

Disse medlemmer er svært bekymret for at vi har en regjering som bruker store ressurser og kapasitet på å gi kommersielle aktører store muligheter til inntjening betalt over offentlige budsjetter. Disse medlemmer viser til at disse aktørene ikke bidrar til å styrke utdanningskapasiteten, men baserer sine virksomheter på personell som har gjennomgått lang opplæring i offentlig regi. Disse aktørene bidrar ikke til å styrke kapasiteten, slik regjeringspartiene stadig påstår, de bidrar til mindre tilgjengelig personell for å øke offentlig kapasitet. Disse medlemmer understreker at det burde være et mål at de offentlige helseressursene brukes mest mulig effektivt til pasientenes beste og ikke til utbytte for kommersielle virksomheter.

Disse medlemmer viser til budsjettforliket mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, der helseforetakene får kutt på minst 150 mill. kroner, og da er ikke reduksjonen i enhetsprisen for DRG-poeng medregnet. Disse medlemmer er bekymret for den økonomiske situasjonen til sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte. Tall fra 2. tertial viser at ventetiden fortsetter å gå ned og pasientene får behandling raskere. Ventetidene har gått ned med to dager for alle områder siden samme tid i fjor. Fra 2013 til 2014 gikk den også ned. Andel fristbrudd er redusert med en tredjedel på ett år. Særlig for rusbehandling går ventetiden ned og er nesten to uker lavere enn samme tid i fjor. Disse medlemmer mener dette viser at regjeringens politikk virker, og disse medlemmer er mest opptatt av at de som merker effekten av regjeringens politikk, er pasientene selv.

Regjeringen legger til rette for å øke pasientbehandlingen med 2,5 prosent, og komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er riktig at aktivitetsveksten skal omfatte behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Flertallet er tilfreds med videreføringen av prinsippet om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk. Flertallet merker seg at bruken av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosent av den budsjetterte aktivitetsveksten.

Flertallet viser til at det som følge av budsjettforliket er enighet om å be regjeringen utvikle den gylne regel, slik at den sikrer at intensjonen med regelen følges opp i RHF-ene, jf. Innst. 2 S (2015–2016).

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre understreker at pasienten skal stå i sentrum i helsetjenesten. Ved innførin-

gen av reformen fritt behandlingsvalg har det vært særskilt viktig for disse partiene at rus- og psykiatripasienter ble prioritert. Disse medlemmer viser samtidig til at det, som flere høringsinstanser påpekte i behandlingen av Prop. 56 L (2014–2015), jf. Innst. 224 L (2014–2015), kan være krevende å innføre sykehusreformen for disse pasientgruppene. Disse medlemmer påpeker nødvendigheten av en helhetlig evaluering. Pasienter med behov for spesialiserte tjenester innen rus og psykiatri har lenge stått bakerst i køen. Derfor er det gledelig at ventetiden til spesialisert rusbehandling har gått ned med nesten to uker i gjennomsnitt. Disse medlemmer påpeker viktigheten av at den gylne regel, som forutsetter at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikken, er gjeninnført i helseforetakene. Samtidig påpeker disse medlemmer at det fortsatt er store utfordringer når det gjelder ventetider.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett, hvor det på bakgrunn av Psykologforeningens innspill til komiteen ble foreslått å innføre flere måleindikatorer på om den gylne regel etterleves i helseforetakene, herunder årsverksutvikling, kostnads- og aktivitetsindikatorer.

Dette medlem påpeker at Kristelig Folkeparti lenge har vært bekymret for at innsatsstyrt finansiering brukes til å prioritere hva slags behandling sykehusene gir, og dermed øke inntektene til sykehusene. Det har vært tilfeller av uheldig praksis. Dette medlem ønsker ikke en markedstankegang rundt pasienter og helsetjenester. Dette medlem mener dette må være et viktig tema når Stortinget skal arbeide frem den nasjonale helse- og sykehusplanen, jf. Meld. St. 11 (2015–2016). Helsepersonell må få yte helsehjelp i tråd med egen fagkunnskap og profesjonsetikk. Helsepersonell må få mer tid til pasientbehandling og færre krav om rapportering og skjemaskriving. Det er viktig å ha stedlig ledelse. Dette medlem forventer at regjeringen følger nøye med på effektene av at de har økt den innsatsstyrte finansieringen fra 40 til 50 prosent.

Dette medlem vil få ned ventetiden og øke kapasiteten ved å ta i bruk ledige plasser hos ideelle institusjoner. Vi må sikre befolkningens tillit til den offentlige helsetjenesten, blant annet gjennom samarbeid med ideelle aktører. Dette medlem understreker at regjeringens påbegynte arbeid med å få på plass flere langsiktige avtaler og skjermede anbudsrunder for ideelle institusjoner innen alle de regionale helseforetakene, er svært viktig. Vi er ved en korsvei for det norske velferdssamfunnet, fordi de ideelle aktørene som er aktive innenfor velferdstjenestene, sier de kan bli borte i løpet av få år hvis ikke rammevilkårene blir bedre. Da mister vi et viktig tillegg til den offentlige helsetjenesten, nemlig aktører som setter verdier som nestekjærlighet og kvalitet først.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 25 mill. kroner over rammen til de regionale helseforetakene for å sikre at alle de 20 barneavdelingene i Norge har ansatt leger som har spesialisert seg på vold mot barn (sosialpediatere). Dette medlem viser til at det i oppdragsdokumentene til helseforetakene er gitt signaler om at barneavdelingene skal ha slik kompetanse tilgjengelig, men dette medlem deler Barneombudets bekymring om at signalet til helseforetakene er utydelige, og at det ikke forutsettes at kompetansen benyttes aktivt til dette formålet. Det er avgjørende at personellet (sosialpediaterne) har et tydelig mandat for at det i større grad skal kunne avdekkes vold og overgrep mot barn.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 20 mill. kroner til medisinske undersøkelser for voldsutsatte barn på barnehusene. Dette medlem viser til at mange barn grunnet ressursmangel ikke får medisinsk undersøkelse som vil kunne dokumentere vold og overgrep. Dette medlem understreker at medisinske undersøkelser på barnehusene ikke er barnehusenes ansvar, men en del av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar. Dette medlem ber derfor regjeringen sikre at voldsutsatte barn får de undersøkelsene de har krav på.

Komiteen viser til at Stortinget har gått inn for en helhetlig og forpliktende opptrappingsplan for å bekjempe vold mot barn.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser videre til at det som følge av budsjettforliket mellom regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet, og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre, er enighet om at det skal spesifiseres i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter at alle barneavdelinger skal ansette leger med spesialisering innen vold mot barn, sosialpediatere, og at de regionale helseforetakene som følge av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar, skal sikre at alle voldsutsatte barn ved Statens barnehus får medisinsk undersøkelse. Det vises for øvrig til oppfølgingen av anmodningsvedtak nr. 629 av 8. juni 2015 om betalingspraksisen for medisinske undersøkelser i barnehus.

Flertallet viser til at det ikke er helt samsvar mellom finansinnstillingen og denne innstillingen, og understreker at det er dette som er gjeldende.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen presisere i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at alle barneavdelinger skal ansette leger med spesialisering innen vold mot barn; sosialpediatere, og at de regionale helseforetakene som følge av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar skal sikre at alle voldsutsatte barn ved Statens barnehus får medisinsk undersøkelse.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser for øvrig til sine merknader om saken under kap 732 post 70.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til svar på spørsmål 98 til Finansdepartement om i hvilken grad helseforetakene har klart å prioritere opp psykisk helse og rus. Foretaksmøtet 1. juni 2015 konkluderte med at det var rom for forbedring for alle helseregionene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er enig i intensjonen bak den gylne regel, men viser til at den ikke har fungert etter hensikten. Disse medlemmer viser til at det i flere foretak har vært kuttet i tilbudet til rus- og psykiatripasienter, og det er avdekket kreativ rapportering.

Disse medlemmer viser til at det i Samdata for 2014 oppgis at den prosentvise kostnadsveksten til somatiske sykehus var høyere (4,2 prosent) enn til psykisk helsevern (0,7 prosent). Fra 2013 til 2014 var det også noe sterkere vekst i årsverk på somatiske sykehus enn i psykisk helsevern. Årsverkene økte med 3 prosent ved somatiske sykehus, 1,2 prosent i psykisk helsevern og 5,5 i TSB. Den prosentvise veksten i aktivitet var likevel sterkere i psykisk helsevern for voksne enn ved somatiske sykehus. Disse medlemmer merker seg at aktiviteten har økt prosentvis mer i psykisk helsevern enn i somatikken, jf. foretakenes rapportering, men i antall årsverk og kostnader har psykisk helsevern hatt en lavere vekst enn somatikken. Disse medlemmer viser til at det samtidig oppgis i Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014, Norsk pasientregister, at 43 prosent av alle avsluttede henvisningsperioder i TSB står uten angivelse av status for individuell plan. Disse medlemmer viser også til at helseforetakenes interne beregningsnøkler kan føre til skjevfordeling av midler til psykisk helsevern innad i helseforetakene. Ved Sykehuset Innlandet mener man å kunne påvise en slik skjevfordeling som følge av justert inntektsmodell fra 2012 innen Helse Sør-Øst. Disse medlemmer viser også til stram foretaksøkonomi som fører til kutt i psykisk helsevern. På St. Olavs Hospital foreligger nå en plan for kutt på 250 mill. kroner, hvorav 20 mill. kroner planlegges å tas innenfor rus og psykiatri. Disse medlemmer forventer at regjeringen øker innsatsen for å sikre korrekt rapportering, at økt aktivitet også gir økt behandling av god kvalitet, og at skjevfordeling innen helseforetak hindres.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at de regionale helseforetakene i 2014 har nådd målene i den gylne regel på noen områder, men at det er rom for forbedringer. Disse medlemmer viser til at helseministeren i oppdragsdokumentet for 2014 og 2015 har bedt de regionale helseforetakene om å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse medlemmer viser til at veksten på 2,7 mrd. kroner legger til rette for en økning i all pasientbehandling på 2,5 prosent i 2016. Dette er en høy aktivitetsvekst i forhold til årene før 2014. Behovet som følge av den demografiske utviklingen er anslått til 1,5 prosent økning i Prop. 1 S (2015–2016). Det vises også til omtale i tilleggsnummer som påpeker at asylsøkere har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, og at dette vil øke behovet som følger av demografisk utvikling utover det som ble lagt til grunn i budsjettforslaget fra regjeringen. Samtidig innfører regjeringen fritt behandlingsvalg og legger til rette for at sykehusene både kan kjøpe mer ledig kapasitet hos private og behandle flere selv. Disse medlemmer mener resultatene taler for seg selv. Helseregionene går med overskudd, og investeringsnivået er rekordhøyt. Veksten i pasientbehandlingen i 2014 var over dobbelt så stor som i 2013. Ventetiden og antall ventende går ned.

Komiteens medlem fra Venstre mener at aktivitetsveksten i helseforetakene bør begrenses, og at veksten på sikt ikke vil være bærekraftig. Samtidig er det behov for vekst på enkelte områder for å sikre en god behandling og utvikling av tjenesten. Dette gjelder i hovedsak rus- og psykiske lidelser. Dette medlem vil innenfor helsepolitikken prioritere tiltak innenfor forebygging og folkehelse, samt opptrapping og utvikling av gode og helhetlige behandlingskjeder innen rus og psykisk helse. Folkehelse handler om å forebygge sykdom, skade, forlenge liv og fremme helse gjennom systematisk og kunnskapsbasert innsats fra enkeltmennesker, frivillige organisasjoner, samt lokale og sentrale myndigheter. En omfattende satsing på forebygging og folkehelse reduserer behovet for behandling, og dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås en reduk-

sjon i veksten på overføringene til de regionale helseforetakene med 920 mill. kroner, slik at veksten i 2016 blir på 1,5 prosent.

Dette medlem vil understreke at denne reduksjonen i sin helhet, i tillegg til en ytterligere styrking omprioriteres til forebyggende helsetiltak. I den forbindelse vises det til Venstres alternative budsjett.

Komiteens flertall, medlemmene fra, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at regjeringen har lagt frem nasjonal helse- og sykehusplan med pasientens helsetjeneste som det førende prinsipp, og at planen legger vekt på de større befolkningsendringene som kommer til å prege Norge.

Komiteen vil peke på Prop.1 S Tillegg 1 (2015–2016) som fremhever at den kraftige asylstrømmingen til Norge vil ha store økonomiske konsekvenser. For 2016 innebærer anslagene for nye asylankomster en økning i bevilgningsbehovet på 9,5 mrd. kroner. Komiteen viser til at det er satt av midler til utgifter for spesialisthelsetjenesten som følge av lovpålagt screening for tuberkulose hos de nyankomne.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener den store pågangen av flyktninger, asylsøkere og migranter som kommer til Norge i disse dager, utfordrer både kapasitet og fordeling av kompetanse i helsesektoren. I første omgang utfordres kapasiteten på å undersøke alle som kommer. Disse medlemmer mener det er behov for en bedre og mer systematisk oppfølging av nyankomne flyktninger, særlig for å kartlegge behovet for psykisk helseoppfølging. Disse medlemmer mener det er viktig å komme tidlig inn med psykososial hjelp for å forebygge større psykiske helsebelastninger og annen somatisk sykdom. Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet nylig har revidert sin veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger og har tonet ned frykten for smittsomme sykdommer. Likevel har man ved ankomst gitt råd om undersøkelse av tarmparasitter, syfilis og hepatitt C i tillegg til den lovpålagte tuberkulosescreeningen ved ankomst.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre mener det er viktig at undersøkelser av flyktninger baserer seg på fakta, slik at vi ikke foretar dyre og unødvendige screeningundersøkelser, men bruker ressursene effektivt og riktig. Disse medlemmer viser til at det akutte behovet for å håndtere flyktningstrømmen er nytt. Samtidig har behovet for bedre kapasitet, kvalitet og fordeling av ressurser i helsesektoren vært kjent lenge uten at de har blitt løst. Disse medlemmer mener flyktningsituasjonen gir oss en glimrende mulighet til å ta initiativ til nye løsninger knyttet til mottak og oppfølging av nyankomne flyktninger. Disse medlemmer ønsker seg et drømmeløft for samfunnsinnovasjon og mener det er behov for en samlet, visjonær og nasjonal politikk for samfunnsinnovasjon, som tydelig integrerer nærings- og velferdspolitikken. Disse medlemmer viser til at utfordringene er sektorovergripende, og at det er et klart behov for samordning av innovative aktører på tvers av sektorer.

Disse medlemmer mener dette er et arbeid som haster. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest ta initiativ til å samle aktører som kan bidra med helse- og velferdsteknologi knyttet til mottak og oppfølging av nyankomne flyktninger og asylsøkere, slik som NORAD, bistandsorganisasjoner, høgskoler, Abelia og kommersielle aktører som Telenor og CISCO for å vurdere mulige pilotprosjekter for å styrke kapasitet, kvalitet og fordeling av ressurser i helsesesektoren.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at utover midlene til tuberkulosescreening, inneholder ikke tilleggsproposisjonen ekstra midler til somatisk eller psykiatrisk helsehjelp for de som kommer og søker asyl i Norge. Disse medlemmer mener regjeringen viser en mangelfull forståelse av situasjonen helsetjenesten står overfor, og at dette potensielt kan gå utover smittevernet og flyktninger og asylsøkeres tilbud om helsehjelp. Bekymringsmeldingene er allerede mange om at de nyankomne mangler nødvendige medisiner og helsehjelp.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener tuberkulose-screening og vaksinering er viktig, men mener den manglende satsingen for øvrig er lite gjennomtenkt. Disse medlemmer viser til at det i Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016) oppgis følgende:

«Asylsøkere har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil øke behovet som følger av demografisk utvikling utover det som ble lagt til grunn i Gul bok 2016. De regionale helseforetakene må dekke disse utgiftene innenfor bevilgningsforslagene i Prop. 1 S (2015-2016) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2015-2016). De siste prognosene for antall asylsøkere innebærer dermed at en del av handlingsrommet for spesialisthelsetjenesten vil bli noe redusert sammenlignet med forutsetningene i Gul bok 2016. Det kan gjøre det noe mer utfordrende å oppnå reduserte ventetider, samtidig som kan det medføre at noen investeringer vil kunne bli utsatt.»

Disse medlemmer vil påpeke at regjeringen i tillegg til dette har økt effektiviseringskravet for foretakene fra 0,5 prosent til 0,6 prosent, som utgjør 130 mill. kroner for helseforetakene. 97,5 mill. kroner foreslås tilbakeført basisbevilgningen for investeringer og anskaffelser. Netto effekt av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen øker med 32,5 mill. kroner til om lag 200 mill. kroner.

Disse medlemmer viser til budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre, der sykehusene gis ytterligere kutt, uten at det gis noen form for kompensasjon. Disse medlemmer viser til budsjettspørsmål 193, der tidshorisonten og langsiktige konsekvenser for «avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen» etterlyses. Disse medlemmer registrerer at regjeringen unnlater å svare på spørsmålet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til tilleggsnummeret Prop. 1 S Tillegg 1, der det er avsatt midler til tuberkulosescreening.

Flertallet viser til at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) innebærer insentiver til mer effektiv statlig drift og skal skape handlingsrom for prioriteringer i statsbudsjettet. Reformen innebærer at gevinstene fra dette tilbakeføres til fellesskapet.

Flertallet viser til at avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen utgjør 668 mill. kroner, jf. Prop. 1 S (2014–2015) Flertallet merker seg at 500 mill. kroner foreslås tilbakeført i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, slik at det gis økt rom for investeringer og anskaffelser. Flertallet merker seg videre at kuttet på de regionale helseforetakene i Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016) som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen økes med 130 mill. kroner, men at 97,5 mill. kroner tilbakeføres for å bl.a. ivareta skjermingen av investeringer og anskaffelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil peke på at det er helt sentralt at kommunene og fylkeskommunene sikres tilstrekkelig med ressurser til å følge opp nyankomne. Det må også sikres kapasitet og kvalitet i helsetilbudet. Derfor er det behov for en styrking av de økonomiske virkemidlene. Disse medlemmer viser til at det i Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett er foreslått en satsing utover regjeringens forslag til statsbudsjett for 2016 på 1 420,1 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett foreslår til sammen 1,9 mrd. kroner til integreringstiltak og bosetting, herunder helsehjelp og 150 mill. kroner til helsehjelp for flyktninger under helseforetakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen har satt i gang en rekke tiltak for å redusere køene. Fritt behandlingsvalg, som ble vedtatt i april 2015, skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Flertallet viser til at reformen består av tre søyler: Helseregionene er bedt om å øke sine kjøp fra private gjennom anbud, aktivitetstaket for spesialisthelsetjenesten er fjernet og det er innført en ny valgfrihetsordning for pasientene. De to første elementene ble innført ved årsskiftet, og den nye ordningen trådte i kraft 1. november.

Flertallet merker seg at de offentlige sykehusene har fått økt frihet til å utnytte sitt handlingsrom, slik at de kan behandle flere pasienter.

Flertallet mener at fjerning av aktivitetstaket i 2015 legger til rette for at de offentlige sykehus kan behandle flere pasienter.

Komiteen er tilfreds med at det skal etableres nettverk mellom de regionale helseforetakene der blant annet formålet er å utveksle erfaringer og metodikk for å redusere ventetidene og uønsket variasjon i ventetider, og få bedre kapasitetsutnyttelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at avbyråkratiserings- og effektiviseringskravet utgjorde 668 mill. kroner i budsjettforslaget og økte med 130 mill. kroner i tilleggsproposisjon. Av dette foreslås tilbakeført til investeringer og anskaffelser henholdsvis 500 og 97 mill. kroner. Netto effekt av effektiviseringskravet til sykehusene er 200 mill. kroner etter fremleggelsen av tilleggsproposisjonen. I finansinnstillingen og budsjettforliket med Kristelig Folkeparti og Venstre økte netto effektiviseringskrav til sykehusene til 330 mill. kroner. Disse medlemmer mener sykehusøkonomien flertallet legger opp til, ikke gir tilstrekkelig rom verken for utstyr og anskaffelser eller drift.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil påpeke at effektiviseringskravet er vanskelig å oppfylle mange steder. Det fører til kutt i tjenestenivå og går ut over pasient- og fødetilbudene.

Dette medlem viser til at Senterpartiet derfor foreslår å øke bevilgningen til helseforetakene med 1 mrd. kroner utover regjeringens forslag i tilleggspro-

posisjonen, og går imot å øke effektiviseringskravet ytterligere.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der sykehusenes økonomi styrkes vesentlig utover regjeringens forslag.

Komiteen merker seg at det fra 2016 er lagt opp til at polikliniske konsultasjoner utført av flere helsepersonellgrupper – fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og ergoterapeuter – inkluderes i ISF-ordningen på gitte fagområder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener dette vil gi mer effektiv bruk av arbeidskraften.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det var et mål for den rød-grønne regjeringen å redusere andelen av innsatsstyrt finansiering, mens den har økt under den sittende regjeringen. Disse medlemmer mener at sykehusene i all hovedsak bør rammefinansieres. Det går i dag betydelige ressurser til rapporteringsbyråkrati i sykehusene, fordi sykehusene er avhengig av DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper) for å få finansiert sin pasientbehandling. Disse medlemmer viser også til at det er fare for feildiagnostisering, overbehandling og feilprioriteringer som følge av systemet, fordi det stimulerer sykehusene til å søke høyest mulig andel av DRG-poeng og utbetalinger. Dette fører til en konstant konkurranse mellom faglige vurderinger og økonomisk inntjening og vanskeliggjør det som i proposisjonen beskrives slik:

«De regionale helseforetakene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.»

Disse medlemmer mener også systemet er til direkte hinder for nødvendig samarbeid ikke bare mellom sykehusavdelinger (slik proposisjonen også adresserer), men også mellom sykehusene, fordi det stimulerer til konkurranse om pasientene framfor å gå sammen om et best mulig og faglig basert pasienttilbud.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener det ikke er finansieringssystemet som gjør at sykehusene feilbehandler, overbehandler eller feilprioriterer. Disse medlemmer vil påpeke at det savnes dokumentasjon på slike påstander. For å gi bedre pasientsikkerhet mener disse medlemmer at det må arbeides systematisk med kvalitet i pasientbehandlingen og utarbeides kompetanseutviklingsplaner i foretakene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det er godt kjent at det i helseforetakene har forekommet tilfeller med bevisst feildiagnosesetting av diagnoser som gir høyere økonomisk utbetaling. Disse medlemmer viser til at premiering av konkret aktivitet og prosedyrer er en forutsetning for systemet. For fødselsomsorgen betyr dette for eksempel at en får utløst ekstraressurser ved kateterisering, ved blødning eller andre komplikasjoner, mens god jordmorfaglig tilstedeværelse som kan hindre komplikasjoner, ikke premieres økonomisk. Disse medlemmer viser til at da Hagen-utvalget (NOU 2003:1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene, anbefalte et stort flertall å gå over til en ordning med rammebudsjettering av RHF-ene. Også Norheim-utvalget (NOU 2014:12) problematiserer innsatsstyrt finansiering og viser til at den kan påvirke prioriteringsbeslutninger.

I SINTEF-rapporten «Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land» fra oktober 2010 heter det:

«Det har vært et fokus på DRG-kryp og kodingspraksis i forbindelse med ISF. På tross av at spørsmålet om pasientseleksjon ofte dukker opp i den helsepolitiske debatten er det liten systematisert kunnskap om hvorvidt dette har vært et problem i Norge. I en spørreundersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet om kunnskap og holdninger til ISFordningen blant ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten oppga imidlertid en stor andel av lederne at ISF-ordningen etter deres oppfatning påvirker prioritering av pasienter, at den påvirker hvordan pasientene behandles og at den kan være til hinder for god kvalitet i pasientbehandlingen (Sosial- og helsedirektoratet 2007).»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper. Dette gjelder bl.a. nye legemidler til behandling av hepatitt C, veksthormoner og immunstimulerende legemidler. Behandlingen initieres av lege i spesialisthelsetjenesten, og det er flere legemidler innen disse områder som kan erstatte hverandre i bruk, slik at en kan oppnå rabatter.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det jevnlig overføres oppgaver, legemidler

og annet til helseforetakene. I en del tilfeller kompenseres økt ansvar med økte bevilgninger, men slik kompensasjon følges normalt ikke videre. For 2016 har regjeringen gitt foretakene en serie nye oppgaver, uten finansiering. Helheten i dette kan svekke evnen til å gjennomføre de oppgaver som ligger til sykehusene. Disse medlemmer mener det er tid for en helhetlig gjennomgang av overførte oppgaver og om finansieringen er dimensjonert til oppdraget.

Komiteen mener at tidlig diagnose og behandling av kreft skal ha høy prioritet og viser til at det nå er utarbeidet 28 pakkeforløp for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det er en riktig utvikling at det også legges til rette for pakkeforløp innen psykiske helsetjenester etter modell fra kreftområdet. Det skal legges til rette for gode pasientforløp basert på kunnskap og beste praksis.

Komiteens medlem fra Venstre ønsker økt innsats knyttet til behandlingsforløp innen psykisk helse og rus, og hvor pakkeforløp er én metode. Dette medlem vil understreke at pakkeforløp innen psykisk helse og rus ikke skal føre til en standardisering, som stenger for fleksibilitet i møte med pasienter. Dette medlem vil understreke at det er viktig at pakkeforløp innen psykisk helse må gi fleksibilitet som sikrer individuelle tilnærminger. Mange psykiske lidelser er komplekse, og ofte er en trygg og langsiktig relasjon et helt grunnleggende premiss for å kunne motta behandling. Dette er et arbeid som ofte tar lang tid for enkelte pasienter med et komplisert sykdomsbilde. Dette medlem vil ikke akseptere at det settes et fast timetall for behandling av psykiske lidelser og rus, og vil understreke at pakkeforløpet skal handle om kvalitet og innhold, og ikke tiden det tar. Dette medlem håper innføring av pakkeforløp vil gjøre det lettere å kvalitetssikre et sammenhengende tilbud av god kvalitet for den enkelte pasient.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er opptatt av at pasientforløp må bidra til at de store individuelle variasjonene mellom pasientene blir ivaretatt. Det vil derfor være flere utfordringer knyttet til å innføre forpliktende og forutsigbare behandlingsforløp for psykiske helsetjenester. Innen psykisk helsevern er variasjonene for store til å kunne lage en A4-plan for hvordan behandlingsinnsatsen skal innrettes. Disse medlemmer mener samtidig at hvis det gjøres riktig, med tilstrekkelige ressurser og helt nødvendige individuelle tilpasninger, kan dette være en riktig utvikling som bidrar til å redusere ventetid og gi pasienter den hjelpen de trenger på en bedre måte.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil avvente forslag til innretning på et pakkeforløp på psykisk helse og har registrert at fagmiljøene har en del kritiske innspill til om dette er egnet for denne pasientgruppen. Dette medlem har merket seg at det særlig er standardiseringen mange er tvilende til overfor en pasientgruppe som krever stor grad av individuell tilpassing og oppfølging, og at de derfor frykter et forverret tilbud. Mange viser til erfaringene fra Danmark med pakkeforløp i psykiatrien og mener dette ikke har vært vellykket. Dette medlem mener at det er behov for endringer og forbedringer i tilbudet til denne pasientgruppen, blant annet ved at alle som har behov for det, får individuell plan og oppfølging i forhold til aktivitet og bolig.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti er bekymret for de såkalte pakkeforløpene for psykisk helse. Den danske modellen vitner om at det som er svært individuelle tilstander, forsøkes håndtert som om de var ensartede og like for alle mennesker. Dette medlem understreker at slike maler og retningslinjer fort går fra å være veiledende og ikke-bindende til å bli absolutter. Da risikerer man at pakkeforløpene svekker behandlingen heller enn å styrke den. Dette medlem er tilhenger av standardiserte, kall det gjerne pakkeforløp, innganger for å komme inn i et behandlingsløp, og mener dette ville vært et godt og trygt alternativ til regjeringens skisser.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at pakkeforløp og standardisering har tre hovedformål: å redusere unødvendig venting, begrense uberettiget variasjon og å sikre at alle får best mulig behandling. Dette vil bety et løft i behandlingstilbudet for psykiske lidelser. Ikke minst handler dette om å øke kvaliteten på behandlingen. Pakkeforløp skal sikre at tilbudet som gis er basert på en standard forankret i den beste kunnskap vi har om hva som hjelper. Disse medlemmer viser til at pakkeforløpene og standardene vil bli utviklet i samarbeid med fagpersoner fra klinisk praksis, fastleger, pasienter og pårørende i arbeidsgrupper. Dette for å forankre innholdet i pakkene godt med fagmiljøene og sikre at pasienter og pårørendes erfaringer og kompetanse tas med i arbeidet.

Komiteen viser til Stortingets vedtak om innføring av kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for al-

vorlige og kronisk syke, og mener ordningen vil gi økt trygghet og forutsigbarhet for pasientene.

Komiteen mener det er et sentralt mål at god kvalitet i diagnostikk, behandling og oppfølging sikres. Komiteen mener at uønskede hendelser i større grad må brukes til læring og forbedring og mener at åpenhet om uønskede hendelser og avvik er viktig, samtidig som det må etableres en kultur for rapportering og læring av slike hendelser. Det er et ledelsesansvar.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil også vise til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a der det heter at det for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal oppnevnes koordinator. Disse medlemmer vil understreke at mange helseforetak i dag ikke gir tilbud om dette, og viser til Senterpartiet og Sosialistisk Venstrepartis forslag i Innst. 49 L (2015–2016) om å be regjeringen sørge for at alle helseforetak innen utgangen av 2016 oppfyller spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og oppretter koordinator for alle pasienter med rett til dette.

Disse medlemmer viser til at det de siste tiårene har blitt utviklet en styrings- og ledelseskultur som bygger på målstyring, rapportering og belønningssystemer. Den innsatsstyrte finansieringen av helseforetakene er en del av dette. Sentraliseringen av ledelsesfunksjoner i sykehusene – klinikkorganisering – har ført til økt målstyring. Disse medlemmer mener det er avdekket for mange eksempler på at iveren etter å nå målsettinger og «å rapportere rett» blir så stor at det utvikles en kultur der det ikke er ønskelig med åpenhet om kritikkverdige forhold eller feil. Disse medlemmer viser i den forbindelse til Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstrepartis merknad i Innst. 210 S (2012–2013) om regjeringens oppfølging av 22. juli-kommisjonen:

> «I praksis har målstyringen like gjerne blitt et hinder for at gode og kvalifiserte avgjørelser blir tatt av dem som kjenner området best og et hinder for at etater kan lære av erfaringer og utvikle bedre tjenester.»

Disse medlemmer mener fryktkulturer i helsetjenesten er til hinder for å utvikle lærende organisasjoner og utgjør dermed en risiko for dårligere pasientsikkerhet.

Disse medlemmer viser til at det også gjentatte ganger er dokumentert at rapporteringen er svært ressurskrevende og tar mye av de ansattes tid som kunne vært brukt til pasientmøter. Eksempelvis viste en undersøkelse utført av Legeforskningsinstituttet i 2013 at om lag 40 prosent av legenes tid går til pasientrettet arbeid. Disse medlemmer vil i all hovedsak rammefinansiere sykehusene og gjennomføre en demokrati- og ledelsesreform som innebærer stedlig ledelse ved alle sykehus med personal- og budsjettansvar, jf. Dokument 8:96 S (2014–2015) og Innst. 377 S (2014–2015).

Disse medlemmer viser til ordningen med såkalt «kvalitetsbasert finansiering». Disse medlemmer mener ordningen er uheldig, og at kvalitetsarbeid bør rettes mot å styrke de områdene som har størst utfordringer, heller enn å «belønne» dem som allerede kommer best ut. Disse medlemmer viser til disse partiers alternative budsjett, der ordningen foreslås avviklet og pengene lagt inn i sykehusenes rammer.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, mener videre det er en riktig omstilling å overføre oppgaver fra sykehus til distriktspsykiatriske sentre (DPS).

Komiteen støtter målet om å øke bruken av spesialister i ambulant arbeid og etablering av døgnberedskap. Opptrappingsplanen for rus inneholder konkrete mål for kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Komiteen mener også det er riktig at DPS-ene får videreutviklet kompetanse innen rus- og avhengighetslidelser. Komiteen mener det er riktig å prioritere DPS og barne- og ungdomspsykiatri innen psykisk helsevern, med sikte på økt tilgjengelighet gjennom utvikling av ambulante og polikliniske tjenester.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at det flere steder i landet ikke foregår en styrking av DPS-ene, men heller det motsatte. Disse medlemmer mener også at nedbyggingen av døgnkapasiteten har gått for raskt, og viser i den forbindelse til Dokument 8:41 S (2013–2014), der Senterpartiet foreslo å stoppe ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykiatrien inntil tilbudet er bygget tilstrekkelig ut i kommunene/DPS-ene.

Disse medlemmer er bekymret for den pågående nedleggelsen av viktige spesialiserte tilbud innen psykisk helse. Disse medlemmer mener det er grunn til å advare mot å tro at alle tilstander kan håndteres desentralisert. Disse medlemmer vil særlig minne om nedleggelsen av enheten som jobbet med traumelidelser i Bodø. Pårørende og de som har brukt tjenestene, forteller at de ikke får et fullgodt alternativt tilbud etter nedleggelser, enkelte er sågar avspist med en time her og der på et DPS. Dette er mennesker med alvorlig sykdom, mennesker som trenger fullgod behandling og som ikke lenger får det.

Disse medlemmer mener situasjonen er alvorlig, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjenopprette det viktige kompetansemiljøet og behandlingstilbudet ved enhet for traumebehandling i Bodø.»

Komiteen vil påpeke at desentralisering av kompetanse til distriktspsykiatriske sentre er nødvendig for å sikre et likeverdig tilbud til pasienter med psykiske lidelser. Behandlingen må i større grad bli lokalbasert, og utvikling av ambulante team er et godt supplement til behandling i institusjon. Det finnes kompetanse på traumebehandling generelt i DPS, i BUP og i ideelle private institusjoner. Komiteen viser også til Senter for krisepsykologi i Bergen og Modum Bad i Buskerud, som driver traumebehandling. Modum Bad arbeider spesielt med kompetanseoverføring til kommunene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at da traumeenheten i Bodø ble nedlagt, ble personalet overført til Salten DPS. Salten DPS har et differensiert behandlingstilbud til pasientgruppen med både døgn-, dagbehandling og gruppeterapi og nær tilgang til sykehustjenester inkludert spesialist med særskilt kompetanse på traumer og personlighetsutvikling. I tillegg er det utviklet både et regionalt og lokalt traumekompetanseprogram, sistnevnte tilknyttet Nordlandssykehuset. Den nye satsingen innebærer en kompetanseheving i DPS-ene i Helse Nord generelt, og ved Salten DPS spesielt.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at historiene til de som faktisk brukte, og hadde nytte av, traumetilbudet i Bodø, er ganske annerledes enn den historien regjeringspartiene forteller. Dette medlem vil oppfordre regjeringen, og de som støtter regjeringen, til nærmere dialog med brukerne som står uten tilbud. Dette medlem viser til mennesker som forteller at de blir avvist ved behandlingstilbud som regjeringspartiene påstår dekker opp for det nedlagte tilbudet. Dette medlem er redd for at faglighet og trygghet for menneskene dette gjelder, er skjøvet bak i rekken, fordi innsparing og økonomi er flyttet foran.

Komiteen mener at pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander og funksjonssvikt, ofte opplever å bli «kasteballer» i helsevesenet. Komiteen er glad for at 20,4 mill. kroner til ulike pilotprosjekter som ble startet opp i 2015 i regi av Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF, videreføres.

Komiteen viser til at pilotprosjektet for screening av tykk- og endetarmskreft, som ble igangsatt i 2012 i to helseforetak under ledelse av Kreftregistret, foreslås forlenget og gitt et tilskudd på 42,9 mill. kroner. Komiteen mener transport av psykisk syke best kan håndteres av kyndig personell, og støtter videreføringen av tilskuddet på 20 mill. kroner for å etablere en verdig og helsefaglig god transporttjeneste, hvor politi kun bistår når det er behov av sikkerhetsmessige årsaker.

Komiteen mener de regionale helseforetakene er betydelige aktører på IKT-området og at det er viktig at de regionale helseforetakene samarbeider om felles IKT-utvikling. Komiteen har forventninger til Nasjonal IKT HF som er opprettet for å understøtte felles IKT-prosjekter i spesialisthelsetjenesten.

Behov for nybygg og rehabilitering av sykehusene i Norge er stort. Komiteen viser til at det foreslås bevilgning til to nye prosjekter og at de tas inn i låneordningen i 2016. Det gjelder oppgradering og vedlikehold av Oslo universitetssykehus til bygg på i hovedsak Ullevål, Radiumhospitalet og Aker, og etablering av PET-sentret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det er gledelig at Østfold nye sykehus ble åpnet i november 2015. Komiteen vil påpeke at det i langtidsplanene i de regionale helseforetakene er flere større nye prosjekter, blant annet nytt sykehus i Vestre Viken som er videreført til konseptfase, og konseptfasen for nytt sykehus i Helse Stavanger. Nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal er under planlegging. Komiteen vil understreke at slike satsinger krever god økonomistyring.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at investeringene forutsetter overskudd i sykehusdriften, og at dette igjen forutsetter tilstrekkelige driftsbevilgninger dersom ikke pasientene skal bli taperne. Disse medlemmer mener at regjeringen legger opp til en sykehusøkonomi med for stramme driftsbudsjetter som fører til et dårligere pasienttilbud. Mange av foretakene har problemer med gjennomføringen av investeringsplaner. Vestre Viken har måttet redusere størrelsen på planlagt nytt sykehus i Drammen, Helse Stavanger ser seg nødt til å bygge ut i flere etapper over mange år, både i Oslo Universitetssykehus og i Drammen planlegges det med over 90 prosent belegg, og i Telemark er sykehusene i Rjukan og Kragerø lagt ned uten at planer for investeringer i de andre sykehusene først er realisert. Disse medlemmer merker seg at dette skjer til tross for at det på alle stedene er en felles erkjennelse av at det er behov for snarlige forbedringer i pasienttilbudene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det etter budsjettforliket mellom regjeringen og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre legges opp til en økning av driftsbevilgningene til sykehusene i 2016 med 2 733 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett for 2015. Flertallet viser til at de offentlige sykehusene har fått økt frihet til å utnytte sitt økonomiske handlingsrom til å behandle flere pasienter, og at regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Innst. 11 S (2003–2004), der et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti støttet forprosjektet til Nye Ahus, som innebar at pasientgrunnlaget til Aker sykehus ble tatt bort. Disse medlemmer viser til at det er på tide å styrke et presset sykehustilbud i Oslo.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at lokalsykehustilbudet ved Oslo universitetssykehus blir bygget ut, inkludert gjenoppretting av Aker sykehus som et fullverdig lokalsykehus.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremstilles som historieløse ved å vise til et flertall i en innstilling tilbake til 2003–2004. Disse to partiene var en del av en flertallsregjering da Fremskrittspartiet la frem Dokument 8:70 S (2009–2010), hvor man ville sikre videre drift av Aker Sykehus i Oslo. Dette forslaget stemte disse to partiene imot, på tross av en rekke reaksjoner rundt kapasitet og solid fagmiljø ved regionen og sykehuset. Disse medlemmer viser for øvrig til Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, hvor de ulike lokalsykehusene omtales nærmere.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at det har vært uklarhet rundt den fremtidige sykehussituasjonen i Finnmark. Dette medlem mener det er riktig overfor befolkningen i Finnmark å avklare fremtidens sykehustilbud så tydelig som mulig. Dette medlem mener arbeidet med nye Hammerfest sykehus bør fremskyndes, samtidig som arbeidet med å utvide kapasiteten i Alta med CT og MR iverksettes.

Dette medlem viser til nedleggelsene i Telemark. Dette ser ut til å ha økt pågangen på andre sykehus, uten at disse har fått økt sin sengekapasitet. Dette medlem advarer mot en utvikling der det legges ned stadig flere sykehus helt uten en skikkelig plan for, i det minste, å øke kapasiteten andre steder. Det norske folk trenger et sterkere sykehusvesen som er til stede der folk bor, ikke videre svekkelser.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen nylig har lagt frem nasjonal helse- og sykehusplan. Planen skal sikre at vi kan både beholde og videreutvikle sykehusene i årene fremover.

Komiteen viser til den varslede omleggingen av finansieringsordningen for nukleærmedisin. Det foreslås at finansieringssystemet legges om slik at dagens refusjon etter regning erstattes med forutbestemte satser, etter gjeldende sats for aktivitetsbasert tilskudd (40 prosent). Dette innebærer flytting av midler av radiofarmakostnadene fra kap. 732 post 77, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, til sammen 51,7 mill. kroner. Komiteen stiller seg bak en slik endring, som innebærer finansering over de regionale helseforetakenes basisbevilgning og aktivitetsbaserte finansering.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til innledende merknad i denne innstillingen og til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett 2016 for beskrivelse av Arbeiderpartiets satsing på sterke offentlige sykehus, og våre tiltak for å øke kvaliteten, behandle flere og styrke pasientsikkerheten.

Disse medlemmer viser videre til at både Arbeiderpartiet og nåværende regjeringsparti Høyre før valget høsten 2013 lovet å øke driftsbevilgningene til sykehusene med 12 mrd. kroner (ikke iberegnet innvesteringslån, pensjon og budsjettekniske endringer). Måloppnåelse må måles på statsbudsjettet for 2017 sammenlignet med statsbudsjettet for 2013, i 2013-kroner. Disse medlemmer mener at det er et sterkt behov for en videre opptrapping, i tråd med lovnadene fra valgkampen. Befolkningen øker, og det vil være en alderssammensetning med et økt antall eldre de neste ti årene. Dette vil gi økt behov for spesialisthelsetjenester. Opprustningen må skje nå, og disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett på denne bakgrunn har gått inn for en økning på om lag 460 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten utover regjeringens forslag. Økningen på om lag 460 mill. kroner er fordelt på postene 70 Særskilte tilskudd, og post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, omtalt i innledende merknad, samt kort referert under berørte poster.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at Arbeiderpartiet med sitt alternative budsjett ikke når satsingen

om 12 mrd. kroner, og at bevilgningen på 460 mill. kroner i stor grad er øremerket en rekke små tiltak og således ikke bidrar til en generell økning i rammen. Disse medlemmer vil bemerke at Arbeiderpartiet opererer med inndekninger på nesten 5 mrd. kroner som de ikke har dekning for. Dette dreier seg om to inndekningsforslag som ikke gir effekt i 2016. Det gjelder forslaget om å innføre moms på finansielle tjenester fra 1. juli 2016. Det gjenstår svært mye regelteknisk arbeid for å få til en slik reform. Dette står omtalt i skattemeldingen. Disse medlemmer mener derfor det er helt urealistisk å kalkulere med en inntekt på 1,75 mrd. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil påpeke at før valget i 2013 lovet både Høyre og Arbeiderpartiet at sykehusbudsjettene skulle øke med 12 mrd. kroner i perioden 2013–2017. Disse medlemmer vil understreke at Arbeiderpartiet er godt i rute for å oppfylle dette valgløftet. Ifølge Finansdepartementets svar på spørsmål 41 fra finanskomiteen/Arbeiderpartiets fraksjon av 9. oktober 2014 er det de to første årene med Bent Høie som helseminister totalt bare bevilget 4,6 mrd. kroner for å nå målet på 12 mrd. kroner. Bevilgninger til økt pasientbehandling knyttet til fritt behandlingsvalg er da holdt utenfor. Iberegnet årets bevilgning på om lag 2,9 mrd. kroner, fratrukket 250 mill. kroner til fritt behandlingsvalg, utgjør dette en samlet sum på 7,25 mrd. kroner. Regjeringspartiet Høyre ligger da 4,75 mrd. kroner på etterskudd for å oppfylle eget løfte. Disse medlemmer peker på at i samme periode har Arbeiderpartiet i sine alternative budsjett foreslått 5,9 mrd. kroner i perioden 2014–2015, samt støttet regjeringens økning på 2,65 mrd. kroner, fratrukket fritt behandlingsvalg, for 2016. I tillegg har Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 foreslått å kompensere sykehusene for de budsjettekniske endringene i regjeringens forslag, som går utover aktivitetsveksten i sykehusene, samt økt rammen, slik at økningen totalt blir på 456,5 mill. kroner. Reelt sett utgjør dette en økning på om lag 9 mrd. kroner i årene 2014, 2015 og 2016, noe disse medlemmer anser som å være godt i rute for å nå lovnaden om 12 mrd. kroner i inneværende periode.

Disse medlemmer vil presisere at de innledende merknadene i denne innstillingen synliggjør hvilke satsinger som kunne blitt realisert dersom Arbeiderpartiets budsjett ble vedtatt. En synliggjøring av satsinger er ikke det samme som øremerking.

Disse medlemmer har videre merket seg at det i forliket mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre er foreslått å øke effektiviseringsreformen med 0,1 prosent. For sykehusene ble det opprinnelige effektiviseringsforslaget kompensert gjennom tilførte midler for sykehusene. Det er ikke foreslått å kompensere for det økte kravet til sykehusene.

Disse medlemmer viser til finansinnstillingen som synliggjør at Arbeiderpartiets budsjettopplegg ville gitt rom for ytterligere satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde dersom det ble vedtatt. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiets prioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde ville gitt rom for å kompensere sykehusene tilsvarende det økte effektiviseringskravet på om lag 100 mill. kroner. Disse medlemmer vil også påpeke at Arbeiderpartiet ikke støtter de foreslåtte kuttene til rehabilitering av helsebygg fullt ut. Disse medlemmer er ikke trygge på begrunnelsen for å gjennomføre disse kuttene og kan på den bakgrunn ikke støtte forslagene.

Disse medlemmer viser til finansinnstillingen hvor det på en grundig og omfattende måte redegjøres for Arbeiderpartiets skatteopplegg, utgiftsøkninger og inndekningsforslag. Til forslaget om innføring av merverdiavgift for finansnæringen, vil disse medlemmer påpeke at regjeringen selv har varslet at dette vil bli innført fra 2017. Disse medlemmer viser videre til at Arbeiderpartiet, i likhet med Kristelig Folkeparti, foreslår at denne avgiften innføres fra 1. juli 2016, etter å ha vært utredet i en årrekke.

Disse medlemmer vil for øvrig påpeke at det oppfattes som noe underlig å bli beskyldt for urealistisk budsjettering av partier som ikke bare bedrev budsjettering som grenset til det spektakulære da de satt i opposisjon, men også gjør det i regjering. Disse medlemmer vil i denne sammenheng påpeke følgende eksempler fra inneværende års budsjett:

- regjeringspartiene budsjetterte sammen med forlikspartnerne i Stortinget med 1 mrd. kroner i inntekt fra en poseavgift, som de (etter et halvt år med utredning fortsatt) ikke evnet å innføre og deretter avlyste
- kutt i klimakvotene som klimaministeren selv uttalte «ikke ville være i samsvar med realistisk budsjettering»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at ressurssituasjonen i norske sykehus krever nøysomhet og bruk av løsninger som ikke bruker ressurser unødig på byråkrati og kommersialisering. Disse medlemmer mener også at vesentlige deler av driften bør ivaretas i egenregi for å sikre gode nok tjenester. Disse medlemmer understreker hvor vesentlig det er å

bruke den arbeidskraften som er tilgjengelig, og hvor viktig det er å ha stabilitet og kompetansebygging som kjerneprinsipper for organiseringen.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at oppgaver som hører til normal drift, blir gjennomført internt i sykehusene, ikke ved bruk av fordyrende konsulenter.»

«Stortinget ber regjeringen gjeninnføre målene om å øke antall ansatte som får tilbud om hele stillinger.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene går foran i arbeidet for å sikre nok lærlingplasser, både for helsefag, men også for alle andre relevante utdanninger.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at avgjørende driftsoppgaver i sykehusene, for eksempel renhold, blir ivaretatt som intern drift i stedet for å konkurranseutsette.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene fortsatt ansetter folk i faste stillinger, for å sikre kompetanse og trygghet til å varsle i sykehusene våre.»

Disse medlemmer viser til at en enstemmig komité i Innst. 11 S (2014–2015) sa:

«(…) mener det er nødvendig at helseforetakene følger de vedtatte retningslinjer for behandling av barn og unge med leppe-gane-spalte.»

Disse medlemmer viser videre til svar fra Finansdepartementet på budsjettspørsmål 58 fra Sosialistisk Venstrepartis finansfraksjon, der følgende meddeles:

«Helse Vest RHF legger til grunn at det kun skal være medisinsk begrunnede ventetider for denne tjenesten og vil følge opp dette i løpet av høsten 2015 for å sikre at Helse Bergen foretar de omprioriteringer som må til for å få avviklet køen på en god måte, og dermed sikre nok operasjonskapasitet.»

Disse medlemmer understreker viktigheten av at dette arbeidet sluttføres, slik at behandlingslinjen følges fullt ut.

4.14.1 Post 70 Særskilte tiltak

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016 innebærer en styrking av de økonomiske rammene for helseforetakene, ved at blant annet kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Særskilte tiltak foreslås økt med til sammen 430 mill. kroner. Disse medlemmer viser til innledende merknader til rammeområde 15, og at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett har følgende satsinger på post 70:

- kvalitetspakke til sykehus, IKT, utstyr og nye behandlingsmetoder (250 mill. kroner)
- kveldsåpne poliklinikker og ventetidsreduksjon (50 mill. kroner)
- kompetansetiltak i sykehusene (15 mill. kroner)
- forskningsprogram for stamcellebehandling for MS ved Haukeland (20 mill. kroner)
- bedre kreftbehandling (10 mill. kroner)
- flere turnusleger (40 mill. kroner)
- medisinske undersøkelser Barnehusene (2 mill. kroner)
- pasientsikkerhetsprogrammene (3 mill. kroner)
- kvinner i fengsel – flere psykologstillinger (5 mill. kroner)
- satsing på psykisk studenthelse (5 mill. kroner)
- omstillingsprosjekt Rjukan (30 mill. kroner)
- årsaksforskning til demens (10 mill. kroner)
- forskning på persontilpasset medisin (16,5 mill. kroner)

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett legger til grunn at midlene kan overføres post 72, 73, 74, 75, 76 og 77, og at fordelingen skjer etter gjeldende fordelingsnøkler, i samråd med helseforetakene.

Disse medlemmer viser til at en av satsingene i Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett er bedre og tryggere kreftbehandling, og at Arbeiderpartiet går inn for å bevilge 10 mill. kroner utover regjeringens forslag til dette formålet, omtalt i innledende merknad.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innen revidert nasjonalbudsjett 2016 legge frem en opptrappingsplan for strålekapasiteten for kreftbehandling i Norge.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at MS-pasienter er en pasientgruppe som ofte opplever at sykdommen medfører svært redusert livskvalitet, og at nye metoder for behandling i beste fall kan være et kvantesprang for denne pasientgruppen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til sine innledende merknader, og at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 går inn for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen med 20 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 50 mill. kroner til dette formålet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere et behandlingsbasert forskningsprosjekt for MS-pasienter ved Haukeland universitetssykehus og sørge for særskilt finansiering i revidert nasjonalbudsjett for 2016.»

Komiteen viser til at spesialisthelsetjenesten fra 2016 skal ha hovedansvaret for å gi tilbud til barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep, samtidig som større kommunale overgrepsmottak videreføres gjennom avtaler med de regionale helseforetakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, merker seg at regjeringen tar til orde for at sykehusene må sørge for å ha tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og god arbeidsdeling for å skape pasientens helsetjeneste. Flertallet deler denne visjonen, men vil understreke at man i arbeidet for pasientens helsetjeneste ikke må overse de minste og mest sårbare pasientene: overgrepsutsatte barn. Flertallet mener at det i den forbindelse trenges en betydelig styrking av den sosialpediatriske kompetansen ved sykehusene, slik at barn som har behov for det, får kompetent medisinsk undersøkelse ved mistanke om overgrep. Nasjonale tall viser at bare om lag 20 prosent av barna som avhøres ved Barnehusene, får medisinsk undersøkelse. Bekymringen for dette kommer fra flere hold, blant annet fra Barneombudet og flere av Barnehusene. Flertallet vil peke på at medisinsk undersøkelse kan være avgjørende for utfallet i en sak der det er mistanke om overgrep. Derfor haster det med å styrke denne kompetansen i alle helseforetakene.

Flertallet vil understreke at det er regjeringen som i siste instans har ansvar for rettssikkerheten til overgrepsutsatte barn og unge.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at derfor må de regionale helseforetakene oppfinansieres, slik at man kan bygge fagmiljøer som kan bistå barnehusene med nødvendige medisinske undersøkelser for disse barna.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett styrker sykehusene betydelig, og at det legges opp til flere medisinske undersøkelser ved Barnehusene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, der den rød-grønne regjeringen sørget for å legge inn en tydelig bestilling til Helse Nord RHF om at sykestuene i Nord-Troms skulle ha fortsatt finansiering over helseforetakets budsjett. Følgende formulering i helsebudsjettet ble vedtatt av stortingsflertallet i budsjettbehandlingen høsten 2013:

«Helse Nord RHF skal innenfor sine ordinære inntektsrammer sikre fortsatt drift av sykestuene i Nord-Troms. Det legges til grunn at Helse Nord RHF finansierer sykestuene i Nord-Troms på samme måte som sykestuene i Finnmark.»

Disse medlemmer har med beklagelse merket seg at nåværende regjering heller ikke i budsjettet for 2016 finner rom for denne viktige satsingen. Dokument 8:84 S (2014–2015), jf. Innst. 376 S (2014–2015) som ble behandlet i Stortinget tidligere i år, tok til orde for fortsatt støtte til sykestuene. Dette ble nedstemt av regjeringspartiene og Venstre.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at sykestuene i de fire kommunene i Nord-Troms – Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord og Kvænangen – videreføres fra 1. januar 2016, ut fra en modell som kommunene selv finner formålstjenlig, og som samtidig gir de beste tjenestene til befolkningen i regionen.»

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo 5 mill. kroner til sykestuene i Nord-Troms og Finnmark, herunder 3 mill. kroner til å opprettholde Skjervøy sykestue. Dette medlem påpeker at sykestuene er et kvalitativt godt tilbud for pasienter med lang vei til sykehus. Sykestuene har høy kvalitet på kompetanse, støttefunksjoner, utstyr og bemanning.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiets alternative budsjett for 2016

innebærer en styrking av sykehusøkonomien med 1 mrd. kroner utover regjeringens forslag. Dette medlem viser til Senterpartiets satsinger innenfor bevilgningen til de regionale helseforetakene som skal styrke det offentlige desentraliserte sykehustilbudet med likeverdig beredskap i hele landet:

- stamcellebehandling og bygging av isolat Haukeland universitetssykehus (50 mill. kroner)
- behandling hepatitt C (50 mill. kroner)
- lysbehandling i distrikt (30 mill. kroner)
- utdanningsstillinger lokalsykehus (50 mill. kroner)
- helsehjelp flyktninger (150 mill. kroner)
- turnuslegestillinger (100 mill. kroner)
- Telemedisin UiT (4 mill. kroner)
- Tromsøundersøkelsen (7 mill. kroner)

Dette medlem viser til at Senterpartiet i tillegg til å foreslå en ekstra sykehusmilliard omprioriterer midler til økt basistilskudd i regionale helseforetak gjennom avvikling av kvalitetsbasert finansiering, fritt behandlingsvalg, samt reversert dreining fra døgn- til dagbehandling i psykisk helsevern.

Dette medlem viser til at Senterpartiet foreslår å bevilge 30 mill. kroner til omstilling til Tinn kommune som følge av nedleggelse av Rjukan sykehus over Klima- og miljødepartementets budsjett.

4.14.2 Post 70 Særskilte tilskudd

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, foreslår at kap. 732 post 70 reduseres med 25 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til alternativt budsjett for Sosialistisk Venstreparti, der sykehusene styrkes med 760 mill. kroner.

4.14.3 Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til omtale i innledende merknader i denne innstillingen og Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016, hvor det foreslås et løft på om lag 26 mill. kroner til medisinsk forskning. Styrkingen av posten tar sikte på utvidet forskningsinnsats innen persontilpasset medisin og årsaker til demens. Disse medlemmer viser følgelig til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2015 ville medført at kap. 732 Regionale helseforetak, post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester ble styrket med tilsvarende beløp.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at offentlige, ideelle og private helsetjenestemiljøer skal utfylle hverandre. Særlig etter helseforetaksreformen i 2002, hvor sykehusene ble overført fra fylkene og til staten, har det vært en utvikling med sentralisering av høyspesialiserte helsetjenester, nedbygging av kapasitet i sykehus eid og drevet av ideelle aktører, samtidig som kommunene i for liten grad har vært i stand til å etablere samarbeid på tvers for å bygge opp en regional primærhelsetjeneste i takt med endringer i sykehusene, i demografi og teknologiske endringer. Det mest tydelige eksempelet på sviktende samhandling mellom stat og kommuner er eierskap til og organiseringen av legevaktene, den eneste nødetaten som ikke er uniformert og har egne utrykningskjøretøy. 427 kommuner holder seg med 191 legevakter, og av dem er 112 interkommunale. Hvis liv og helse var et kriterium for inndeling av norske kommuner, mener de selv åpenbart at kommunekartet ikke passer med terrenget. Et annet eksempel på en skjevutvikling er at det i dag brukes 8 mrd. kroner på forskning i sykehussektoren, aller mest ved universitetssykehusene naturlig nok, mens det i liten grad brukes statlige forskningsmidler i primærhelsetjenesten. Summen av dette er en helsesektor hvor spesialisthelsetjenesten blir mer og mer spesialisert og sentralisert, mens primærhelsetjeneste blir mer og mer fragmentert og kommer inn altfor sent til å drive reell forebygging og tidlig, smart innsats. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å sette av 50 mill. kroner til å prøve ut forpliktende samarbeidsavtaler (OPS) mellom staten og ideelle/private aktører særlig rettet mot regioner utenfor de største byene og universitetssykehusene. Å redusere køer kan være én oppgave, å samle krefter og kompetanse kan være en annen, å skape mer regional dynamikk og utløse mer innovasjon i helsesektoren kan være en tredje. Å ta i bruk og prøve ut ny teknologi – eller rette mer oppmerksomhet mot kvinners bruk av helsetjenesten – kan være en fjerde. Dette medlem mener dagens strukturer og samarbeid er for statisk til å møte framtida. I en framtid hvor mange eldre pasienter kommer til å være stedbundne ute i distriktene, mens sentrale strøk skal møte en raskt voksende yngre befolkning med andre behov, er det behov for at det finnes en distribuert helsekompetanse over hele landet.

Dette medlem mener det er særlig viktig å styrke innsatsen knyttet til de store folkehelseutfordringene. Ved utgangen av 2013 mottok om lag 305 900 personer uføretrygd, og om lag 63 prosent av de uføre var enten uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse (102 400 personer) eller en muskelskjelettsykdom (89 900 personer). Dette med-

lem mener at det er behov for økt kunnskap og tverrfaglig kompetanse innenfor muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 15 mill. kroner til forskning knyttet til tverrfaglig forskning og til tilrettelegging av kiropraktorutdanning i Norge. Muskel- og skjelettlidelser beslaglegger sammen med psykiske lidelser flest sengeplasser og er en hovedårsak til et stort sykefravær og uførhet. Samlet utgjør disse lidelsene en stor samfunnsøkonomisk utfordring. Dette medlem mener at økt oppmerksomhet på bedre folkehelsearbeid og bedre forebygging på sikt vil redusere disse kostnadene betydelig og frigjøre midler som kan brukes til andre gode formål.

Komiteen merker seg at satsingen innen Nevroplan 2015 er avsluttet. Komiteen er glad for at Hjernerådet er styrket i sitt arbeid med kroniske pasientgrupper som lider av MS, Parkinson og epilepsi. Sykdom i hjernen rammer én av tre nordmenn, og det er viktig med god diagnostikk, riktig behandling og forskning på feltet. Komiteen ber departementet vurdere utarbeidelsen av en overordnet strategi for å møte helseutfordringene på dette området.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det settes av 5 mill. kroner til utarbeidelse av ny nevroplan.

4.14.4 Post 79 Andre tilskudd

RASKERE TILBAKE

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til ordningen «Raskere tilbake», som har som mål å forebygge sykdom og uførhet. Spesielt er det verdt å nevne det vellykkede prosjektet iBedrift. Dette er et tverrfaglig rehabiliteringstiltak som rettes direkte inn mot arbeidslivet, med tanke på å nå de arbeidstakerne som er sykmeldt eller står i fare for å bli det. iBedrift bygger på tidlig intervensjon overfor mennesker som har plager og lidelser som kan bedres helt eller delvis gjennom systematisk forebyggende rehabiliteringsinnsats. Disse medlemmer vil peke på at muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager utgjør nesten 60 prosent av langtidssykmeldingene i Norge, og at disse gruppene ser ut til å respondere svært godt på iBedrifts metodikk. Disse medlemmer mener at den form for samarbeid som iBedrift legger opp til, ser ut til å fungere svært bra, med deltakelse fra både bedriftsledelse, arbeidstakere, arbeidslivets organisasjoner og Nav. Disse medlemmer mener dette er positivt, og at de metodene som prosjektet benytter bør implementeres bredt i arbeidslivet. iBedrift tilbys blant annet i regi av Sykehuset i Vestfold (SiV) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), i samarbeid med Nav.

Disse medlemmer viser til at St. Olavs Hospital og NTNU siden 2010 har samarbeidet og fått etablert Hysnes Helsefort som et høykompetent forskningslaboratorium innen rehabilitering, arbeid og helse. Både det kliniske tilbudet og forskningen har vakt oppsikt nasjonalt og internasjonalt. Dersom det ikke sikres finansiering i statsbudsjettet for 2016, vil Hysnes Helsefort måtte legges ned. Norge vil da miste et betydelig fagmiljø innen arbeidsrettet rehabilitering og forskning, og muligheten til å fortsette en tiltrengt kunnskapsutvikling reduseres betydelig. Disse medlemmer viser til at til tross for at Norge har et høyt sykefravær, finnes det lite forskningsbasert kunnskap om hva som bidrar til at sykmeldte kommer tilbake i varig arbeid. Hysnes Helsefort har blitt noe langt mer enn en vanlig arbeidsrettet rehabliteringsinstitusjon. De fleste pasientene som deltar i rehabiliteringen, deltar også i forskningsprosjekter. Det gir mulighet til å skaffe viktig kunnskap om de største gruppene av sykmeldte og hvilken type rehabilitering som kan hjelpe dem tilbake i arbeid. Dette er viktig for de sykmeldte og deres familier, bedrifter og samfunnet. Disse medlemmer viser til at Hysnes Helsefort i dag finansieres gjennom ordningen raskere tilbake, og mener finansieringen bør opprettholdes til og med første halvår 2017, når ytterligere forskningsresultater foreligger.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen finansiere videre drift av Hysnes Helsefort innenfor bevilgningene til 'Raskere tilbake' i statsbudsjettet for 2016, slik at driften er finansiert gjennom hele året og første halvår 2017.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at dette har vært et kostbart og tidkrevende prosjekt. Det er brukt over 220 mill. kroner på et rehabiliteringstilbud som har gitt færre behandlingsplasser enn annen bruk av pengene. Disse medlemmer viser til at det er flere fagmiljøer som jobber med arbeidsrettet rehabilitering. Det skjer ikke bare fagutvikling ved Hysnes Helsefort. Den nasjonale kompetansetjenesten for arbeidsrettet rehabilitering i Rauland er ett eksempel, i tillegg til alle de andre tiltakene innenfor Raskere tilbake-ordningen i regi av regionale helseforetak. Disse medlemmer viser til at det blir opp til Helse Midt-Norge sammen med St. Olavs Hospital og NTNU å finne løsninger for hvordan man eventu-

elt kan videreføre forskningen innenfor arbeidsrettet rehabilitering etter at prosjektet ved Hysnes Helsefort avsluttes.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at det i budsjettforliket mellom samarbeidspartiene ble kuttet 20 mill. kroner til ordningen «Raskere tilbake» på kap. 605 post 70 i Arbeids- og sosialdepartementets budsjett.

Disse medlemmer viser til høringsuttalelsen fra MS-forbundet og at multippel sklerose (MS) er den vanligste årsaken til sykdomsutløst uførhet hos unge voksne i Norge. MS er en kronisk betennelsessykdom i hjerne og ryggmarg og starter vanligvis i 20–40-årsalderen. Sykdommen har ukjent årsak, og det er ingen helbredende behandling. MS starter hos de fleste (ca. 8 prosent) med akutte forverringsepisoder, kalt MS-attakk. Disse medlemmer viser til at Nasjonal Kompetansetjeneste for MS er lagt til Haukeland universitetssjukehus. Siden januar 2015 er det her etablert et midlertidig nasjonalt tilbud om stamcelletransplantasjon mot MS. Det er utarbeidet nasjonale kriterier for behandlingen, og behandlingssøknader blir vurdert av en gruppe nevrologer fra alle helseregionene. Det anbefales at pasienter med et aggressivt sykdomsforløp tross forebyggende behandling bør tilbys stamcelletransplantasjon i Norge. I Sverige vil omtrent 50 MS-pasienter få slik behandling i 2015. I Norge tilsvarer dette et årlig behandlingsbehov hos om lag 25 pasienter. Det er i Norge foreløpig ikke satt av ressurser til dette. Disse medlemmer er kjent med at mange personer med MS har reist til forskjellige land for å foreta slik behandling, og støtter MS-forbundets anbefaling om å opprette et klinisk forskningsprosjekt for om lag 25 pasienter per år.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, som har lagt inn 50 mill. kroner til dette formål i 2016. For å etablere et tilpasset stamcelletransplantasjonstilbud må man budsjettere for utvidelse av isolatkapasiteten. Det er beregnet at det er behov for 2 nye isolater, noe som vil nødvendiggjøre ombygging av eksisterende sengepost ved Haukeland universitetssjukehus med om lag 25 mill. kroner.

4.15 Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

Det foreslås bevilget 155,3 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 154 mill. kroner.

Komiteen vil understreke viktigheten av at rehabiliterings- og habiliteringstjenestene er koordinerte, tverrfaglige og målrettede. Komiteen er videre opptatt av at tilbud om habilitering og rehabilitering gis alle som trenger det, og at den enkelte i størst mulig grad skal få mulighet til å oppleve mestring i livet sitt. Komiteen viser i den forbindelse til Stortingets behandling av Meld. St. 26 S (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, jf. Innst. 40 S (2015–2016), der betydningen av rehabilitering i kommunene blir grundig omtalt.

Komiteen mener oppbyggingen av gode ergoterapitjenester går for sakte i kommunene, og ser frem til at opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering legges frem av regjeringen i 2016. Komiteen mener opptrappingsplanen må ha oppmerksomhet på ansvarsavklaringen og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Komiteen er bekymret for at det ansettes for få ergoterapeuter i kommunene og at litt over 100 kommuner ikke har ergoterapeut knyttet til sin virksomhet. Komiteen mener det også er uheldig at mange kommuner har lang ventetid for å få tjenesten, noe som kan forverre en medisinsk tilstand og i verste fall føre til tilbakefall og derigjennom ny behandling. Komiteen mener det er stor samfunnsgevinst i å satse på god og effektiv rehabilitering, og mener dette bør bli en selvfølgelig del av en helhetlig pasienttjeneste. Komiteen mener det er helt avgjørende for å lykkes med rehabiliteringen, at den er godt koordinert, tverrfaglig og målrettet, og at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er mest mulig sømløs.

Komiteen er særlig opptatt av hverdagsrehabilitering, slik at alle uavhengig av alder eller diagnose settes i best mulig stand til å mestre egne liv. Komiteen mener det er sammenheng mellom omfanget av og kvaliteten på rehabilitering på den ene siden, og sykefravær, uføretrygd og deltakelse i samfunnet på den andre siden. Videre mener komiteen at en opptrapping på rehabiliteringsfeltet er en riktig og selvfølgelig utvikling ut ifra den kunnskapen vi har i dag om nødvendigheten av å behandle hele mennesket. Komiteen mener at for å nå målsettingen om å gi folk muligheter til å takle hverdagen, samt delta i arbeidslivet helt eller delvis, må rehabiliteringstilbudet utvikles og styrkes.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er nødvendig med større oppmerksomhet på tidlig innsats, kompetanseheving og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Disse medlemmer viser til at regjeringspartiene i opposisjon signaliserte en storstilt satsing på dette området. Disse medlemmer merker seg at

mange høringsinstanser har etterlyst denne satsingen. Bekymringene har kommet både i forbindelse med Stortingets behandling av primærhelsemeldingen og under høringene om statsbudsjettet for 2016. Her sier flere av høringsinstansene at det er for svakt at regjeringen kun uttrykker at «man tar sikte på å legge fram en opptrappingsplan (…)». I sitt innspill til komiteens høring til statsbudsjettet sier Norsk Revmatikerforbund (NRF) følgende:

«På tross av at det i Solberg-regjeringens plattform framgår at man ønsker å etablere en slik opptrappingsplan, kan ikke NRF se at dette prioriteres eller gjenspeiles i foreliggende statsbudsjett gjennom avsatte midler.»

Disse medlemmer mener at regjeringen snarest må konkretisere hvilke planer man har for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Den bebudede planen må etter disse medlemmers mening omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og særlig fokusere på samspillet mellom disse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, synes det er gledelig at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, som gjentatte ganger stemte ned forslag om en opptrappingsplan for rehabilitering, nå synes å være positive til en slik plan. Flertallet ser frem til fremleggelsen og behandlingen av planen så snart den er ferdig utarbeidet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg for øvrig at regjeringen viser til at det er sendt på høring et forslag om fri rett til å velge behandlingssted for pasienter som trenger spesialistrehabilitering. Disse medlemmer merker seg videre at dette skal skje ut fra forslag i tråd med den rød-grønne regjeringens initiativ i 2013 for rehabiliteringsfeltet, og at slike valg skal skje innenfor rammen av offentlige institusjoner og private som har avtale med det offentlige. Disse medlemmer er fornøyd med at forslaget ikke skal ta utgangspunkt i regelverket for fritt behandlingsvalg, men ut fra innretningen i fritt sykehusvalg, som ble innført av Stoltenberg I-regjeringen i 2001.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at hverdagsrehabilitering i forbindelse med eller etter sykdom gir mange økt mulighet til å fungere bedre i dagliglivet og å kunne bo hjemme. Det er stor enighet om at hverdagsrehabilitering gir store gevinster når det gjelder økt livskvalitet og er samfunnsøkonomisk lønnsomt, likevel er tilbudet for lite utbygd.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 30 mill. kroner til hverdagsrehabilitering utover regjeringens forslag.

Komiteens medlem fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at habilitering/rehabilitering også er et viktig tilbud i eldreomsorgen. Det må bli lettere tilgang til fysioterapi og ergoterapi både i åpen omsorg og på institusjon.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets forslag om en ny tilskuddsordning for å fremme målet om en times aktivitet hver dag på sykehjem, som skal kunne brukes til å få flere fysioterapeuter og ergoterapeuter på sykehjem.

Dette medlem viser videre til Helsedirektoratets utredning av offentlig spesialistgodkjenning fra 2012, der offentlig spesialistgodkjenning anbefales for fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Dette medlem mener offentlig spesialistgodkjenning for disse to gruppene må kunne anses som ferdig utredet, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gi fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi offentlig spesialistgodkjenning innen utgangen av 2016.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener man bør gi større oppmerksomhet til habiliteringsfeltet. Ikke minst er det viktig å styrke tilbudet til barn og unge, slik at de som trenger det kan ha best mulig utbytte og tidlig oppnå mulig forbedring. Det er viktig å fortsette med både utviklingsprosjekter og permanente tilbud til denne gruppen, med særlig fokus på tidlig innsats, kompetanseheving og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Disse medlemmer registrerer at brukerne og deres familier må forholde seg til et komplekst og sammensatt hjelpeapparat. Derfor er det viktig med god samhandling mellom alle berørte instanser i kommunen, og at koordinator er på plass slik at brukere med store behov og deres pårørende sikres tett og samordnet oppfølging.

Disse medlemmer vil peke på at det mange steder gjøres et godt arbeid på habiliteringsfeltet, men at tilbud og oppfølging varierer i for sterk grad.

Rehabilitering i arbeidslivet

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Stortinget nylig har behandlet Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, en melding som setter pasientenes behov i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og som skal følge opp samhandlingsreformen på flere felt i kommunehelsetjenesten. Flertallet viser til at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for habiliterings- og rehabiliteringstjenester til barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne, og at rehabilitering vil være en viktig del av det videre arbeidet med å skape en god primærhelsetjeneste.

Flertallet viser til at god rehabilitering ofte er avgjørende for å kunne mestre egen hverdag, og minner om at vi i Norge er flinke til å redde liv, men ikke like flinke til å hjelpe folk tilbake til å kunne leve verdige liv. Til tross for at det har vært gjentatte tverrpolitiske ønsker over år om å løfte habiliterings- og rehabiliteringsfeltene, opplever vi dessverre fremdeles at mange ikke får den hjelpen de trenger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til sine merknader under kap. 732 Regionale helseforetak, post 79 Raskere tilbake, og vil understreke betydningen av at det legges til rette for et nært samarbeid mellom partene i arbeidslivet og mellom arbeidsplass og ansatte for å få til god rehabilitering. Disse medlemmer vil peke på at psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager er de to viktigste årsakene til sykefravær og uføretrygd. Samtidig viser det seg at med rehabilitering og tilrettelegging kan langvarig sykmelding unngås og den enkeltes arbeidsevne bli aktivisert. Disse medlemmer mener det er viktig å lære av gode, virksomme tiltak for å finne riktige løsninger, og vil særlig vise til det vellykkede rehabiliteringsprosjektet iBedrift, som omtales i disse partienes merknader til dette kapitlet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er derfor tilfreds med at regjeringen nå jobber med en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, i tråd med samarbeidsavtalen. Flertallet ser det også som svært viktig at planen skal bidra til at ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten blir tydeligere, og at den skal ha et klart fokus på at samhandlingen mellom de to må bli bedre.

Flertallet viser videre til at mange kommuner mangler grunnleggende basiskompetanse for å kunne gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud, og at ventetiden er lang hos fysioterapeut, og særlig hos fysioterapeut med spesialisert kompetanse. Flertallet mener derfor det er nødvendig å tydeliggjøre kommunenes plikt til å sikre at kapasiteten er tilstrekkelig, og er glad for at regjeringen skal foreslå å lovfeste kommunal plikt til både fysioterapeut og ergoterapeut.

Flertallet ser frem til at opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering blir lagt frem for Stortinget i løpet av 2016, men vil samtidig poengtere at eksisterende tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke må trappes ned før god og tilstrekkelig kompetanse er bygget opp i kommunene.

Flertallet viser til budsjettforliket mellom de fire partiene hvor det er enighet om at Dødehavsklinikken skal vurderes som behandlingssted av henvisende leger på lik linje som alle andre behandlingsreiser til utlandet. Dødehavsklinikken må tilfredsstille faglige krav, jf. omtale i Prop. 1 S (2015-2016).

Flertallet viser til at det ikke er helt samsvar mellom finansinnstillingen og denne innstillingen, og understreker at det er dette som er gjeldende.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 10 mill. kroner så revmatikere, KOLS-pasienter og andre kronikere kan få støtte til behandlingsreiser til Dødehavsklinikken.

4.16 Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

Det foreslås bevilget 165,1 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 162,1 mill. kroner.

Komiteen viser til at formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Komiteen er derfor tilfreds med at de regionale helseforetakene for å vinne erfaringer innen 1. juni 2016 skal ha etablert en enhet ved DPS for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Komiteen merker seg også at RHF-ene skal sørge for skriftlig avtale med brukerorganisasjonene innen 1. mars 2016 om hvordan et medikamentfritt tilbud skal tilrettelegges, dvs. en rammeavtale for videre lokalt arbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at det er et mål at tjenesten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert

rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienten og fortrinnsvis tilbys nær pasientens bosted. Dette krever gode rutiner for samarbeid med kommunen før, under og etter behandling. Det er nødvendig med en styrking av distriktspsykiatriske sentre (DPS) med en videre utvikling av økt tilgjengelighet og beredskap gjennom døgnet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er imot å overføre DPS til kommuner, slik regjeringen og støttepartiene ønsker. Disse medlemmer mener oppbyggingen av et fungerende og faglig forsvarlig psykiatrisk helsetilbud i spesialisthelsetjenesten er kommet godt i gang, og det er uklokt å bryte utviklingen med dagens ordning. En overføring til kommunene vil ikke bedre samhandlingen, bidra til mer koordinerte tjenester eller bedre ressursutnyttelsen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, minner igjen om at en overføring av DPS til kommunene handler om et prøveprosjekt der de regionale helseforetakene fortsatt skal ha sørge for-ansvaret.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at i Senterpartiets forslag om ny styring av sykehusene vil foretaksmodellen erstattes av en forvaltningsmodell underlagt folkevalgt styring, der staten beholder eierskapet av sykehusene, og der de regionale foretakene erstattes av regionale sykehusstyrer der flertallet av medlemmene er valgt av og blant fylkestingets medlemmer. Disse regionale sykehusstyrene får i en slik modell også ansvaret får DPS-ene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner som representerer personer som tidligere har vært utsatt for tvang innen psykisk helsevern, og som tydelig etterlyser arbeidet med medisinfrie tilbud og bedre aktivitetstilbud i institusjon. Flertallet mener det er viktig at regjeringen følger opp arbeidet med å etablere medisinfrie alternativ innen psykisk helsevern og bedrer aktivitetstilbudet. Flertallet er også opptatt av at regjeringen følger opp arbeidet med å redusere bruken av tvang. Tvang må problematiseres i utdanningsmiljøene og i institusjonene innen psykisk helsevern.

Komiteen viser til at dagens regelverk inneholder flere regelsett som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren, og at Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid med å vurdere dagens tvangsregelverk. Komiteen viser videre til Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015). Styrking av arbeid med redusert og riktig tvang skal videreføres. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan dette bør gjøres når tiltakene i nåværende strategi er fullført. Til nå er 11 av 15 tiltak gjennomført. De øvrige skal sluttføres i løpet av 2016.

4.16.1 Post 1 Driftsutgifter

Komiteen viser til at bevilgningen i denne posten dekker ordinære utgifter til kontrollkommisjonene innen psykisk helsevern. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møte med psykisk helsevern og er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven. Antall klagesaker er økende. I nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) skal kommisjonenes arbeid kvalitetssikres, og mer enhetlig nasjonal praksis oppnås. Det gjenstår ferdigstillelse av opplæringsprogram for kontrollkommisjonenes medlemmer.

4.16.2 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteen viser til at den nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester skal understøtte arbeidet i tjenesten for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Hovedprioriteringen for siste del av strategiperioden er å ferdigstille tiltakene. Videre skal bevilgningen finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og utviklingsarbeid innenfor rusområdet og psykisk helsevern, samt oppfølgingstiltak på andre områder

Komiteen viser til særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbrytere. For å forebygge vedvarende og samfunnsskadelige kriminelle handlinger begått av utilregnelige personer, ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å etablere et pilotprosjekt. Rapport vil foreligge våren 2016.

4.16.3 Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket

Komiteen viser til at bevilgningen bl.a. har dekket utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Fra og med 2016 foreslås det at utgiftene til dette formålet skal dekkes av de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal i det videre dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting fra utlandet av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser.

4.16.4 Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Komiteen viser til at fagenheten for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere er lagt til Helse Midt-Norge. Utgifter til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler mot.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket mellom de fire partiene er enighet om å overføre 10 mill. kroner til kap. 765 post 72 Frivillig arbeid mv. Flertallet foreslår dermed at bevilgningen på kap. 734 post 71 reduseres med 10 mill. kroner.

4.16.5 Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Komiteen viser til prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatrien. For å sikre et tilstrekkelig erfaringsgrunnlag før modellen som er under utprøving, evalueres, forlenges prosjektet til utgangen av 2016.

Komiteen viser til at bevilgninger på denne posten også har gått til forskning og kunnskapsutvikling innenfor rammen av Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015). Det har blant annet blitt gitt tilskudd til å arbeide planmessig med å bidra til å redusere bruk av tvang.

Komiteen viser også til forslaget om en videreføring av forsknings- og fagutviklingsprosjekt i det nyetablerte nasjonale kompetansenettverket innenfor sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse.

Komiteen viser til at tilskudd til Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) og til forsknings- og utviklingsprosjekt knyttet til fysisk aktivitet i rehabilitering av rusavhengige og psykisk syke, foreslås videreført i 2016.

4.17 Kap. 750 Statens legemiddelverk

Det foreslås bevilget 273,9 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 240 mill. kroner.

Komiteen slutter seg til forslaget om å øke bevilgningen med 12,5 mill. kroner til dekning av flyttekostnader, 8 mill. kroner til nytt system for bivirkningsovervåking, 5,6 mill. kroner til implementering av ny forordning om klinisk utprøvning, 4 mill. kroner til registrering av homøopatiske legemidler, og 5 mill. kroner til styrking av arbeidet med vurdering av legemidler i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Komiteen mener målet for legemiddelpolitikken må være riktigst mulig legemiddelbruk, at legemidler skal brukes riktig – både medisinsk og økonomisk – og at pasienter skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne. Komiteen viser ellers til at ev. nye føringer for legemiddelpolitikken vil komme gjennom Stortingets behandling av legemiddelmeldingen i 2016.

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Komiteen viser til at antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er firedoblet de siste ti årene. Antall apotek har i samme periode økt betydelig. Samtidig er forfalskede legemidler blitt en stadig større trussel. Feilbruk av legemidler og uønskede bivirkninger er stadig et stort helseproblem. Videre ser komiteen at det er behov for å overvåke legemiddelforsyning og -distribusjon særskilt for å unngå mangelsituasjoner. Komiteen mener dette viser behovet for et kompetent organ til å forvalte legemiddelpolitikken.

Komiteen mener bedre ressurser og en styrking av gjennomføring av metodevurderinger knyttet til system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, er viktig for å redusere behandlingstiden ved innføring av nye legemidler i spesialisthelsetjenesten.

4.18 Kap. 751 Legemiddeltiltak

Det foreslås bevilget 80,5 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 75,5 mill. kroner.

Komiteen merker seg at bevilgningen til kompetansenettverk for legemidler til barn foreslås videreført med 6 mill. kroner. Komiteen mener tverrfaglig samarbeid om pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering innen dette, er viktig for å sikre god legemiddelbehandling til barn.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til vedtak i Stortinget om å åpne for nettapotek i Norge og ser frem til snarlig realisering av dette tiltaket.

Komiteen ber regjeringen følge utviklingen i antall apotek og ordningen med fraktrefusjon for legemidler i lys av den kommende nettapoteketableringen i Norge.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at netthandel er en naturlig del av hverdagen til svært mange mennesker, og mener det ikke er unaturlig at også apotektjenester kan håndteres slik. Disse medlemmer klarer imidlertid ikke å se at konsekvensene nettapotek vil få for tilgjengelige tjenester i distriktene er utredet godt nok, og er bekymret for at en kan få en situasjon der viktig hjelp blir mindre tilgjengelig enn i dag. Disse medlemmer mener regjeringen har ansvar for å sikre hele befolkningen likeverdig tilgang på legemidler.

Komiteen mener riktig og produsentuavhengig legemiddelinformasjon er viktig. Regionale legemiddelinformasjonssentre (Relis) dekkes gjennom kap. 751 post 70 og er viktige aktører i dette arbeidet; de gir gjennom sin spørsmål- og svartjeneste informasjon om legemiddelbruk, driver bivirkningsovervåkning og svarer på spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler. Komiteen mener det er riktig at dette arbeidet styrkes gjennom å øke bevilgningen med 2,9 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret over økningen i bruk av reseptfrie smertestillende legemidler som ikke kan forklares med økt sykdom. Særlig bekymringsfull er økningen og sannsynlig feilbruk av reseptfrie smertestillende legemidler blant ungdom. Disse medlemmer mener derfor det er svært uheldig når regjeringen har opphevet reklameforbudet mot reseptfrie legemidler i TV. Disse medlemmer viser til Dokument 8:125 S (2014–2015) der det foreslås å gjennomføre en informasjonskampanje som ledd i et holdningsskapende arbeid, særlig rettet mot ungdom, med klare målsettinger om å sikre rett bruk av smertestillende legemidler, å innføre en nasjonal kartlegging av overdoser knyttet til bruk av smertestillende legemidler, å igangsette en faglig uavhengig evaluering av LUA-ordningen og ikke tillate TV-reklame for reseptfrie legemidler.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at eldre over 65 år har det høyeste forbruket av legemidler, mange bruker flere legemidler samtidig og har flere sykdommer. Dette øker risikoen for feilbruk. En doktorgradsstudie i 2012 viste at én av tre på sykehjem var feilmedisinert. Senterpartiet ønsker å styrke kvaliteten i legemiddelhåndteringen i kommunene. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås 15 mill. kroner til legemiddelgjennomgang og styrket farmasøytkompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 5 mill. kroner til Medisinstart, eller oppstartsveiledning.

4.19 Kap. 761 Omsorgstjeneste

Det foreslås bevilget 5 711,1 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 4 599,7 mill. kroner.

Komiteen vil peke på at et hovedmål for omsorgsfeltet er å sikre helhetlige, likeverdige og individuelt tilpassede tjenester. Disse må ha god kvalitet og det må være tilstrekkelig kapasitet så den enkelte får tjenester på riktig omsorgsnivå. Det er et mål at tjenestene skal legge til rette for mestring, selvstendighet og verdighet for pleietrengende. Kommunene har fått en rekke nye oppgaver de siste årene, og det er viktig at kommunene sikres gode rammevilkår som følge av et større ansvar for sine innbyggere, jf. Innst. 212 S (2009–2010) og St.meld. nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen.

Komiteen viser til at den største veksten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de siste årene har vært i hjemmetjenestene.

Komiteen viser til at regjeringen vil etablere en trygghetsstandard for sykehjem, og imøteser at krav til generell bemanning, legedekning og større grad av flerfaglighet inkluderes som en del av dette måleverktøyet, og som følge av oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) og Innst. 40 S (2015–2016).

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Stortinget nylig har behandlet Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meldingen, som fikk bred tilslutning i Stortinget, beskriver regjeringens nye og forsterkede tiltak for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i sykehjem, hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud. Flertallet viser til at regjeringen allerede har styrket investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser og bevilget økte midler til kompetanseutvikling. I tillegg vil regjeringen i samarbeid med KS utarbeide en plan som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns plasser i

sykehjem og omsorgsboliger, etablere en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene, bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre, lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg, utarbeide en ny Demensplan 2020 sammen med brukere og pårørende og etablere et kvalitetsutviklingsarbeid for sykehjem.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti ser behovet for å utrede en bemanningsnorm for antall ansatte og for legedekning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig understreker dette medlem at det er avgjørende å sikre at etableringen av bemanningskrav i institusjonene ikke forårsaker vridninger i bemanningen over til institusjonsbasert pleie, fra en allerede utsatt hjemmetjeneste.

Komiteen viser til at antall legeårsverk i sykehjem lenge har vært for lavt. Det er allikevel positivt at det har skjedd en økning. For få år tilbake fikk eldre i sykehjem i gjennomsnitt bare 18 minutter legetid pr. uke. I dag er dette økt til 29,4 minutter per uke. Økningen har skjedd etter at kommunene ble pålagt å etablere en lokal norm utfra lokale forhold og behov. Komiteen mener etableringen av et eget kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin har vært svært positiv. Dersom kommuner, ev. gjennom interkommunalt samarbeid, ansatte sykehjemsleger i større stillingsbrøker eller i full tid, ville det legge til rette for at flere leger videreutdannet seg innen alders- og sykehjemsmedisin.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre mener at kommunene selv er best egnet til å fordele ressursene på en faglig god måte. Behandlings- og omsorgsbehovet varierer fra person til person og er kontinuerlig i endring. En fast bemanningsnorm vil ikke sikre en rettferdig fordeling av ressursene og gi et likeverdig tilbud som tar utgangspunkt i den enkeltes behov.

Disse medlemmer mener kommunene trenger bedre styringsdata for å gi riktig ressursinnsats, for å være i stand til å prioritere, få kunnskap om utvikling og få effekt av forebygging og behandling. Helsedirektoratet har helt siden 2009 arbeidet med kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg. Regjeringen må prioritere arbeidet med å få frem sentrale kvalitetsindikatorer som tar utgangspunkt i de faglige retningslinjene, som er brukervennlige og som kan gi nyttig informasjon til forbedringsarbeid. Det er uklart om regjeringens forslag til trygghetsstandard bygger på det mandatet som Helsedirektoratet fikk i 2009. All unødvendig rapportering må fjernes. Iplos er et eksempel på et nasjonalt register for de kommunale omsorgstjenestene som kun kan brukes som aggregerte data nasjonalt og ikke som et forbedringsverktøy på institusjonsnivå.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at regjeringen vil innføre kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren, bl.a. basert på bruker- og pårørendeerfaringer. Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenestene. Flertallet viser til at det i dag finnes 13 nasjonale kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse er fire av indikatorene for omsorgssektoren. Flertallet viser til at det er et stort behov for nye indikatorer. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle nye indikatorer og har også fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenesten. Målet er å etablere en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Dette arbeidet skal sees i sammenheng med utvikling av en trygghetsstandard i sykehjem.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at myndighetene i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, varslet en økning i antall legeårsverk i sykehjem med minst 50 prosent frem mot 2010. Den nasjonale målsettingen ble nesten nådd, ettersom antallet legeårsverk økte med om lag 47 prosent i perioden. Disse medlemmer mener at der satsingen var vellykket, skyldtes det blant annet at kommunene i 2007 fikk i oppgave å vedta egne bemanningsnormer, og at Legeforeningen laget forslag til bemanningsnorm som av flere ble brukt som veiledende. Disse medlemmer viser også til at det har fungert godt med egne tilskuddsordninger for å få opp antallet innenfor bestemte faggrupper; tilskudd til ansettelse av psykologer er eksempel på dette. Disse medlemmer er også opptatt av at en eventuell norm ikke i praksis skal fungere som en minimumsnorm og dermed standardisering av tilbud der det kan være gode faglige begrunnelser for ulikheter mellom kommuner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil påpeke at bemanningsnormer nå diskuteres og utredes på flere sentrale felt i kommunene, blant annet i barnehager, skolehelsetjenesten og i eldreomsorgen. Dette medlem mener det er behov for en overordnet debatt om innføring av forpliktende bemanningsnormer på alle felt, og at dette er det virkemiddelet som er nødvendig for å styrke de ulike tjenestene. Dette medlem vil understreke at innfø-

ring av normer forutsetter at kommuneøkonomien styrkes tilsvarende.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 500 mill. kroner for å få på plass flere leger i helse- og omsorgsinstitusjonene i kommunene. Dette medlem viser til at legedekningen må økes for å sikre den enkelte tilstrekkelig tilsyn og oppfølging av lege. Ifølge Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2014) er legedekningen på sykehjem ett legeårsverk per 130 pasienter i gjennomsnitt, mens det i sykehusene er én lege per 1,3 pasienter. Dette til tross for at kommunene tar imot flere pasienter, og det på et stadium hvor de er sykere enn de tidligere var når de ble sendt til hjemkommunen. Pasientene på sykehjem har i gjennomsnitt 5–6 akutte og kroniske sykdommer, og om lag 60 prosent lider av kroniske smerter. 80 prosent av sykehjemsbeboerne har en demenssykdom og har behov for spesiell tilpasning av tilbudet. På grunn av manglende oppfølging og ressurser i kommunen og i den enkelte institusjonen, går mange lenge før de diagnostiseres. Dette medlem påpeker at dette handler om et likeverdig og verdig omsorgstilbud over hele landet. Dette medlem viser til at en slik satsing i praksis kan bety 500 nye stillinger i kommunene. Mange steder vil det kunne bety flere heltidsstillinger på sykehjemmene. Dette medlem påpeker at Legeforeningens forslag til norm for legedekning ligger til grunn for forslaget. Bevilgningen på 500 mill. kroner vil kunne tilrettelegge for å innfri Legeforeningens bemanningsnorm for legedekning ved en opptrapping over 3 år, men med forbehold om at en slik bemanningsnorm ikke er statisk, men må tilpasses de ulike behovene til pasientene i ulike kommuner. Dette medlem viser til at økt legedekning vil kunne sikre jevnlig medikamentgjennomgang, og påpeker at feilmedisinering og overmedisinering er en utfordring som må tas på ramme alvor, særlig i en situasjon hvor sykehjemspasienter har et mer sammensatt sykdomsbilde enn tidligere. Dette medlem viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett, hvor Kristelig Folkeparti ber regjeringen lovfeste medikamentgjennomgang ved alle sykehjem.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket mellom regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre, foreslås at det skal fastsettes regler for medikamentgjennomgang ved alle sykehjem.

Komiteen viser til Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen, som skal behandles i Stortinget i 2016. I denne foreslår regjeringen å forskriftsfeste en plikt for kommunene til å sørge for systematiske legemiddelgjennomganger for pasienter på sykehjemmene de har ansvar for. Komiteen mener dette tydeliggjør at arbeidet med implementering av legemiddelgjennomgang i sykehjem og hjemmetjeneste skal prioriteres. Komiteen viser videre til at det pågår et arbeid i Helsedirektoratet med å utvikle kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor legemidler er et prioritert område.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet styrker kommunesektoren med 6 mrd. kroner i partiets alternative budsjett, og at dette vil gi kommunene betydelig økte muligheter til å prioritere de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett, der det foreslås å bevilge 200 mill. kroner til en tilskuddsordning for sykehjem som lager en plan for én times aktivitet hver dag. Som for barn og ungdom i skolen vil dette medlem foreslå at det settes et mål om at eldre på sykehjem får tilbud om én times aktivitet hver dag, tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. Flere fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører, musikkterapeuter og frivillige er viktig for å realisere en slik satsing.

Senterpartiet vil forebygge feilernæring og feilmedisinering i helse- og omsorgstjenestene og foreslår å gjeninnføre og styrke tilskuddsordningen for mat, måltid og ernæring (20 mill. kroner). Eldre over 65 år har det høyeste forbruket av legemidler, mange bruker flere legemidler samtidig og har flere sykdommer. En doktorgradsstudie i 2012 viste at 1 av 3 på sykehjem var feilmedisinert. Senterpartiet ønsker å styrke kvaliteten i legemiddelhåndteringen i kommunene og foreslår 15 mill. kroner til styrket farmasøytkompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 5 mill. kroner til Medisinstart, eller oppstartsveiledning. Både i forebygging og helsefremmende aktiviteter og i helse- og omsorgstjenesten er frivillige og pårørende avgjørende for lokalsamfunnene. Senterpartiet vil øke støtten til dette arbeidet med 53 mill. kroner utover regjeringens satsing, i dette ligger en økning i støtten til pårørendeprogrammet med 10 mill. kroner. Senterpartiet foreslår i tillegg å bevilge 10 mill. kroner utover regjeringens satsing til den kulturelle spaserstokken.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det er tid for å tenke nytt om kvalitet i omsorgstjenestene. Over år har

mange av tjenestene blitt mer og mer preget av stoppeklokker og overdreven detaljstyring. Det er tid for en grunnleggende tillitsreform for omsorgstjenestene.

Disse medlemmer mener en tillitsreform må bygge på at ansatte kan utvikle gode og fornuftige løsninger for utforming av tjenestene, i samarbeid med brukere og pasienter.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der det innføres tre viktige tiltak for bedre omsorgstjenester og mer kvalitet for våre eldre.

Dette medlem viser til at i Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett foreslås en tillitspott på 100 mill. kroner som kommuner som vil innføre ordninger med tillitsbasert omsorg til beste for våre eldre, kan søke på.

Dette medlem vil videreføre viktig arbeid for å sikre heltid og redusere sykefravær i omsorgen gjennom økt grunnbemanning på sykehjem. Til dette formålet er det satt av 50 mill. kroner i Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett.

Dette medlem mener de aller sykeste som trenger omsorgstjenester i hjemmet, trenger ekstra frihet. Dette medlem mener det er tid for å innføre en ordning med klippekort, der de største brukerne av hjemmetjenester får en halvtime ekstra i uken til fri anvendelse. Det er dette medlems syn at muligheten til en tur i parken, til å gå på kafé en sjelden gang eller bare litt ekstra tid til å ta en prat er avgjørende for et godt liv. Dette medlem mener det er tid for å se at nødvendig omsorg er noe mer enn bare helt grunnleggende hygiene og ernæring; det handler også om god livskvalitet.

4.19.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteen viser til at det foreslås bevilget 134,3 mill. kroner over denne posten. Komiteen viser til at regjeringen viderefører økningen på 10,8 mill. kroner til aktivitet ved seniorsentrene, vedtatt ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2015, jf. Innst. 360 S (2014–2015). Komiteen vil understreke viktigheten av å tilrettelegge for gode møteplasser mellom seniorer og på tvers av generasjoner, og betydningen av å styrke tilbudet om aktivitet og kultur til eldre. Komiteen viser til at seniorsentre og andre lignende tilbud er tiltak som virker helsefremmende og forebyggende. Komiteen understreker viktigheten av å forebygge og bekjempe ensomhet blant eldre, og peker på frivillige og ideelle organisasjoner som viktige bidragsytere i dette arbeidet.

Brukerstyrt personlig assistanse

Komiteen påpeker at det var en viktig milepæl da rettighetsfesting av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA-ordningen) trådte i kraft fra 1. januar 2015. Komiteen viser til innspillet til komiteens høring fra Norges handikapforbund (NHF) som etterlyser rundskrivet om rettighetsfestingen av BPA-ordningen. NHF er bekymret for at kommunene tolker hovedprinsippene i BPA ulikt og at de utarbeider egne retningslinjer som er i strid med regelverket. Blant annet vises det til at studenter har måttet avslutte sin utdanning grunnet manglende assistanse. Komiteen understreker viktigheten av at retten til BPA ikke svekkes i noen kommuner som følge av uriktig tolkning av regelverket. Komiteen støtter kravet fra NHF og ber regjeringen sørge for at rundskrivet sendes til kommunene så raskt som mulig.

Komiteen viser til at ordningen med BPA ble rettighetsfestet fra 1. januar 2015, og at kommunene får styrket sine frie inntekter med 205 mill. kroner i 2016 for å gjøre ordningen tilgjengelig for innbyggere med behov. Komiteen viser videre til stimuleringstilskuddet som ble etablert i 1994. Kompetansetilskuddet skal legge til rette for at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid i omsorgstjenestene ut fra lokale forutsetninger og behov. Det skal prioriteres midler til opplæring knyttet til BPA. Komiteen imøteser også rundskrivet fra Helsedirektoratet som har til formål å gjøre lovbestemmelsen om BPA mer tilgjengelig for brukerne, kommunene og andre som skal anvende lovverket, og bidra til å gi økt rettssikkerhet og god praksis.

Komiteen er bekymret for at uklarhet om tolking av regelverket og utforming av tjenester til mennesker med store hjelpe- og omsorgsbehov, kan føre til at noen ikke får det tilbudet de har krav på. Komiteen vil peke på at brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et viktig verktøy for at slike brukere kan ha en god og aktiv hverdag, ut fra den enkeltes forutsetning. Det er derfor viktig at man følger implementering av tilbudet om BPA i kommunene tett, slik at brukerne sikres et godt og likeverdig tilbud, uavhengig av bosted. Det er etter komiteens mening særlig viktig at reglene som utløser retten til BPA er utformet slik at de forstås riktig. Det er også nødvendig å understreke at personer som trenger hjelp kan få dette i form av BPA, også når man ikke oppfyller rettighetskravene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Bergen kommune ikke ville sørge for BPA-ordning ved utvekslingsopphold i utlandet for studenter, og at det har vært usikkerhet om kommunene

har anledning til dette ut fra et forsvarlighetsprinsipp. Disse medlemmer registrerer at helse- og omsorgsministeren har uttalt til Stortinget at det ikke er noe til hinder for kommunene å tilby BPA ved utvekslingsopphold, men at de ikke har noen plikt til det. Disse medlemmer mener at BPA er svært viktig for å sikre rettferdig tilgang til studier og arbeid, og mener at rundskrivet må slå tydelig fast at BPA ved utvekslingsopphold er innenfor regelverket og ønskelig.

Forebyggende hjemmebesøk for eldre

Komiteen viser til at det skal utvikles nasjonale modeller for forebyggende hjemmebesøk for eldre. Komiteen viser til at hjemmebesøk for eldre kan bidra til at den enkelte får tilpasset egen bolig for å redusere risikoen for fall, og at besøket kan tilrettelegge for at den enkelte får tilbud om andre relevante tiltak som følge av kartleggingen. I kommunene som i dag har hjemmebesøk, har om lag halvparten av de som har fått tilbud om et slikt besøk tatt imot tilbudet. Brukerne selv trekker frem verdien av at det etableres en kontakt med kommunen og at de får tilgang på opplysninger om hvilke tilbud som eksisterer i den enkelte kommune. Komiteen ser hjemmebesøk som et viktig, forebyggende tiltak.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo 25 mill. kroner til forebyggende hjemmebesøk for eldre. Dette medlem viser til at det videre ble foreslått at midlene skulle bevilges gjennom en statlig tilskuddsordning hvor kommunene får dekket 50 prosent av kostnadene forbundet med hjemmebesøkene. Bevilgningen tar derfor høyde for at om lag halvparten av kommunens 75-åringer tar imot tilbudet om hjemmebesøk.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Venstre mener forebyggende hjemmebesøk bør være et tilbud til alle 75-åringer i Norge. Hjemmebesøk kan gi trygghet for den enkelte, forebygge dårlig helse og sikre nødvendig oppfølging. Temaer som kan bli tatt opp er kosthold, aktivitet, sikkerhet i hjemmet og sosialt nettverk. Andre tjenester kan tilbys ut ifra den enkeltes behov. Disse medlemmer påpeker at forebygging av skader og sykdom er avgjørende både for den enkeltes livskvalitet og for å møte den store veksten i antall eldre i årene framover. Over halvparten av alle eldre som fikk tilbud om hjemmebesøk, tok imot besøket.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at eldre som har mottatt hjemmebesøk, trekker frem viktigheten av gode samtaler, og at kontakt med fagperson fra kommunen skapte trygghet.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser videre til Dokument 8:155 S (2010–2011) og Innst. 196 S (2011–2012), hvor partiene Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmet forslag om endring i lov om helsetjenesten i kommunene slik at det innføres tilbud om gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk hos personer over 75 år som ønsker et slikt tiltak. Dette medlem mener tilbud om hjemmebesøk bør lovfestes for å sikre at alle eldre som ønsker et hjemmebesøk, får et slikt tilbud.

Komiteen mener forebyggende hjemmebesøk for eldre er viktig for å fremme helse og mestring gjennom forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Komiteen har merket seg at ca. en fjerdedel av landets kommuner tilbyr slike forebyggende hjemmebesøk, og mener det er positivt at det har vært en markant økning av dette de siste tre årene. Komiteen noterer seg at det er behov for informasjons- og veiledningsmateriell til kommunene, og er fornøyd med at seks utviklingssentre for hjemmetjenester har fått tilskudd til å utvikle verktøy og metodikk, og at det skal utvikles nasjonale modeller for forebyggende hjemmebesøk. Komiteen viser til at arbeidet skal ferdigstilles innen 2015. Komiteen ser frem til at Helsedirektoratet ferdigstiller arbeidet med en veileder for forebyggende hjemmebesøk, og at det utarbeides et rundskriv for forebyggende hjemmebesøk. Komiteen viser til at det er bevilget 2 mill. kroner til arbeidet med forebyggende hjemmebesøk i 2016.

Komiteen viser til at Demensplan 2015 fra 1. januar 2016 erstattes av Demensplan 2020. Det foreslås å bevilge 40,8 mill. kroner til Demensplan 2020 i 2016 over denne posten, for å iverksette en rekke tiltak. Komiteen viser til at antallet personer med demens vil fordobles innen 2040 og at over 80 prosent av sykehjemsbeboere har en demenssykdom. Komiteen støtter utviklingen av en offensiv og helhetlig demensplan som legger vekt på tiltak som kan utsette utviklingen av demenssykdom, tidlig diagnostisering, dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens og tilpassede og skjermede enheter på sykehjem. I tillegg ser komiteen gjerne at det utvikles demenslandsbyer etter modell fra blant annet Nederland.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at bevilgningen til årsaks-

forskning på demens må styrkes de kommende årene.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at partiene i budsjettforliket er enige om å øremerke 20 mill. kroner til forskning på demens over kap. 780 post 50. Dette flertallet viser videre til at regjeringen nylig har lagt frem Demensplan 2020, hvor en er opptatt av å få bedre kunnskap om forekomst av demens. Regjeringen viser i planen til at Norge mangler oppdaterte data for hvor mange som har demens, og at det er viktig å ha gode data for å kunne ha langsiktig planlegging av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Dette flertallet viser til at Demensplan 2020 videreføre øremerkede midler til omsorgsforskning i Forskningsrådet, med bl.a. tjenesteforskning på demens. Videre foreslås det økte midler til forskning, bl.a. til studier om forekomsten av demens.

Komiteen understreker viktigheten av at alvorlig syke og døende får en helhetlig omsorg og kompetent behandling. Da er det viktig at helsearbeidere innen de kommunale helse- og omsorgtjenestene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse innen palliasjonsfaget. Komiteen viser til at bevilgningen til å styrke tiltak som skal gi økt kompetanse knyttet til lindrende behandling og palliasjon, videreføres i budsjettforslaget for 2016, herunder 2 mill. kroner i økt bevilgning til Verdighetssenteret, 1,5 mill. kroner til Ja til lindrende enhet og omsorg for barn og 1,5 mill. kroner til etablering av et videreutdanningstilbud innen barnepalliasjon for helsepersonell.

Komiteen viser videre til Dokument 8:92 S (2014–2015) om livshjelp ved livets slutt og videre til behandlingen av Innst. 379 S (2014–2015), hvor det ble vedtatt å be regjeringen gjennomføre en helhetlig offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, kartlegge behovet for egne ambulante team for barn innen alle helseregioner og utrede muligheten for å sikre avansert hjemmesykehus for barn innen alle helseregioner.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at samhandlingsreformen ikke har ført til bedre samhandling på alle områder. På noen viktige områder har behandlingsforløpet for mange pasienter heller blitt mer fragmentert. Spesielt er disse medlemmer bekymret for konsekvensene for de «skrøpelige» eldre, der mange opplever uverdige forflytninger mellom hjem, sykehjem, sykehus og tilbake. For å unngå en slik utvikling og sikre verdigheten i tilbudet, må kommunehelsetjenesten prioriteres, og en må se kritisk på betalingsplikten og særlig for pasienter i livets siste fase.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter opphører for pasienter som er alvorlig syke og vurdert til å kunne være i livets sluttfase, og erstattes med faglig funderte samarbeidsavtaler om forløp.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av behandlingen av Dokument 8:92 S (2014–2015) og Innst. 379 S (2014–2015) er besluttet å gjennomføre en helhetlig offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, hvor betalingsplikten som også omhandler sårbare pasientgrupper som alvorlig syke og døende, må gjennomgås og evalueres for å sikre et optimalt og tilpasset tilbud for de mest sårbare pasientene.

Flertallet viser til at Telemarksforsking har utarbeidet en rapport for Norsk Sykepleierforbund (TF-rapport nr. 362, 2015) om konsekvenser ved innføring av samhandlingsreformen i 2012. Flertallet mener rapporten bekrefter at kommunene gjennom samhandlingsreformen fikk overført svært komplekse oppgaver og krevende pasientbehandling, før de hadde fått tid til å bygge opp nødvendig kompetanse og organisere tjenestene riktig. Flertallet deler forrige regjerings syn på at samhandlingsreformen er en riktig reform, og at nåværende regjering har levert nye ideer og bedre løsninger for hvordan kommunene skal organisere sine helse- og omsorgstjenester for å møte samhandlingsreformens intensjoner bedre. Flertallet er spesielt opptatt av de mest sårbare og pleietrengende pasientene, og mener regjeringen i Meld. St. 26 (2015–2016) Fremtidens primærhelsetjeneste, tar helt nødvendige grep for å sikre helsehjelp av høy kvalitet, utført av helsepersonell med riktig kompetanse.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det bør ligge gode muligheter for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste rundt alvorlig syke pasienter i livets siste fase, og at kommunenes mulighet til å kunne tilby palliativ pleie i egne institusjoner eller i pasientens hjem styrkes med regjeringens satsinger i primærhelsemeldingen.

Et tredje flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskritts-

partiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er bekymret for at det fortsatt bor mellom 135 og 144 personer med nedsatt funksjonsevne mellom 18 og 49 år på institusjoner beregnet for eldre. Dette flertallet er opptatt av at arbeidet med å øke kompetansen på å unngå bruk av tvang får økt prioritet, samtidig er det viktig at fylkesmennene har en aktiv rolle for å følge opp tvangsvedtak, slik at rettssikkerheten blir ivaretatt og at det føres tilsyn for å avdekke uønsket praksis.

4.19.2 Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Komiteen viser til at Kompetanseløftet 2015 avsluttes i 2015 og etterfølges av Kompetanseløft 2020. Planen skal sikre rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Komiteen viser til at regjeringen foreslår følgende seks strategier i Kompetanseløft 2020:

- sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
- heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Stortinget nylig har vedtatt Meld. St. 26 Primærhelsetjenesten – nærhet og helhet, jf. Innst. 405 S (2015–2016). I behandling av meldingen ga Stortinget sin tilslutning til viktige, nye måter å organisere arbeidet i kommunehelsetjenesten på, for bedre å møte behovene for helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet fremover. Flertallet deler regjeringens syn på at det må arbeides mer helhetlig og koordinert i helsetjenestene. Det er behov for å styrke kompetansen på flere områder, deriblant høyere og bredere utdanning av helse- og sosialfaglig personell. Det er behov for tilstrekkelig og kompetent bemanning som samarbeider mer om pasientene i team. Flertallet støtter at det innføres kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Flertallet viser til at regjeringen ønsker en offensiv satsing på utdanning, økt kompetanse og lederskap for å sikre en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Flertallet mener regjeringens satsing er viktig for å sikre en kommunal helse- og omsorgstjeneste som styrker innsatsen mot skrøpelige pleietrengende både i hjemmebaserte tjenester og i institusjonene.

Komiteen mener at kompetanse er en av bærebjelkene i de fremtidige helse- og omsorgstjenestene. Det er positivt at andelen med høyere utdanning går opp, men komiteen ser med uro på at det forventes en nedgang i antall ungdommer som utdanner seg til helsefagarbeidere. Komiteen ber regjeringen i tett samarbeid med partene i arbeidslivet om å prioritere rekrutteringstiltak for å øke antall fagarbeidere, og ber om at helseforetakene får et større ansvar for å bidra med lærlingeplasser. Dette vil også gi god breddekompetanse som bygger opp under samhandlingsreformen. Komiteen mener kommunene må få en mer målrettet arbeidsgiverpolitikk med vekt på helhetlige kompetanseplaner, mer heltid og bevisst rekruttering. I tillegg til fagarbeidere, er det mangel på spesialsykepleiere, jordmødre, legespesialister, psykologer og farmasøyter. Det er også viktig at kommunene ser muligheten til å bygge opp kompetanse på forebygging og behandling, og tar i bruk rett kompetanse og hele tiden er søkende på å ta i bruk ny metodikk og behandlingsformer.

Komiteen viser blant annet til kliniske ernæringsfysiologer som ressurs for kommunehelsetjenesten. Andelen i befolkningen som har behov som krever ernæringskompetanse, er høy i alle aldergrupper. Hjemmeboende eldre og eldre på institusjon er særlig utsatt for feil- og underernæring. Det er økt behov for kunnskap om kostholdets betydning ved forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser og en rekke levevanesykdommer. Klinisk ernæring er viktig for å få effekt av annen behandling. Riktig ernæringsbehandling er med på å forebygge og utsette sykdomsprogresjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser også til at musikkterapi har fått sterkeste grad av anbefaling i de nasjonale retningslinjer for psykiatri- og rusbehandling. I psykisk helsevern og rus er det stort behov for å ta i bruk ny kunnskap. Norge utdanner få musikkterapeuter, og disse medlemmer er bekymret for at mange pasienter dermed ikke får tilbud om relevant behandling, noe som er i strid med prinsippet om rettferdig og likeverdighet i tilbudet innen offentlig finansierte helsetjenester.

Disse medlemmer mener at utdanningstilbudet i større grad må dimensjoneres og ha et innhold som samsvarer bedre med arbeidsmarkedets behov,

og etterlyser en samlet oversikt over fremtidig utdanningsbehov.

Komiteen viser til at det i 2015 ble bevilget og i 2016 foreslått å bevilge 5 mill. kroner for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Bruk av musikk som terapeutisk metode reduserer aggressiv adferd, reduserer bruk av beroligende medisiner, er uten bivirkninger og bidrar til kvalitet i omsorgen. Komiteen støtter denne satsingen på kompetansehevende tiltak for å bruke musikk og kultur som en integrert, forskningsbasert og kunnskapsbasert del av pleien. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Komiteen viser til at det er Høgskolen i Nord-Trøndelag og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg som er hovedsamarbeidspartnere i utviklingen av opplæringsprogrammet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser også til forslag til tilskuddsordning for aktivitet i sykehjem i Senterpartiets alternative budsjett, der musikkterapeuter også inngår.

4.19.3 Post 61 Vertskommuner

Komiteen viser til at det foreslås bevilget 940,1 mill. kroner til vertskommunene for 2016. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen etter ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede. Som følge av frafall av antall beboere, foreslås bevilgningen redusert med 36,6 mill. kroner for 2016.

4.19.4 Post 62 Dagaktivitetstilbud

Komiteen viser til at det i 2012 ble innført et øremerket stimuleringstilskudd til dagaktivitet for personer med demens. Bevilgningsforslaget for 2016 legger til rette for 1 200 nye plasser i 2016, med en bevilgning på 71,3 mill. kroner. Alle kommuner kan søke om tilskudd, og tilskuddet skal utgjøre om lag 30 prosent av kostnadene for etablering og drift av en dagaktivitetsplass. Komiteen påpeker at ved å etablere dagtilbud for hjemmeboende personer med demens, kan man utsette behov for institusjonsplass i lengre tid. Disse dagtilbudene gir mening i hverdagen og kan også være til avlastning for pårørende.

Komiteen viser til at Stortinget har vedtatt å be regjeringen fremme et lovforslag om lovfesting av en plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til alle hjemmeboende med demenssykdom innen 2020. Komiteen merker seg at Nasjonalforeningen for folkehelsen i sitt innspill til komiteens høring viste til at det statlige tilskuddet til dagaktivitetstilbudet i for liten grad benyttes av den enkelte kommune. Nasjonalforeningen peker videre på nødvendigheten av å øke den statlige medfinansieringen til slike plasser i kommunene fra 30 til 50 prosent, for å sikre en nødvendig opptrapping mot lovfestingen i 2020.

Komiteen er glad for at et samlet storting i Innst. 221 S (2014–2015) har bedt regjeringen lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagaktivitetsplasser innen 2020. Komiteen er opptatt av at tilbud om dagaktiviteter for hjemmeboende pasienter med demens gir økt livskvalitet, virker helsefremmende og utsetter behov for institusjonsplass. Komiteen mener det skaper verdighet for pasienten og bidrar til helt nødvendig avlastning for pårørende.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett ber regjeringen vurdere å endre den statlige andelen av investeringstilskuddet til dagtilbud for personer med demens fra 30 til 50 prosent, for at tilskuddsordningen skal benyttes i større grad, i tråd med intensjonen. Dette medlem påpeker at det er nødvendig å se på sterkere virkemidler for å sikre at et tilstrekkelig antall dagaktivitetstilbudsplasser er på plass innen tilbudet lovfestes.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at tilskuddsordningen er en ny ordning som ble opprettet først i 2012. Flertallet mener årsaken til lav utbyggingstakt under den forrige regjeringen skyldes at den ikke valgte å lovfeste plikten til å levere dette innen en frist. Flertallet er glad for at dette nå vil komme på plass, og at regjeringen har sagt at den vil følge tilskuddsordningen nøye. Videre er det positivt at regjeringen i arbeidet med Demensplan 2020 vil vurdere virkemiddelbruken for å bidra til at alle som trenger det får et dagtilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 har lagt inn en øking til dagaktivitetstilbud til demente på 78,5 mill. kroner og et tilskudd på 4,6 mill. kroner til livsglede og aldring.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen Stoltenberg II i 2012 la fram Demensplan 2015, med øremerking av stimuleringstilskudd til etablering av om lag 2 300 nye dagaktivitetsplasser i kommunene for hjemmeboende personer med demens. Planen innebar en tydelig styrking av innsatsen for personer med demens og deres pårørende. Hovedmålet var at alle kommuner innen 2015 skulle kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens. Disse med-

lemmer støtter at man styrker dette tilbudet ytterligere gjennom lovfesting for å nå målet. Disse medlemmer viser til at etablering av tilbud til demente ikke har den progresjon man må forvente, og at kommunene under nåværende regjering er i en presset økonomisk situasjon. Disse medlemmer mener at dette kan være til hinder for å oppfylle forpliktelsene for denne sårbare gruppen, og legger til grunn at regjeringen følger utviklingen nøye.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at etablering av nye dagaktivitetsplasser har gått for sakte. 22. september 2014 var det 23 000 som hadde behov for plass, mens det er tiltenkt utbygd om lag 1 200 plasser i året. Tilskuddene er over år ikke brukt opp, og dette medlem mener det er et tydelig signal om at tilskuddsordningen må endres. For å øke antallet etableringer prioriterer Senterpartiet i sitt alternative budsjett 70 mill. kroner til endring av finansieringsordningen, slik at det statlige tilskuddet økes til 50 prosent. Hjemmetjenestene og dagaktivitetsplasser er et svært viktig bidrag til at mange kan bo hjemme lenger.

4.19.5 Post 63 Investeringstilskudd og post 64 Kompensasjon renter og avdrag

Komiteen viser til at bevilgningsforslaget til investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsboliger innebærer en tilsagnsramme på 4 100 mill. kroner for 2016. Rammen vil kunne dekke tilskudd til om lag 2 500 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsbolig. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2013–2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014), jf. Innst. 11 S (2013–2014), ble den gjennomsnittlige statlige tilskuddsandelen per enhet økt fra 35 til 50 prosent av den maksimale godkjente anleggskostnaden.

Komiteen merker seg at KS ber om at varianter at omsorgs- og trygghetsboliger bør inkluderes som en del av investeringstilskuddsordningen, og at kommunene som ønsker å bygge varianter av demenslandsby kan gjøre det med utgangspunkt i ordningen.

Komiteen vil påpeke at en samlet helse- og omsorgskomité flere ganger har tatt til orde for at trygghetsboliger bør vurderes lagt inn i Husbankens støtteordninger, og viser i den forbindelse til følgende merknad i Innst. 40 S (2015–2016):

«Komiteen viser til at komiteen i forbindelse med behandlingen av Morgendagens omsorg, Meld. St. 29 (2012–2013), jf. Innst. 477 S (2012–2013), understreket behovet for at tilskuddsordningen også omfatter trygghetsboliger. Komiteen uttrykte dette slik:

'Komiteen ser det som svært viktig at det settes krav om at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres med tilskudd fra Husbanken, blir tilrettelagt i små enheter. Boliger bør plasseres i ordinære bomiljøer for bedre integrering og aktivitetsmuligheter også for personer med demens og kognitiv svikt. Komiteen understreker at det fremdeles vil være behov for utbygging og ombygging av omsorgsboliger og sykehjem, og støtter at dagens ordning i Husbanken videreføres også etter 2015. Komiteen mener det er fornuftig og ønskelig at ordningen vurderes utvidet til å omhandle utbygging av trygghetsboliger og ikke bare tilbud for heldøgns omsorgstjenester.'

Komiteen mener dette behovet fortsatt er til stede.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at trygghetsboliger blir en del av Husbankens tilskuddsordning.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at Pensjonistforbundet ber regjeringen fjerne rabattordningen når brukeren må bo på dobbeltrom til tross for ønske om enkeltrom, da de mener en slik ordning legitimerer bruk av dobbeltrom og fører til en mer utstrakt bruk av dobbeltrom mot brukernes vilje.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, støtter at regjeringen reduserer egenandelen for personer som ufrivillig må dele rom med en annen på langtidsplass i institusjoner. Sykehjemsbeboere betaler en stor andel av bokostnadene selv gjennom egenandel, og flertallet mener derfor det er urimelig at en skal betale det samme om man får eget rom, eller om en blir tvunget til å dele rom med fremmede.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i sitt alternative statsbudsjett foreslår å fjerne denne ordningen.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til regjeringens lille rabatt for de om lag 2 000 eldre som tvinges til å bo sammen med et fremmed menneske på sykehjem. Dette medlem mener rabatten er en uverdig løsning, fordi det gir kommunene mulighet til å kjøpe seg ut av en uverdig behandling av våre eldre for småpenger. Dette medlem mener det må sterkere lut til.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest fremme forslag om å innføre kraftige sanksjoner mot kommuner som tvinger eldre i sykehjem til å bo på dobbeltrom mot sin vilje.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at en individuell rettighetsfesting av sykehjemsplass vil undergrave de eldres eget ønske om å bo hjemme lengst mulig og kommunens mulighet til å vurdere hva som er faglig best for den enkelte.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å legge til rette for en opptrapping mot 600 sengeenheter i kommunene for alvorlig syke og døende, tilpasset deres særskilte behov (palliative senger). Dette innebefatter øremerking av 150 plasser innen eksisterende investeringstilskuddsordning for 2016, og kostnadene for 150 plasser vil beløpe seg til 271 mill. kroner med en tilsagnsramme over 5 år, hvorav 5 prosent vil kunne utbetales i 2016 – altså 14 mill. kroner. Dette medlem viser videre til at Kristelig Folkeparti foreslo å bevilge 16,8 mill. kroner til driftskostnadene som går utover en ordinær sykehjemsplass. Estimater viser at palliative senger har dobbelt så høye driftskostnader, noe som gjør at denne type skjermede enheter er spesielt utsatt i kommuner med en presset økonomi. For å sikre at hospice-plasser blir etablert over hele landet, foreslår Kristelig Folkeparti at det gis tilskudd til driftskostnadene utover det en vanlig sykehjemsplass koster. Dette foreslås bevilget over egen (ny) post. Dette medlem er opptatt av å styrke den helhetlige omsorgen for personer som er alvorlig syke og døende. Tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende som lever sine siste dager i kommunen, har vist seg å være fragmentert, og det er behov for en helhetlig styrking av tilbudet til en sårbar pasientgruppe med krav på en verdig og helhetlig omsorg.

Komiteen viser til Innst. 379 S (2014–2015) hvor en enstemmig komité mente tilbudet til alvorlig syke og døende må styrkes og ba regjeringen om å gjennomføre en helhetlig offentlig utredning (NOU) av palliasjonsfeltet, med bredt sammensatt representasjon fra ulike fagmiljøer, og hvor barnepalliasjon er en del av arbeidet. Flertallet imøteser dette arbeidet med stor interesse.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til regjeringens såkalte rettighetsfesting av sykehjemsplass. Dette medlem viser til regjeringens eget høringsnotat som understreker at denne rettighetsfestingen vil ha liten betydning. Dette medlem mener oppmerksomheten burde vært rettet mot faktisk styrking av eldres rettigheter, og oppfordrer alle partier til å delta i en dugnad for bedre rettigheter, heller enn initiativer som ser ut til å være til mest for å lage politiske utspill. Dette medlem mener likevel det neppe er gode grunner til å være imot endringene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen har sendt på høring en lovfesting av retten til heldøgns pleie og omsorg. Flertallet viser til at dette er en vesentlig styrking av rettighetene til omsorgstrengende, og at regjeringen med forslaget vil forplikte kommunene sterkere enn i dag til å innfri de pliktene de har. Flertallet mener verdighet handler om trygghet for plass i heldøgns pleie og omsorg når slikt behov oppstår. Regjeringens forslag vil tydeliggjøre at alle med omsorgsbehov skal få en vurdering om rett omsorgsnivå som ikke er knyttet til kommunens kapasitet der og da. Gjennom åpenhet om både kriterier for tildeling og ventelister vil dette legge et sterkere press på kommunene.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til regjeringens eget høringsnotat om «rettighetsfesting» av heldøgns pleie og omsorg:

«Forslaget om å presisere gjeldende rett til sykehjemsplass er tydeliggjøring av en plikt kommunene allerede har og vil derfor ikke kreve en utredning av økonomisk kompensasjon for kommunene.»

Videre:

«Departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett.»

Med bakgrunn i dette synes det tydelig at regjeringens forslag bare er pynting av lovverket og ingen realitetsendring. Dette medlem finner det underlig at representanter for regjeringspartiene, og deres samarbeidspartnere, til stadighet omtaler dette som en styrking av rettighetene, når det tydelig ikke er tilfellet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet har merket seg at regjeringen har sendt på høring «Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister». Dette medlem viser til at regjeringen selv oppgir at forslaget om å presisere gjeldende rett til sykehjemsplass er en tydeliggjøring av en plikt kommunene allerede har. Regjeringen opp-

gir videre at den vil bruke erfaringene fra forsøksordningen med statlig finansiering av eldreomsorgen når den skal utarbeide nasjonale kriterier for inntak til heldøgns pleie- og omsorg i flere kommuner. Inntil nasjonale kriterier er på plass, foreslår regjeringen at pasient og bruker gis rett til vedtak om vedkommende oppfyller kommunale kriterier for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig. Kommunen skal i forskrift fastsette kriterier ut fra lokale behov og tjenestetilbud. Kommunen skal føre lister over brukere og pasienter som venter på langtidsplass. Kommunens forskrift skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp personer som står på venteliste.

Dette medlem vil presisere at det som er nytt i dette forlaget i hovedsak er standardiseringen gjennom nasjonale kriterier. Dette medlem registrerer at regjeringen oppgir at nasjonale kriterier kan innføres uten statlig finansiering av eldreomsorgen, og ikke nevner hvorvidt det er egnet for stykkprisfinansiering. Dette medlem mener likevel at forslaget kan egne seg i et system for statlig finansiering og stykkprisfinansiering. Dette medlem er imot statlig finansiering og stykkprisfinansiering av eldreomsorgen, og kritisk til for stor grad av standardisering fordi det svekker den lokale handlefriheten og kan føre til innstramming i gjeldende praksis så vel som det motsatte. Kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten vil fortsatt avhenge av hvilke ressurser som tilføres sektoren. Dette medlem er imidlertid positiv til at kommunene selv i forskrift kan fastsette kriterier ut fra lokale behov og tjenestetilbud, og skal føre ventelister over brukere og pasienter som venter på langtidsplass.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket var enighet om å foreslå å styrke denne posten med 13 mill. kroner. Flertallet foreslår imidlertid at kap. 761 post 71 økes med 3 mill. kroner og at kap. 765 post 72 økes med 10 mill. kroner. Se til de henviste postene for nærmere omtale.

4.19.6 Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Komiteen merker seg at det for 2015 er satt i gang et utredningsarbeid for å starte et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene og at forsøket vil igangsettes i 2016 og løpe over tre år. Det foreslås bevilget 156 mill. kroner i inntektspåslaget til deltakende kommuner i forsøket i 2016. Forsøket skal omfatte to ulike modeller – modell A og B.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet er prinsipielt uenig i den retningen som tegnes opp i forsøket med statlig finansiering av eldreomsorgen, som innebærer statlig fjernstyring og instruksjonsmyndighet overfor kommunene. Man kjenner forholdene best lokalt, og disse medlemmer vil verne om kommunalt selvstyre og rammefinansiering av kommunesektoren. Trekker man ut alle midler til pleie og omsorg til alle kommuner, ville kommunene i realiteten blitt fratatt en betydelig del av sitt virke og økonomiske handlingsrom.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at forsøket etter modell A bør avlyses, og at midlene bør brukes til annet kvalitetsarbeid i kommunene.

Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett og omdisponering av 78 mill. kroner fra denne posten til kap. 769 Utredningsvirksomhet, post 70 Tilskudd.

Disse medlemmer mener at pilotering er et godt virkemiddel for omstilling og innovasjon innen helse. Derfor ønsker disse medlemmer å støtte forsøket med modell B, der det gjøres forsøk med et øremerket sektortilskudd til kommunene, der kommunene selv står for både tildeling, tilbud og produksjon av tjenester. Dersom dette følges av ekstra kvalitetsarbeid rundt innhold, kvalitet og kompetanse i samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS, fagorganisasjonene og de deltakende kommunene, kan det høstes erfaringer av dette arbeidet som kan være interessante for Stortinget.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet er imot forsøksordning med statlig finansiering av eldreomsorgen og å utvide denne. Senterpartiet prioriterer derfor ikke 171 mill. kroner (post 21 og post 65) til dette i sitt alternative budsjett. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil prioritere ressursene inn mot økt kvalitet, innhold og aktivitet i helse- og omsorgstjenestene. Statlig finansiering av eldreomsorgen vil være en fordyrende byråkratisk og sentralistisk innretning på en tjeneste som forvaltes best lokalt. Dette medlem mener det er få tjenester i Norge som er så lokalt forankret som eldreomsorgen, der kommunen, frivillige og pårørende samspiller ut fra lokale behov og tradisjoner.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at 156 mill. kroner er en pengesum som burde vært benyttet til bedre kvalitet i hele omsorgstjenesten, i stedet for bare i noen få utvalgte kommuner. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der kvalitet

og rettighetsarbeidet i omsorgstjenestene styrkes, i stedet for forsøksprosjekter for noen få kommuner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen ønsker å gjøre forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Disse medlemmer vil fremheve at hensikten er å se om statlig finansiering vil bidra til økt kvalitet, mer likeverdige tjenester over landet og riktigere behovsdekning. Det tas sikte på at forsøket skal settes i gang fra 1. mai 2016 med to modeller, og vil løpe over 3 år. Disse medlemmer viser videre til at det er kommunene selv som søker om å delta i forsøket.

4.19.7 Post 67 Utviklingstiltak

Bevilgningen skal gå til ulike kompetansehevende tiltak, herunder utvikling og spredning av kunnskap, og skal videre bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger. Komiteen viser til at det foreslås bevilget 67,9 mill. kroner over posten for 2016, herunder bevilgninger til utviklingssykehjemmene, kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Komiteen mener det er nødvendig med kompetansehevende tiltak i kommunene for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, og viser til at denne delen av tjenestetilbudet er fragmentert, noe som gjør en allerede sårbar pasientgruppe ytterligere utsatt.

4.19.8 Post 68 Kompetanse og innovasjon

Komiteen viser til at det foreslås å bevilge 336,9 mill. kroner over posten for 2016. Komiteen viser videre til at det foreslås en økning av bevilgningen på 20,7 mill. kroner til grunn-, videre- og etteruddanning i kommunene. Det totale kompetanse- og innovasjonstilskuddet skal styrke kommunenes evne og mulighet til å sette i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid. Komiteen vil påpeke viktigheten av å utvikle en omsorgstjeneste som sikrer likeverdige tjenester i kommunene, og som tilrettelegger for individuell tilpasning ut fra lokale forutsetninger og behov.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet har fått tilbakemelding fra kommuner om at de beste verktøy for å få endret praksis, er å delta i pilotprosjekt og statlig insentivtilskudd. Vi vet at innovative teknologiske løsninger er tilgjengelige, men tas ikke i bruk. Det samme gjelder ny anbefalt metodikk som musikkterapi. Det gjennomføres en del vellykkede pilotprosjekt, men utrulling av erfaringer mangler. Det er etterlyst en statlig ordning som insentiv til implementering og større kraft i omstillingen av helse- og omsorgssektoren. En slik insentivordning må også omfatte tjenesteinnovasjon.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets alternative budsjett, der det foreslås å innføre en tilskuddsordning på 200 mill. kroner for en times aktivitet hver dag i sykehjem. Flere fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører, musikkterapeuter og frivillige er viktig for å realisere en slik satsing.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringens målsetting med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, er å bygge en faglig sterk og robust helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Stortinget har gitt sin tilslutning til at det skal arbeides mer i flerfaglige team, både i primærhelseteam og i oppfølgingsteam. Flertallet viser til at da stortingsflertallet vedtok at regjeringen skulle innføre kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, var det nettopp fordi det er ønskelig at fysioterapeuter og ergoterapeuter og andre helsepersonellgrupper skal delta inn i teamarbeidet rundt pasientene. Når flere helsepersonellgrupper arbeider i team, sikres pasientene en helhetlig medisinsk oppfølgning og pleie hvor aktivitet og riktig ernæring er en naturlig del av omsorgen. I stedet for at Stortinget skal vedta en times aktivitet for pasienter på sykehjem hver dag, har flertallet full tillit til at helsepersonell i kommunene tilrettelegger for tilpasset aktivitet som en del av pleie- og omsorgstjenestene.

4.19.9 Post 71 Frivillig arbeid

Komiteen vil anerkjenne det viktige arbeidet frivillige organisasjoner gjør på omsorgsfeltet. Det er foreslått 13,1 mill. kroner over posten for 2016, for å støtte organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid, herunder 3 mill. kroner til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen.

Komiteens flertall, medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at det som følge av budsjettforliket er enighet om å foreslå å bevilge 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid. Likepersoner besøker personer som nettopp har mistet synet, gir råd, motivasjon og oppfølging for å starte rehabiliteringsløp. Flertallet foreslår dermed at kap. 761 post 71 økes med 3 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alterna-

tive statsbudsjett har funnet rom for en økning på 3 mill. kroner på kapittel 761 post 71 til frivillig arbeid.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der bevilgningen til besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen dobles til 6 mill. kroner. Ensomhet er blant den eldre befolkningens største helseutfordringer, og besøks- og aktivitetsvenner fører til mindre ensomhet, samtidig som vi vet at det er behov for flere besøk. Det er behov for flere rehabiliteringskontakter i regi av Norges Blindeforbund, og Senterpartiet prioriterer i partiets alternative budsjett 3 mill. kroner til dette arbeidet, samt 1,3 mill. kroner til synsregister, utover regjeringens forslag. Senterpartiet foreslår også 3 mill. kroner til hørselshjelpordningen utover regjeringens forslag. Disse ordningene er svært viktige for at syns- og hørselshemmede skal gis praktisk opplæring og veiledning i mestring av hverdagslivet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er på høy tid å styrke arbeidet for menneskerettigheter og grunnleggende rettigheter for våre eldre. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der det foreslås en pott med tilskuddsmidler for menneskerettigheter i eldreomsorgen på 10 mill. kroner.

4.19.10 Post 72 Landsbystiftelsen

Komiteen viser til at Camphill Landsbystiftelse får bevilget midler som skal bidra til drift av stiftelsens institusjoner. For 2016 utgjør denne summen 74,6 mill. kroner. Stiftelsen tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov.

4.19.11 Post 73 Særlige omsorgsbehov

Komiteen viser til at bevilgningen på 22,9 mill. kroner for 2016 skal dekke utgifter til drift av en spesialisert fagavdeling ved stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og jødisk bo- og servicesenter.

4.19.12 Post 75 Andre kompetansetiltak og post 79 andre tilskudd

Komiteen viser til at det foreslås bevilget 11 mill. kroner og 100,9 mill. kroner over henholdsvis post 75 og 79. Formålet med førstnevnte bevilgning er å forbedre omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Herunder foreslås det å videreføre bevilgningen på 5 mill. kroner til Fagnettverket Huntington i 2016.

Komiteen viser til at det foreslås å flytte 87 mill. kroner fra post 21 for å sikre mer samsvar mellom budsjett og regnskap mellom postene. Bevilgningen skal dekke tilskudd knyttet til formålet med kapitlet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener god mobilitet representerer frihet for den enkelte og mulighet for å leve aktive og meningsfulle liv som fremmer mestring og helse.

Mennesker med særlige behov kan få assistanse til å komme seg ut ved hjelp av tilrettelagt transport. Disse medlemmer vil vise til prøveordning i tre fylker med utvidet TT-tilbud, innført av den rødgrønne regjeringen. Prøveordningen har gitt gode resultater. Disse medlemmer er imot at regjeringen nå avvikler ordningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til disse partiers alternative budsjett og går inn for at ordningen videreføres og på sikt innføres i hele landet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til budsjettforliket i kap. 1330 post 60, hvor det er enighet om en forsterket TT-ordning for brukere med særlige behov, bevilget med 22 mill. kroner med halvårsvirkning.

4.20 Kap. 762 Primærhelsetjeneste

Det foreslås bevilget 527,5 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 1 064,8 mill. kroner.

Det foreslås flyttet midler til andre kapitler, blant annet er bevilgningen redusert med 603,3 mill. kroner knyttet til overføring av midler til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp til kommunenes rammetilskudd.

Komiteen vil peke på betydningen av å satse på gode helsetilbud der folk bor og lever sine liv. Rask tilgang på rett helsehjelp kan forebygge og hindre at sykdom utvikler seg. Det forebyggende arbeidet skjer hovedsakelig på andre områder enn helse. Det er i barnehage, skole, arbeid, hjem og fritidsaktiviteter at helsen påvirkes mest med betydning for aktivitet, kosthold, meningsfullt livsinnhold og sosiale nettverk.

Komiteen har ved behandling av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, jf. Innst. 40 S (2015–2016), fremhevet behovet for mer helhetlige tjenester, større brukerinvolvering, økt kompetanse og styrket lederskap. Det er behov for en mer aktiv, befolkningsrettet og systematisk tilnær-

ming for å fordele ressursene i tråd med behovene, og motvirke sosial ulikhet.

Komiteen merker seg at flere brukere med mer komplekse behov får konsekvenser for kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er stort behov for innovasjon og utvikling og det stilles store krav til ledelse og ledere. Komiteen mener at det er et betydelig behov for å styrke lederkompetanse med solid helse- og sosialkompetanse for å sette oss i stand til å møte morgendagens utfordring innen primærhelse. En klar forutsetning for god ledelse er bedre tilgang på styringsdata om tjenestenes innhold, aktivitet og resultater. Arbeidet med å utvikle et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), kombinert med lokalt kvalitetsarbeid og forskning, må prioriteres. Teknologi er en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Med rett bruk vil det bidra til å bedre kvaliteten, gi økt pasientsikkerhet og økt trygghet til brukere og pårørende. Komiteen mener det er helt avgjørende å modernisere IKT-plattformen, slik at nødvendige helseopplysninger følger innbyggerne, at rapporteringssystemene effektiviseres og kan benyttes mer direkte i utviklingsarbeid, og at det tilrettelegges for mer innovasjon med aktiv involvering av kommunehelsetjeneste og innkjøpsprosesser.

Komiteen viser til den brede politiske viljen til å styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og med psykiske helseutfordringer. Det er behov for bedre lavterskeltilbud, mer helhetlige behandlingstilbud, reell brukerinvolvering, økt kompetanse og bedre sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og det helhetlige ansvaret til kommunene.

Komiteen ser frem til behandling av opptrappingsplanen for rusfeltet, jf. Prop. 15 S (2015–2016).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til vedtak nr. 506 (2013–2014), 17. juni 2014, der Stortinget ber regjeringen utrede en opptrappingsplan for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge. Disse medlemmer vil påpeke at Stortingets forslag ble omtalt i mediene som at det nå skal komme en opptrappingsplan for psykisk helse. Disse medlemmer registrerer at regjeringen i proposisjonen skriver at dette anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har fremmet primærhelsemeldingen, styrket helsestasjon- og skolehelsetjenesten og innført krav til psykologkompetanse i kommunene fra år 2020. Disse medlemmer mener at regjeringen ikke har fulgt opp anmodningsvedtaket på en god måte og ikke utredet en opptrappingsplan for førstelinjen innen psykiske helsetjenester, slik Stortinget vedtok.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremlegge en opptrappingsplan for psykisk helsearbeid i kommunene med særlig prioritering av barn og unge.»

Komiteen ser at mange i dag ikke får den habilitering og rehabilitering som de har behov for, og som for mange vil gi langt bedre livskvalitet, mestring av daglige gjøremål og mulighet til å være aktive samfunnsborgere. Det vises til at behov ofte ikke blir kartlagt og vurdert, og at dette har med kompetanse, ledelse, ressurser, holdninger og kultur i tjenestene å gjøre. Komiteen ser frem til regjeringens varslede opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Komiteen mener at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Å avdekke vold og overgrep er et ansvar for alle, men personell som jobber med eller møter barn daglig har et særlig ansvar. Arbeidet med å utvikle helse- og omsorgstjenestene på dette området vil bli forsterket og ansvaret bli tydeliggjort i lov. Fra 2016 vil spesialisthelsetjenesten få hovedansvaret for tilbudet til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep, samtidig som noen av de eksisterende kommunale overgrepsmottakene videreføres gjennom avtale mellom helseforetak og disse kommunene. Legevakttjenesten vil fortsatt ta hånd om de fleste som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, og helsetjenesten skal fortsatt utføre rettsmedisinske undersøkelser som bistand til politiets arbeid der forholdet er anmeldt.

Komiteen mener at det høye antall asylsøkere utfordrer det kommunale helsetilbudet, og at det er behov for effektive smitteverntiltak.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det også må vurderes om kommunene trenger ekstra ressurser for å ivareta prekære helsebehov, og spesielt asylsøkere med alvorlige psykiske lidelser.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringen i for liten grad har tatt innover seg det økte behovet for helse- og omsorgstjenester som følge av at det kommer flere flyktninger og asylsøkere til Norge. Dette medlem mener kommunene bør settes i stand til å utføre de oppgavene som de har ansvaret for, og som situasjonen krever. Dette medlem viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett foreslår til sammen 1,9 mrd. kroner til integreringstiltak og bosetting, herunder helsehjelp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1 hvor regjeringen oppdaterte anslagene for asylankomster i 2016 og økte som følge av dette tilskuddet under flere poster, blant annet for å møte økt bosettingsbehov i kommunene. Flertallet viser videre til økte ankomster av enslige mindreårige asylsøkere og er tilfreds med at regjeringen øker engangstilskuddet for bosetting per enslige mindreårige med 100 000 kroner, samt at det foreslås et særskilt tilskudd på 207 000 kroner i Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1. Dette kommer i tillegg til det ordinære integreringstilskuddet.

Flertallet viser til at integreringstilskuddet skal gi en rimelig dekning av de gjennomsnittlige merutgiftene kommunene har ved bosetting og integreringstiltak, og at denne posten er foreslått økt med 441 mill. kroner i Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1 i forhold til Gul bok 2016. Videre viser flertallet til at Beregningsutvalget har beregnet at dekningsgraden for integreringstilskuddet er seks prosentpoeng høyere for 2015 enn for 2013, noe flertallet mener er positivt. Flertallet viser til at vertskommunetilskuddet er kompensasjon for kommunens utgifter til helse, barnevern, tolk og administrasjon i forbindelse med mottak i kommunen. Flertallet er tilfreds med at regjeringen i Prop. 1 S (2015–2016) Tillegg 1 foreslår å øke både grunnsatsen for kommuner med asylmottak og årssatsen per plass i ordinære mottak. Samlet foreslås tilskudd til vertskommuner med asylmottak med 324 mill. kroner for 2016.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til merknader under kap. 732 og påpeker at overgrepsmottakene er overført til helseforetakene uten at beregnede kostnader på 75 mill. kroner er kompensert.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at de ideelle virksomhetene er en viktig og integrert del av velferdstjenestene. De ideelle representerer viktige verdier og har et samfunnsnyttig formål. De ideelle virksomhetene er en viktig bro mellom myndighetene, frivillige og sivilsamfunnet. I Norge har ideelle virksomheter blant annet vært sikret å kunne drive helse- og sosialtjenester gjennom likeverdige og rettferdige konkurransevilkår og skjermede anbudsrunder. EUs anskaffelsesdirektiv skal tre i kraft i Norge i løpet av 2016. Dette medlem understreker at Senterpartiet er imot å innføre dette direktivet i norsk rett, og er særlig bekymret for den potensielle favoriseringen av privat kommersiell drift framfor privat ideell drift som kan oppstå. Dette medlem registrerer at regjeringspartiene bruker anskaffelsesdirektivet som argument for at kommuner ikke kan velge å samarbeide med private ideelle framfor private kommersielle, eksempelvis i Bergen. Samtidig registrerer dette medlem at Sejerstedutredningen fremmer forslag med formål om å sikre gode ideelle tilbydere vilkår det er mulig å drive under, også etter at direktivet implementeres i norsk rett. Dette medlem mener regjeringen må utforme et norsk lovverk som sikrer at ideelle kan utgjøre et betydelig innslag på helse- og velferdsområdet, og som sikrer likeverdige og kvalitetsbaserte konkurransevilkår.

4.20.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil understreke at vi har store utfordringer med behandling og forebygging av diabetes, og at dette er et arbeid som vil få økt oppmerksomhet i arbeidet med en diabetesplan. Flertallet viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Flertallet foreslår å bevilge 2 mill. kroner for å starte arbeidet med en diabetesplan i 2016, og foreslår at kap. 762 post 21 økes med 2 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for en økning på 2 mill. kroner for å starte arbeidet med en diabetesplan 2016.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at det i forbindelse med behandlingen av Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014–2015)), vil bli utarbeidet en diabetesplan. Dette medlem mener en slik plan må inneholde pakkeforløp for diabetes. Dette medlem mener dette er et viktig arbeid for å standardisere og strukturere diabetesbehandlingen bedre, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås at det bevilges 10 mill. kroner for å starte dette arbeidet i 2016.

4.20.2 Post 60 Forebyggende helsetjenester

HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Komiteen er opptatt av tidlig innsats, og for barn og unge er lett tilgjengelighet viktig. Stortinget har derfor økt støtten til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 180 mill. kroner i 2014, 270 mill. kroner i 2015 og det er foreslått ytterligere økning på 200 mill. kroner i 2016. Komiteen ber regjeringen følge nøye med på at midlene går til å styrke formålet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, foreslår at kap. 762 post 60 samlet økes med 105 mill. kroner. De ulike elementene i dette forslaget er omtalt under.

Flertallet viser til at tall fra KOSTRA viste at årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert leger og fysioterapeuter, har økt med 112 årsverk eller 2,6 prosent fra 2013. Økningen er størst for helsesøstre med 157 årsverk (7,2 prosent). Det tyder på at satsingen på tjenestene har gitt resultater. I 2013 var det en nedgang på 9 årsverk i tjenesten. I 2014 ble det bevilget 180 mill. kroner til kommunene for å styrke denne tjenesten. For inneværende år var den tilsvarende styrkingen på 270 mill. kroner. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er foreslått styrket med 200 mill. kroner over kommunenes frie inntekter i 2016. Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skoler med store levekårsutfordringer i 2016.

Flertallet viser til at siste oppdaterte tall for utviklingen i helsesøsterårsverk 2010–2014 viser 441 årsverk (KOSTRA-tall oktober 2015).

Flertallet, viser til at det som følge av budsjettforliket er enighet om å foreslå å bevilge 100 mill. kroner til en øremerket tilskuddsordning som kommunene kan søke på, for å øke bemanningen i disse tjenestene. Flertallet, ønsker at kommunene som satser på helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bli belønnet. De øremerkede tilskuddene kommer på toppen av de frie inntektene i kommunen. Til sammen utgjør dette en satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenestene på 300 mill. kroner for 2016.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremhever skolehelsetjenestens unike mulighet til å treffe barn og unge på deres arena, og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig. Skolehelsetjenesten har en viktig oppgave med å jobbe helsefremmende og forebyggende for barn og unge. Mange barn og unge kunne fått hjelp på et tidligere tidspunkt i problemutviklingen hvis skolehelsetjenesten hadde vært mer tilgjengelig og med rett kompetanse. Helsedirektoratet mente i 2010 at det var behov for 800 helsesøstre for at skolehelsetjenestene kom opp på et faglig godt nivå. Disse medlemmer har merket seg at nye KOSTRA-tall viser en økning på 441 fra 2010 til 2014, men med økningen for 2016 ville det gitt mulighet til ca. 700 stillinger. Vi vet at tidlig innsats er spesielt viktig for barns helse, og at helse påvirker muligheten til å fullføre videregående opplæring.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2016 legge frem en forpliktende opptrappingsplan for skolehelsetjenesten.»

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Venstre, har merket seg at Stiftelsen Sex og samfunn er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse som driver utstrakt klinisk virksomhet, undervisnings- og formidlingsarbeid, herunder utvikling av den nasjonale Metodeboka. Hovedmålgruppene for deres arbeid er helsepersonell og unge fra hele landet. Flertallet har videre merket seg at senteret driver opplæring av studenter innenfor helsefag ved alle landets utdanningsinstitusjoner, har en egen hospiteringsordning for helsepersonell og tilbyr kursing i et bredt utvalg temaer. Ved klinikken i Oslo utføres om lag 18 000 pasientkonsultasjoner årlig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at spiseforstyrrelse og fedme er økende, og det etterlyses bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og helsesøster.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti mener derfor at midlene til skolehelsetjeneste må øremerkes i en oppbyggingsfase.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at helsestasjon- og skolehelsetjenesten møter stadig flere barn og ungdommer som trenger oppfølging. Disse medlemmer viser til behovet for en opptrappingsplan for psykisk helse i kommunene og satsing på en sunn kommuneøkonomi, og at disse satsingene ville sette kommunene i god stand til å ruste opp helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Jordmordekningen i mange kommuner er for lav til å sikre god oppfyllelse av de nasjonale retningslinjene for oppfølging av gravide og kvinner i barsel. Disse medlemmer viser til representantforslag om å styrke jordmortjenesten i norske kommuner, Dokument 8:112 S (2014–2015), jf. Innst. 39 S (2015–2016), der Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Miljøpartiet De Grønne stemte imot å be regjeringen komme tilbake med forslag til tiltak som kan bedre kvaliteten og øke kapasiteten i jordmortjenesten i kommunene. Kun Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti stemte for forsla-

gene om å be regjeringen fremme sak om å endre finansieringsordningen for jordmortjenesten, å sikre at utdanningskapasiteten for jordmødre samsvarer med målene Stortinget har satt for jordmortjenesten, og om å utarbeide en strategi for økt bruk av heltidsstillinger i den kommunale jordmortjenesten. Disse medlemmer mener det må en helt annen vilje fra Stortinget til om vi skal få til et taktskifte i den kommunale jordmortjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at Diabetesforbundet opplever uklare ansvarslinjer og utfordringer med å få skoler og barnehage til å hjelpe med legemiddelhåndtering til barn med diabetes.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for et system som sikrer klare ansvarsforhold, opplæring og god legemiddelhåndtering for barn med diabetes i barnehager og skoler.»

Komiteen viser til at det er mange barn som lever med helseutfordringer som krever medisinering i løpet av en barnehage- eller skoledag. Komiteen viser til at regjeringen har fremmet en egen legemiddelmelding. Riktig og trygg bruk av legemidler er et viktig tema i denne meldingen, og komiteen ønsker derfor å ta opp dette temaet i forbindelse med komiteens behandling av denne.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett hvor det foreslås å bevilge 500 mill. kroner til helsestasjonene og skolehelsetjenesten, hvorav 150 mill. kroner utgjør friske midler og hvor 350 mill. kroner øremerkes fra kommunerammen. Satsingen i sin helhet må øremerkes til dette formålet. Dette medlem ønsker en kvalitetsnorm for bemanning av skolehelsetjenesten for å sikre at barn og unge får hjelpen når den trengs. Dette medlem påpeker at det mangler rundt 1 000 stillinger for å nå Helsedirektoratets norm for tjenesten, og dette medlem mener at midlene må øremerkes i en opptrappingsperiode for å få tjenesten opp på et forsvarlig nivå. Dette medlem viser videre til at helseministeren i fjor påpekte at han ville vurdere sterkere virkemidler om fjorårets bevilgning gitt over rammen ikke ble benyttet til å styrke skolehelsetjenesten. Fjorårets bevilgning la til rette for rundt 300 nye helsesøsterstillinger, men tall fra SSB/KOSTRA viser at det kun er 112 nye helsesøsterårsverk i tjenesten som følge av satsingen. Dette medlem viser til at en enstemmig justiskomité i forbindelse med behandlingen av representantforslaget fra Kristelig Folkeparti om å bekjempe vold mot barn, jf. Innst 315 S (2014–2015), ba regjeringen utrede en bemanningsnorm for skolehelsetjenesten. Dette medlem understreker at kommunene med dagens bemanningssituasjon i skolehelsetjenesten vil kunne ha store utfordringer med å oppfylle en slik norm. Dette medlem ber derfor regjeringen starte en systematisk opptrapping med øremerkede midler nå. Dette medlem påpeker at skolehelsetjenesten ikke kan kalles et lavterskeltilbud om tjenesten ikke er tilgjengelig for elevene.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at det – nok en gang – er klart og tydelig at pengene som «settes av» til skolehelsetjeneste og helsestasjoner ikke går til formålet. Dette er ganske enkelt ikke godt nok. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der midler nok en gang foreslås styrket og øremerket. Dette medlem mener regjeringen bør slutte å markedsføre styrking av helsestasjonene, når virkeligheten så tydelig viser det motsatte. Dette medlem mener alle partier som faktisk ønsker å styrke helsestasjoner og skolehelsetjenesten, må støtte en øremerking, og oppfordrer til bred enighet om dette for 2016.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil minne om at det gjennom regjeringens økte satsing på helsestasjoner og skolehelsetjeneste har vært en betydelig vekst den siste tiden, og at det er store variasjoner i hvor mye den enkelte kommune satser på dette. Det vil derfor etter flertallets syn være et totalt feil signal å sende nå dersom man skulle premiere dem som ikke har fulgt regjeringens klare føringer, og dermed samtidig straffe dem som har styrket tjenesten. Flertallet mener Sosialistisk Venstreparti i stedet bør oppfordre sine egne lokalpolitikere til å følge opp dette viktige arbeidet.

Friskliv og mestring av sykdom

Komiteen viser til at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandring i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. Dette gjelder særlig ved kroniske sykdommer. Regjeringen har etablert en tilskuddsordning med formål å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under målene i samhandlingsre-

formen og NCD-strategien om å fremme fysisk og psykisk helse, forebygge sykdom, bidra til sykdomsmestring samt legge til rette for en bedre ressursutnyttelse av samlet innsats i helse- og omsorgstjenesten. Brukerinvolvering skal vektlegges.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at flertallspartiene i budsjettet for 2015 slo sammen tilskuddsordningene til friskliv, læring og mestring av sykdom til én tilskuddsordning og samtidig reduserte de samlede tilskuddsbeløpene til forebyggende helsetjenester, herunder frisklivs- og mestringssentralene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett, hvor det ble foreslått å øremerke 3 mill. kroner til likemannsarbeid i regi av Blindeforbundet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre mener det er avgjørende å anerkjenne sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse. Det betyr at konkrete tiltak som i utgangspunktet fremmer fysisk aktivitet, også har en psykisk dimensjon. Trening og fellesskap som etableres på eksempelvis «Frisklivshus» har en fysisk så vel som psykisk helsegevinst. Disse medlemmer ønsker at frisklivssentralene skal videreutvikles for å fremme fysisk og psykisk helse, forebygge og mestre sykdom. Noe av utfordringen i dag er at frisklivstilbudet er dårlig organisert, og det er lite samhandling mellom dem som jobber med folkehelse i kommunene. Dette gjelder både kommunenes helsetilbud, frivilligheten og private aktører. Dårlig kjennskap til hverandres tilbud/kompetanse og lite kunnskap om hvordan man kan samarbeide, fører til at alle jobber på hver sin «tue», ofte med liknende tilbud rettet mot samme målgruppe. Dette gjør at folkehelsearbeidet i kommunene blir fragmentert og dermed har mindre effekt og når færre mennesker. For å gi en gjennomføringskraft til frisklivssentraler i årene framover mener disse medlemmer at det er viktig å samle flere aktører til et større og mer tverrfaglig miljø som ikke bare har fagkompetanse, men også kompetanse til å nå fram til folk.

Disse medlemmer viser til at rehabiliteringssektoren er inne i store endringer som en følge av samhandlingsreformen og endringer i spesialisert behandling i sykehusene. Østfold fylke peker seg ut på flere områder som en svært interessant region for systematisk arbeid med å utvikle framtidas rehabilitering i kommunal regi. Det nye sykehuset i Østfold har ikke rehabilitering i sitt tilbud. Befolkningen i Østfold er sykere enn gjennomsnittet, men bruker samtidig klart mindre rehabiliteringstjenester enn andre fylker. Samtidig er Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter (IØMK)/Helsehuset i Askim et felleseie mellom syv kommuner som har bedre forutsetninger enn de fleste kommuner for å kunne utvikle et regionalt tilbud i takt med framtidas nye kommuner og endringer i sykehusene. De har allerede gjort en utredning om å etablere en rehabiliteringsavdeling, de vil ha nærhet til det medisinske tilbudet med fire leger, de har allerede sengeplasser for avklaring (øyeblikkelig hjelp, kommunale akutte døgnplasser/ KAD), legevakt og dialyse. I tillegg er Eidsberg kommune med utprøving av virtuell avdeling blant eierne, og IØMK har allerede en samarbeidsavtale med Sunnaas sykehus. Samtidig er de oppmerksomme på de nasjonale og lokale utfordringene knyttet til mangelfulle standarder, lovverk, veiledere og avtaleverk og vil være en bidragsyter for å utvikle de nasjonale behovene. De ser for seg et systematisk forsøk med drift i ett år med 10 sengeplasser rettet mot hjerneslag, KOLS, brudd og funksjonssvikt, samt spesialisert rehabilitering i samarbeid med sykehuset i Østfold. Hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi samt følgeforskning er en del av prosjektet.

Komiteens medlem fra Venstre ønsker å gjennomføre et nasjonalt forsøk med utvikling av regionalt tilbud innen rehabilitering i kommunal regi i Østfold, bl.a. i regi av Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter/ Helsehuset i Askim og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 30 mill. kroner til blant annet dette formålet og liknende piloter innen rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Flertallet foreslår å bevilge 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim. Flertallet viser til at budsjettforliket la opp til at midlene til Helsehuset i Askim skulle bevilges over kap 733 post 21. Flertallet vil imidlertid med dette foreslå at økningen på 5 mill. kroner bevilges over kap 761 post 60.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for en økning på 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim.

4.20.3 Post 61 Fengselshelsetjeneste

Komiteen viser til gode erfaringer med Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND). ND har i perioden 2006–2015 vært et prøveprosjekt i Oslo og Bergen. Regjeringen foreslår at prosjektet utvides og etableres permanent i 2016. For nærmere omtale av forslaget, se Justis- og beredskapsdepartementets budsjettproposisjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti registrerer at det er en overrepresentasjon av helse- og levekårsutfordringer blant innsatte. Hjemmesoning fører til en konsentrasjon av krevende innsatte i fengslene, og fulle fengsler gir lite rom for fleksibilitet. Mange innsatte sliter med psykiske lidelser, men kun et fåtall får poliklinisk tilbud, og kapasiteten på spesialplasser for tung psykiatri for innsatte er for liten. Disse medlemmer mener det er behov for å se på helsetilbudet til innsatte og spesielt styrke psykologtilbudet og adressere tydeligere behovet for tilpasset spesialisthelsetilbud til denne gruppen. Det bør også ses på samhandlingen mellom helsetilbudet i fengselet og behov for oppfølging i bostedskommunen. Det er også uklart hvilke konsekvenser det har for helsen å bli tvangssendt til soning i Nederland. Andel selvmord og forsøk på selvmord er også urovekkende høy i varetekt og i fengslene. Disse medlemmer ber regjeringen følge opp helsetilbudet til innsatte i norske fengsler og de som er dømt etter norsk rett, men som soner i utlandet. Disse medlemmer ber spesielt om oppfølging av tilbudet til rusavhengige, de som sliter med psykisk helse, og om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er faglig forsvarlig for dem med de tyngste psykiatriske diagnosene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at de utfordringer som Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti skisserer, svares opp i Opptrappingsplanen for rus. Flertallet ser frem til behandlingen av denne proposisjonen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret for at innsatte i norske fengsler får mangelfull helsehjelp. Disse medlemmer mener det er vanskeligere å sikre en god samhandling mellom hjelpeapparat på utsiden og innsiden av fengslene når personer soner utenfor Norge. Disse medlemmer er særlig kritisk til at personer under LAR-behandling soner i Nederland, og mener regjeringen må følge Stortingets vilje og ikke sende innsatte under LAR-behandling til soning i Nederland. Rus- og psykiatripasienter har ofte behov for tett oppfølging, individuell plan og en viss kontakt med hjemmemiljøet også under soning, gjerne gjennom ruskontaktene i kommunene og frivillige som bistår innsatte i norske fengsler. Etter endt soning er et bo- og aktivitetstilbud avgjørende. Disse medlemmer mener det er betydelig rom for forbedringer i helsehjelpen i fengslene, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme egen sak om styrking av helsetilbudet i kriminalomsorgen, særlig innenfor områdene rus og psykisk helse.»

4.20.4 Post 62 Øyeblikkelig hjelp

Komiteen mener at god tilgang til øyeblikkelig hjelp er av stor betydning for folks trygghet. Kommunal legevakt har et betydelig antall oppdrag hvert år og har over lang tid blitt vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Akuttmedisinforskriften trådte i kraft 1. mai 2015, med blant annet minimumskrav til kompetanse for å sikre en faglig forsvarlig legevakttjeneste. Det er gitt en overgangsordning på tre år for kravet til grunnkompetanse for lege og for kravet til grunnkompetanse for operatør av legevaktsentral. Komiteen er opptatt av at utviklingen følges opp. Mange kommuner, særlig i distriktene, kan ha utfordringer med å følge opp kravene. Et nasjonalt legevaktnummer – 116 117 – ble innført 1. september 2015, og komiteen vil følge opp effekten dette vil ha for kvaliteten på øyeblikkelig hjelp.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til partiets alternative budsjett, der det foreslås 50 mill. kroner til styrket legevaktsordning. Dette medlem mener det er store utfordringer knyttet til å skape et likeverdig legevakttilbud til alle i hele landet, og at akuttmedisinforskriften har bidratt til sentralisering og dermed ulikhet i tilbudet. Dette medlem er bekymret for at det i mange kommuner er umulig å oppfylle krav til bakvakt på døgnbasis, og at dette fører til lengre reiseavstand. Dette medlem mener det er nødvendig at Stortinget får ta stilling til dette feltet i en helhet og ikke som enkeltsatsinger i budsjett, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2016 fremlegge for Stortinget en handlingsplan for styrking av den desentraliserte legevakttjenesten i Norge.»

Dette medlem viser også til at kommunene fra 1. januar 2016 skal tilby KAD-senger, kommunale akutte døgnplasser. Dette medlem registrerer at det flere steder er lavt belegg i KAD-sengene, og

at KAD-avdelinger er bekymret for rekrutteringen av leger. Dette medlem viser til at å jobbe som lege ved en KAD-avdeling ikke er tellende i en spesialistutdanning dersom ikke vedkommende lege også arbeider i en 50-prosentstilling utenfor avdelingen, dvs. i en allmennlegepraksis. I de større byene kan KAD-avdelingene være store, som for eksempel 20–30 senger – like store som en del sykehusavdelinger. Dette medlem mener at det her er naturlig og ønskelig at det kan ansettes leger i 100-prosentstillinger. Da må en slik 100-prosentstilling også være rekrutterende til en spesialitet. Om ikke, er dette en hindring for å rekruttere god og stabil arbeidskraft som KAD-avdelingene er avhengige av for å fungere godt. Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjøre legetjeneste i KAD-avdelinger tellende i spesialistutdanningen, også om legen arbeider i KAD-avdelingen i mer enn 50-prosentstilling.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at kommunene fra 1. januar 2016 får plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med somatiske sykdommer, dette som beskrevet og vedtatt i behandlingen av Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flertallet anser det som uheldig at det er diagnose, ikke hjelpebehov, som avgjør hvilken hjelp du får. Flertallet støtter derfor at virkemidlene i samhandlingsreformen innføres også for psykisk helse og rus. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnplikt innføres for disse fagområdene fra 2017, mens regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helse og rus tidligst fra 2017.

Flertallet mener det er helt avgjørende å innføre en sterkere forpliktelse for kommunene til å følge opp også utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse. Grunnlaget for denne endringen ble lagt i forbindelse med behandlingen og vedtaket i Primærhelsemeldingen og bekreftes i Opptrappingsplanen for rus. Dette flertallet er glade for at denne forsterkede plikten som innføres, legger opp til et tett samarbeid og samkjøring mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Mangel på bolig, oppfølging og ettervern har bestandig vært pekt på som hovedårsaken til at den enkelte ikke har lykkes med å stå i den nye rusfrie tilværelsen eller begrunnelse for reinnleggelser. Det er derfor slik dette flertallet ser det, nå helt nødvendig å rydde opp i denne svakheten i behandlingskjeden.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret for konsekvensene med å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare ruspasienter og pasienter i psykisk helsevern uten at det er utviklet kvalitetssystemer som sikrer god medisinsk oppfølging i kommunene sammen med gode bo- og aktivitetstilbud. Undersøkelser fra Kunnskapssenteret fra 2014 beskriver at brukerne er lite tilfreds med de kommunale tilbudene. Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon viser til at 40 prosent av ruspasientene trenger reinnleggelse i løpet av 12 måneder etter utskriving. Kommunene trenger et betydelig løft for å følge opp spesialistbehandlingen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet er imot å innføre betalingsplikt for rus- og psykiatripasienter før kommunene har hatt mulighet til å bygge ut sitt tilbud. SINTEFs rapporter viser at antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt er stabilt på nasjonalt nivå og ligger omtrent på samme nivå som ved utgangen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008 (1998–2008). Fordi befolkningen vokser, så betyr det at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid i kommunene. 58 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og nesten halvparten av brukere av lavterskeltilbud for rusavhengige har en psykisk lidelse. En rapport utarbeidet av Norsk institutt for by og regionforskning i 2015 viser at 60 prosent av TSB-pasientene har bolig og 40 prosent er bostedsløse ved avsluttet behandling. Halvparten av brukerne av lavterskeltilbud har bolig, og den andre halvparten er bostedsløse. Boligtilbudet til personer med psykiske lidelser må styrkes som del av en opptrappingsplan for psykisk helse i kommunene.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og opprette øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus tidligst innen 1. januar 2020.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil uttrykke bekymring for hvordan inkludering av psykisk helse og rus i betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter vil påvirke kvalitet og helhet i behandlingen. Disse medlemmer mener at selv om prinsippet om likebehandling er prinsipielt riktig, så vil det oppstå uklarheter ved en slik ordning. Det vil oppstå situasjoner der mennesker som burde vært i videre behandling, skrives ut til kommuner som

ikke har apparatet som skal til for å ivareta behandling og hjelp.

4.20.5 Post 63 Allmennlegetjenesten

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, mener at en endring i akuttmedisinforskriften ikke gir noen garanti for en faglig trygg og likeverdig legevakttjeneste over hele landet. Med flere eldre og multisyke er det behov for flere sykebesøk, og utrykning av legevakt og døgnberedskap må styrkes. Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin har dokumentert at 80 prosent av legevaktene kun har én lege på vakt kveld, natt og i helgene. Kun en tredjedel av legevaktene har legevaktbil, og av disse er det kun en tredjedel som er uniformert og merket. Det er kun 15 prosent av legevaktene som i dag har en bil som er utrykningsgodkjent.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ber regjeringen følge tett opp utviklingen av legevakttilbudet og støtter Norsk luftambulanses høringsinnspill om behovet for en helhetlig utredning om dimensjonering og utvikling av luftambulansetjenesten. En slik utredning bør gi grunnlag for en ny nasjonal plan for luftambulansetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, registrerer at mangel på elektronisk kommunikasjonsverktøy i primærhelsetjenesten er et av de største hinder for god samhandling, kvalitet og pasientsikkerhet. Det offentlige må ta større ansvar for utviklingen av enhetlig elektronisk pasientjournal (EPJ) i hele pleie- og omsorgssektoren.

Flertallet er positive til kompetansehevingstiltak for volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell, men registrerer at politiet gir tilbakemelding på at helsepersonell ikke er bevisst nok på sitt ansvar for i henhold til avvergingsplikten om å melde fra og beskytte barn og voksne utsatt for vold.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at fastlegene må få et større ansvar for å utarbeide individuell plan i samarbeid med de pasientene som har behov for det. Fastlegen må også få et særskilt ansvar for at deres pasienter til enhver tid har oppdatert legemiddeloversikt. Disse medlemmer mener at alle 16-åringer skal informeres om fastlegeordningen, taushetsplikt, kontaktinformasjon og retten til å skifte fastlege. Ungdom er ofte i en sårbar situasjon og er usikre på hvordan de kan bruke fastlegen, spesielt i situasjoner der de ikke ønsker at foreldre skal få informasjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at bevilgningen på kap. 762 post 63 samlet er foreslått redusert med 58,5 mill. kroner i inneværende år, jf. Prop. 27 S (2015–2016). Flertallet er videre kjent med at utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for å kvalifisere leger som skal jobbe i legevakt i samsvar med krav i akuttmedisinforskriften, blir lavere enn tidligere anslått. Flertallet foreslår på denne bakgrunn at kap. 762 post 63 reduseres med 8 mill. kroner knyttet til innføring av ny akuttmedisinforskrift. Kap. 765 post 72 Frivillig arbeid mv. økes tilsvarende.

4.20.6 Post 70 Tilskudd

Komiteen viser til at det i budsjettet for 2016 foreslås å videreføre 3 mill. kroner til arbeidet mot kjønnslemlestelse. Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre kjønnslemlestelse samt god behandling av dem som allerede er kjønnslemlestet. Handlingsplanen koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Komiteen viser til at Sex og samfunn er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Sex og samfunn driver klinisk virksomhet, undervisnings- og formidlingsarbeid, der den kliniske delen av arbeidet inkluderer Norges største klinikk for seksuell helse. Komiteen viser til at de rundt 18 000 pasientkonsultasjonene som gjennomføres årlig, genererer bred kunnskap som videreformidles til øvrige aktører på feltet. Sex og samfunn mottar i tillegg henvendelser fra hele landet pr. telefon og epost, både fra målgruppen og fra helsepersonell. I høst ble deres nasjonale chattetjeneste lansert. Tjenesten nådde ut til personer fra alle landets fylker allerede i løpet av de to første ukene etter lansering. Komiteen viser videre til at Sex og samfunn gjennomfører ulike opplæringstiltak som seksualundervisning, opplæring om prevensjon ved alle landets høgskoler og universiteter med utdanningsforløp innenfor helsefag, og kurs med et bredt utvalg tema, inkludert trans-tematikk, personer som kjøper sex, hiv/aids og langtidsvirkende prevensjon (LARC), tilpasset ulike deltakergrupper. Videre viser komiteen til at stiftelsen også gjennomfører tiltak som fagutvikling og kunnskapsspredning, blant annet gjennom hospiteringsordning for helsepersonell, utvikling av Metodeboka og drift av nettside med faktaopplysninger om seksuell og reproduktiv helse og

rettigheter. Sex og samfunn utdanner også «superbrukere» fra hele landet i LARC, som igjen sørger for faglig og praktisk opplæring av helsepersonell i sin kommune.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er svært viktig at Sex og samfunn får en fast og trygg finansiering, slik at kompetanse opprettholdes og langsiktig arbeid muliggjøres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at muskel- og skjelettsykdommer er en av de lidelsene som plager mange, fører til flest år med helsetap og er den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet. Flertallet mener det er for lite oppmerksomhet rundt denne diagnosegruppen, og at tidlig avklaring vil gi betydelig reduserte pasientlidelser og samfunnsøkonomiske besparelser. Flertallet ser positivt på forskningsarbeidet på kiropraktikk, som er et samarbeid mellom Norsk Kiropraktorforbund og Universitetet i Stavanger, samt at det arbeides for å etablere et utdanningstilbud for kiropraktorer i Norge.

Flertallet mener dessuten at det er behov for økt kunnskap om forebygging og hvilken helserisiko ulike innvandrergrupper har som følge av sosioøkonomiske faktorer, men også med endring av livsstil og matvaner. Det økte antall flyktninger stiller store krav til oppfølging av effektive tiltak for smittevern, screening av psykisk helse og andre alvorlige somatiske lidelser, samt tiltak rettet mot enslige mindreårige.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen ikke ser behov for å styrke Antibiotikasenter for primærmedisin.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at Antibiotikasenteret for primærmedisin gjør et svært viktig arbeid for å øke kunnskapen om og reduserer unødig antibiotikabruk i kommunehelsetjenesten. Mesteparten av antibiotikabruken i humanmedisin i Norge blir utskrevet i allmennpraksis (85 prosent). Det er store variasjoner i forskrivningspraksis. Forbruket varierer også mellom landsdeler. Folkehelseinstituttet antar at forskjellen i forbruk stort sett skyldes forskjeller i forskrivningspraksis. Flertallet viser til at Stortinget har satt mål i forbindelse med behandlingen av representantforslag om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jf. Dokument 8:2 S (2014–2015) og Innst. 156 S (2014–2015) om en reduksjon i antibiotikabruken på 30 prosent innen utgangen av 2020, og at Antibiotikasenteret for primærmedisin har en viktig rolle for at dette målet skal kunne nås.

4.20.7 Post 73 Seksuell helse

Komiteen viser til at det nå utarbeides en ungdomshelsestrategi, og at arbeidet for å bedre ungdoms fysiske og psykiske helse skal prioriteres i årene fremover. Komiteen viser til at det er mange ungdommer som får hjelp på helsestasjonene gjennom tilrettelagte tilbud for ungdom, og at det i byer og tettsteder med studentmiljøer også vil være naturlig å legge til rette for samarbeid mellom helsestasjoner, studentsamskipnader eller andre som driver viktig opplysnings- og helsearbeid rettet mot ungdom.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å utvide ordningen med gratis prevensjon til å gjelde til og med 22 år (inkludert langtidsvirkende prevensjon), og foreslo herunder å bevilge 30 mill. kroner til satsingen i 2016. Det er politisk enighet om at det må jobbes for å redusere det høye aborttallet i Norge. Dette medlem understreker behovet for å få på plass flere konkrete tiltak som kan bidra til å forebygge uønsket graviditet. Kristelig Folkeparti ønsker å utvide ordningen med gratis prevensjon opp til 25 år.

Dette medlem viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett, hvor det ble foreslått å bevilge 1,5 mill. kroner til Menneskeverds forebyggende arbeid blant ungdom. Dette medlem viser til viktigheten av å tilrettelegge for forebyggende arbeid blant ungdom og tiltak som kan fremme seksuell helse, og som kan bidra til å redusere antall uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti trekker også frem Sex og samfunns helsestasjon for ungdom som et tiltak som bør tildeles nødvendige midler for å kunne utvikle sin virksomhet i takt med behovet. Disse medlemmer viser til Klara Klok, som er en viktig digital veiledningstjeneste som benyttes av ungdom over hele landet. Disse medlemmer understreker at skal tjenesten bestå som den gjør nå, må den finansieres på en mer stabil måte, og disse medlemmer ber om at Nordland fylkeskommune, som har hatt ansvaret for tjenesten frem til nå, får delta i videreutvikling av tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener brukerorganisasjonene spiller en viktig rolle for å utvikle helsetjenesten. Disse medlemmer vil peke på betydningen av at mennesker med hiv støttes til sin selvstendige, demokratiske pasientorganisering, slik som Nye Pluss – Hivpositives landsforening.

Komiteens medlem fra Venstre ønsker at det gjennomføres forsøk med etablering av et nytt senter for ung seksualitet – Sex og samfunn – i samarbeid med Helsestasjonen for ungdom i studentbyen Alta. Sex og samfunn-sentre er spesialisert innenfor seksuell og reproduktiv helse og jobber for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner, uplanlagte graviditeter og abort. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 4 mill. kroner til ovennevnte formål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at det som følge av budsjettforliket er enighet om å foreslå å bevilge 1,5 mill. kroner til Menneskeverds arbeid for å forebygge uønskede svangerskap og svangerskapsavbrudd blant ungdom. Flertallet foreslår på denne bakgrunn at bevilgningen på kap. 762 post 73 økes med 1,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti mener helsestasjonene og barnehagene har en unik mulighet til å nå hele familien for å fremme sunne psykososiale forhold, godt kosthold og fysisk aktivitet. Disse medlemmer mener det både er nødvendig med en nasjonal opptrapping for helsestasjonene og skolehelsetjenesten, og en satsing på å heve kvaliteten i barnehagene. Helsestasjonene har en unik mulighet til å kunne gripe inn tidlig og forhindre negativ utvikling i kosthold, mosjon eller psykososiale forhold. Jordmødre gir råd til mødre før barnet er født og følger opp både barn og foreldre de første barneårene. Skolehelsetjenesten kan videre følge opp barn som strever på skolen, og som trenger råd og veiledning i krevende livssituasjoner.

Komiteens medlem fra Venstre ønsker en betydelig satsing på helsestasjonene og skolehelsetjenesten med til sammen 500 nye stillinger til en samlet kostnad på 335 mill. kroner, og i den forbindelse viser dette medlem til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016).

4.21 Kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid

Det foreslås bevilget 1 897,5 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 1 872,8 mill. kroner. Det er foreslått flyttet 64,3 mill. kroner til andre kapitler.

Komiteen viser til at bevilgningen i dette kapittel dekker statlige stimuleringsmidler til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid, midler til brukerstyring, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord.

Komiteen viser til de overordnede målene om at tjenestene til personer med psykisk helse og/eller rusproblemer skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede.

Komiteen viser videre til målsettingen om å sikre pasienter med psykisk sykdom og/eller rusproblemer et verdig liv, med god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid, aktivitet og sosialt liv, og bedret livskvalitet. Dette skal skje blant annet gjennom økt valgfrihet for den enkelte, reduserte ventetider, bedre oppfølging etter utskrivning og styrket lavterskeltilbud i kommunene. Brukerinnflytelse på individ- og systemnivå er viktig for at tjenestene utvikles til det beste for brukerne.

Komiteen er opptatt av å styrke det forebyggende helsearbeidet på psykisk helse- og rusområdet. En styrket satsing på forebygging av psykiske problemer og rusproblemer hos barn og unge vil kunne gi store samfunnsmessige gevinster og økt livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse for den enkelte. Kommunene er helt sentrale for å lykkes på rus- og psykisk helsefeltet. Et godt kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning.

Komiteen viser til at undersøkelser har vist at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Det er viktig med et tverrsektorielt samarbeid for å løse disse utfordringene. Arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme skal bedres ved å styrke de fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Komiteen viser til tilskuddsordningen for å rekruttere ytterligere flere kommunale psykologårsverk. Det legges også til grunn at 200 mill. kroner av økningen i kommunenes frie inntekter skal gå til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Regjeringen vil styrke innsatsen på rusfeltet gjennom en ny opptrappingsplan for rusfeltet med en ramme på 2,4 mrd. kroner i løpet av perioden 2016–2020. Videre er det i 2016 foreslått at 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med økt satsing på rusfeltet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen nylig har fremmet en opptrappingsplan for rusfeltet som særlig har fokus på oppfølging og ettervern i kommunene. Det er derfor helt avgjørende at kommunene nå bruker de frie midlene til å bygge opp et helhetlig tilbud til den enkelte, når betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse innføres. Grunnlaget for denne endringen ble lagt i forbindelse med behandlingen og vedtaket i Primærhelsemeldingen og bekreftes i Opptrappingsplanen for rus. Flertallet er glad for den forsterkede plikten som innføres overfor kommunene, da erfaringene har vist oss at mangel på ettervern har vært den største trusselen mot å lykkes med å stå i den nye rusfrie tilværelsen. Det er viktig å understreke at opptrappingsplanen har et stort fokus på både bolig, aktivitet og helsehjelp. Flertallet viser videre til at regjeringen styrker satsingen på forebygging av psykiske problemer og rusproblemer hos barn og unge, blant annet gjennom forslag om å styrke rekrutteringstilskuddet til nye psykologårsverk i kommunen med 45 mill. kroner, samt en videreføring knyttet til tilskudd til psykisk helse i skolen.

Flertallet viser til at det foreslås en videreføring av bevilgningen på 58,5 mill. kroner til tiltak innen området arbeid og psykisk helse i 2016.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser også til Primærhelsemeldingen og styrking av satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå med 300 mill. kroner og til planlagt utarbeidelse av en ungdomshelsestrategi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil fremheve at målet er en kunnskapsbasert ruspolitikk som forebygger rusmisbruk, og som sikrer rask og riktig helsehjelp av god kvalitet for dem som utvikler avhengighet.

Disse medlemmer vil understreke at rusavhengighet er et sammensatt problem, og å forebygge avhengighet er en viktig politisk oppgave som krever felles innsats på flere områder. Når personer har utviklet rusmiddelavhengighet, vil de ha et behov for langvarig hjelp og tiltak fra flere tjenester samtidig. I dag oppleves helse- og tjenestetilbudet til rusavhengige som oppsplittet, med mange instanser og uoversiktlige ansvarslinjer. Hvem som har ansvaret til enhver tid er ikke alltid tydelig, og kvaliteten på de tiltak som settes inn, er varierende. Det er et sterkt behov for en sømløs, tverrfaglig, kunnskapsbasert tiltakskjede som ivaretar den enkeltes behov.

Disse medlemmer er opptatt av at det skal føres en forskningsbasert ruspolitikk. Behandlingstiltak både i førstelinjen og andrelinjen samlet sett, reduserer dødeligheten ved rusavhengighet med om lag 50 prosent. Men det er for liten kunnskap om hvilke tiltak som virker godt eller mindre godt og hvorfor de ulike tiltakene har effekt. Det er derfor avgjørende at det forskes mer på helsehjelp og rusavhengighet.

Disse medlemmer ser frem til arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet og er opptatt av å bidra til at viktige prinsipp legges til grunn når proposisjonen skal behandles.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at forslaget i Prop. 1 S (2015–2016) om å øke midlene til rusarbeid i kommunene med 400 mill. kroner i 2016 vil kunne bidra til et løft for rusfeltet. Samtidig mener disse medlemmer det vil være behov for en ytterligere styrking av kommunens inntekter i årene som kommer, blant annet for å møte behovet for opptrapping av arbeidet med rusomsorg i kommunene. Disse medlemmer har merket seg Actis sitt høringsinnspill om viktigheten av å øremerke midlene som går til rusarbeid i kommunene.

Disse medlemmene vil ha et løft for psykisk helse som handler om forebygging og tidlig innsats, og vil derfor styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene, med særlig vekt på barn og unge. Disse medlemmer vil også at alle kommuner skal ha et godt kommunisert lavterskel hjelpetilbud for familier. Disse medlemmer imøteser derfor det økte rekrutteringstilskuddet til psykologer i kommunen. Disse medlemmer merker seg at bevilgningen er realisert ved å kutte i andre tilskudd på post 60, 61 og 73, 74 og 21. Evalueringsrapporter viser at psykologer sørger for både et nødvendig lavterskeltilbud, samt økt prioritering av forebyggende psykisk helsearbeid. Det er nødvendig å opprettholde psykologkompetansen i fremtidens primærhelsetjeneste, og det er viktig å etablere gode finansieringsløsninger for å understøtte dette. Stabil tilgang på nødvendig psykologisk helsehjelp for befolkningen bidrar til å ivareta en nødvendig prioritering av forebyggende psykisk helsearbeid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett foreslår 100 mill. kroner til lavterskeltiltak i kommunene for barn og unges psykiske helse i 2016.

Disse medlemmer understreker at forebygging blant barn og unge er en av de viktigste helsein-

vesteringer vi som samfunn kan gjøre. Skolehelsetjenesten og helsestasjonene er viktige lavterkseltilbud som treffer barn og unge på deres egen arena og bidrar til at de får rask hjelp når noe er vanskelig. Arbeiderpartiet vil satse videre på helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Tidligere erfaringer har vist at det ikke er nok å øke midlene til kommunene om vi skal lykkes med en helt nødvendig opprustning av skolehelsetjenesten. Arbeiderpartiet vil derfor øremerke midler til opptrapping av helsestasjonstilbudet og skolehelsetjenesten. Disse medlemmer viser til innledende merknader i denne innstillingen og til Arbeiderpartiets øremerking av disse midlene i sitt alternative budsjett for 2016.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringspartiene og samarbeidspartiene Venstre og Kristelig Folkeparti er enige om 2,4 mrd. kroner til en opptrappingsplan på rusfeltet. Flertallet understreker at dette er en offensiv, men også svært nødvendig satsing som skal komme ruspasientene og deres pårørende til gode, legge til rette for et mer helhetlig tilbud for den enkelte bruker og sørge for å etablere flere boliger med og uten bemanning som er tilpasset den enkelte. Som første del av satsingen foreslår regjeringen 495 mill. kroner til satsingen som frie midler til kommunene for 2016.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener at økningen i midlene til rusarbeid må øremerkes for å komme frem til mottakerne, og foreslår derfor i sitt alternative budsjett at 190 mill. kroner øremerkes til rusarbeid i regi av kommunene, og at 180 mill. kroner øremerkes til ideelle og frivillige som tilbyr et variert spekter av tjenester som brukerne ønsker seg til.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Senterpartiets forslag om en femårig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse, jf. Dokument 8:41 S (2013–2014). Disse medlemmer merker seg at regjeringen har lansert opptrappingsplaner for rehabilitering og for rus, men ikke for psykisk helse. Helse- og omsorgsministeren hevder at den gylne regel om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern enn i somatikk, gjelder. Helsedirektoratets tall viser at viljeserklæringen ikke har lyktes, og det er også avdekket betydelige svakheter ved rapporteringsrutinene. Regjeringen kommer ikke unna reell politisk satsing med nye friske penger om kvaliteten og omfanget på det psykiske helsearbeidet i Norge skal øke.

SINTEFs rapporter viser at antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt er stabilt på nasjonalt nivå og ligger omtrent på samme nivå som ved utgangen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008 (1998–2008). Fordi befolkningen vokser, går stadig færre årsverk per innbygger til psykisk helsearbeid i kommunene.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten går mot kortere døgnopphold, sterk økning i poliklinisk behandling og mer ambulant virksomhet. Det betyr at pasienter skrives raskere ut, uten at bostedskommunene samlet sett bruker flere årsverk til kommunalt, psykisk helsearbeid. Det er viktig at nedbyggingen av sengekapasiteten i spesialisthelsetjenesten nå stoppes, i alle fall inntil kommunene har fått styrket sitt tilbud.

58 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og nesten halvparten av brukere av lavterskeltilbud for rusavhengige, har en psykisk lidelse. En rapport utarbeidet av Norsk institutt for by- og regionforskning i 2015 viser at 60 prosent av TSB-pasientene har bolig, mens 40 prosent er bostedsløse ved avsluttet behandling. Halvparten av brukerne av lavterskeltilbud har bolig, og den andre halvparten er bostedsløse. Boligtilbudet til personer med psykiske lidelser må styrkes som del av en opptrappingsplan. Det anslås at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet.

Komiteen påpeker at ideelle aktører og frivillige vil være en viktig samarbeidspartner med kommunene i opptrappingsperioden og videre. Kommuner som opplever å være presset økonomisk, kan kvie seg for å gjøre større investeringer og ta opp flere lån til boliger. Ideelle aktører kan utgjøre en viktig kraft for å få på plass et nødvendig antall boliger i den enkelte kommune. Det er stort behov for å etablere flere boliger tilpasset rusavhengige, og en betydelig styrking av ettervernet i kommunene er svært etterlengtet. Komiteen understreker at ettervern som en av de tjenestene som i størst grad trenger opprustning i kommunene og fordrer økt bruk av ideelle aktører og frivillige for å sikre at den enkelte bruker får den oppfølgingen det er behov for.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo at 30 mill. kroner av midlene i rusplanen skulle bevilges til forebyggende tiltak, blant annet i arbeidslivet og særlig blant barn og unge.

Komiteens medlem fra Venstre mener det er et stort behov for flere boliger til vanskeligstil-

te, særlig rusavhengige. For dem vil det være avgjørende å ha en egen bolig under mest mulig stabile forhold for å kunne lykkes i rehabiliteringen, eller leve under verdige forhold med sin rusavhengighet. Dette medlem mener det er viktig å gi flere muligheter til å etablere seg i egen bolig. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), og hvor ordningen med tilskudd til vanskeligstilte til etablering i egen bolig styrkes med 25 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er avgjørende å sikre at det satses på rus og psykisk helse. Dette medlem viser til at regjeringen også her såkalt «begrunner frie midler i» en satsing. Dette medlem er bekymret for om disse pengene kommer formålet til gode, og viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der 400 mill. kroner øremerkes formålet.

Dette medlem viser til at politikken knyttet til rusfeltet i altfor stor grad styres av ideer om hva som gir restriktive signaler, heller enn å legge til rette for tryggere liv for rusavhengige. Dette medlem foreslår en ruspolitikk som bygger på kunnskap og fordomsfrihet, og tar avstand fra en ruspolitikk som fremmer straff og uhelse. Dette medlem foreslår øremerket satsing på rusbehandling. Dette medlem foreslår å styrke behandlingstilbudet for dem som trenger psykisk helsehjelp.

Dette medlem mener det er på høy tid med funksjonelle brukerrom, slik som sprøyterommet i Oslo, i alle større byer, og mener regjeringen bør legge til rette for slike ordninger. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett og forutsetter at veksten i frie inntekter gir rom for å opprette slike hjelpetiltak.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som får i oppgave å gjennomgå og dokumentere effekten av dagens narkotikapolitikk.»

4.21.1 Post 21 Spesielle driftsutgifter

Komiteen vil vise til flere av regjeringens satsingsområder for 2016, herunder:

- statistikkutvikling for å skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med rus- og/eller psykiske problemer (Brukerplan)
- videreføring av bevilgningen til nyetablerte rådgiverstillinger i rusmiddelspørsmål og i psykisk helse ved samtlige fylkesmannsembeter
- læringsnettverk innen psykisk helse og rus for gode pasientløp i kommunene
- tiltak mot vold og seksuelle overgrep, herunder tiltaksplan om barn og unge
- videreføring av øremerket tilskudd til barnehusene
- barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet.

Komiteen vil peke på at rask psykisk helsehjelp har vist seg som et svært etterspurt og godt lavterskel behandlingstilbud for mennesker med angst- og depresjonslidelser. Det er behov for å videreutvikle modellen og spre den til flere kommuner. Andre satsingsområder er arbeid og psykisk helse, videreføring av nasjonal strategi for boligsosialt arbeid, utvikling og evaluering av gode samarbeidsmodeller i tjenestetilbudet til barn og unge og deres familier, og videreføring av tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til mål om økt satsing på rus- og psykisk helse-feltet og til Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), som nå foreligger. Proposisjonen gir en oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer.

4.21.2 Post 60 Kommunale tjenester

Komiteen viser til at regjeringen foreslår å styrke tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunene med 45 mill. kroner og legger med det til rette for opprettelse av 150 nye årsverk. Samtidig foreslås en forenkling av tilskuddsordningen.

Bevilgningen foreslås økt med til sammen 54,7 mill. kroner, hvorav 30 mill. kroner skal stimulere til etablering av flere mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre) og flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre. Rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog, foreslås styrket med 45 mill. kroner.

Komiteen viser til at det legges opp til en styrking av tilbudet til barn, unge og voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov, med 9,6 mill. kroner til en totalramme på 217,5 mill. kroner. Samtidig foreslås en bevilgning på 17 mill. kroner i 2016 til utprøving og evaluering av Rask psykisk helsehjelp.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at det kommer et økende antall flyktninger til Norge, og at mange vil ha behov for psykisk helseoppfølging i kommunene. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å sette av 50 mill. kroner til dette formål, for å ruste kommunene for en forventet økt etterspørsel av psykiske helsetjenester.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener kommunene bør settes i stand til å utføre oppgavene som de har ansvaret for når det nå kommer langt flere asylsøkere til Norge enn foregående år. Dette krever en helhetlig tilnærming og tiltak på mange områder. Dette medlem viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett foreslår til sammen 1,9 mrd. kroner til integreringstiltak og bosetting, herunder helsehjelp.

4.21.3 Post 61 Kompetansetiltak

Komiteen viser til at regjeringen videreføre tilskuddsordningene stimuleringstilskudd til videre-/etterutdanning i rusproblematikk, videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge. Komiteen viser til at det foreslås å samordne og flytte bevilgingen til kap. 761 Omsorgstjeneste, post 68 Kompetanse og innovasjon.

4.21.4 Post 62 Rusarbeid

Komiteen viser til regjeringens mål om å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Komiteen viser videre til at regjeringen foreslår en bevilgning på 461,9 mill. kroner i tilskudd for 2016. Tilskuddet skal primært disponeres til årsverk i kommunene og skal bidra til en reell kapasitetsøkning i det samlede kommunale arbeidet på rusfeltet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil vise til Jegersberg gård utenfor Kristiansand som i sitt arbeid benytter en metode for å rehabilitere rusavhengige som er unik i Norge. Metodikken er utviklet etter modell fra San Patringano i Italia og er den eneste i sitt slag i Norge og Nord-Europa. Så langt viser arbeidet svært gode resultater. Rehabiliteringsopplegget involverer kommuner, sykehus, frivillige organisasjoner og regionalt næringsliv i et tett samarbeid med Jegersberg gård. Disse medlemmer ser positivt på planene til Jegersberg gård om å bli modell for utvikling av tiltak i Norge som ønsker å ta i bruk tilsvarende metodikk.

4.21.5 Post 71 Brukere og pårørende

Komiteen viser til at posten dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på rus- og psykisk helsefeltet.

Komiteens medlem fra Venstre mener at en viktig del av folkehelsearbeidet er å støtte pårørende med informasjon og veiledning, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å videreføre støtten på 3 mill. kroner til stiftelsen Pårørendesenteret i Stavanger, hvor det er bygget opp verdifull erfaring gjennom 16 års drift.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Harry Benjamin Ressurssenter har bedt om prisjustering av sin støtte til blant annet å drive sommerleir for barn og unge som opplever å være født i feil kropp, og at partiet foreslår at dette prioriteres med 300 000 kroner i sitt alternative budsjett.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket mellom de fire partiene foreslås å bevilge totalt 4 mill. kroner til Pårørendesenteret i Stavanger. Flertallet foreslår på denne bakgrunn at kap. 765 post 71 økes med 4 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for en økning på 4 mill. kroner på kapittel 765 post 71 til brukere og pårørende.

4.21.6 Post 72 Frivillig arbeid mv.

Komiteen viser til at regjeringen foreslår videreføring av tilskuddsordning til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester med oppfølging og rehabilitering eller aktivitetstilbud av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring.

Komiteen viser videre til regjeringens mål om å sikre driften av de landsdekkende hjelpetelefonene for mennesker med psykiske vansker og deres pårørende, drevet av Mental Helse og Kirkens SOS' krisetjeneste.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket er overflyttet midler fra andre

kapitler og poster, for å få til en styrking av denne posten. Flertallet er enig om å foreslå en ytterligere styrking og øremerking av enkelte organisasjoner utover det som ble bevilget til disse over tilskuddsordningen for inneværende år. Flertallet foreslår at bevilgningen på kap. 765 post 72 økes med 46 mill. kroner, og foreslår følgende øremerking:

- ytterligere 10 mill. kroner til Gatehospitalet i Oslo for etablering av ny avdeling
- ytterligere 8 mill. kroner til Evangeliesenteret
- ytterligere 4 mill. kroner øremerkes til P22
- ytterligere 1,5 mill. kroner øremerkes til Snakk om mobbing i regi av Blå Kors
- ytterligere 3,5 mill. kroner til Kompasset i regi av Blå Kors
- 20 mill. kroner for å etablere et gatehospital i Bergen i regi av Frelsesarmeen

Flertallet peker på Gatehospitalet i Oslo i regi av Frelsesarmeen som en kompetent aktør som raskt kan få på plass et lignende tilbud i Bergen.

Flertallet viser videre til at følgende skal øremerkes med fastsatt beløp:

- 1,5 mill. kroner til Stiftelsen Kraft
- 2 mill. kroner til «Sammen om nøden»
- 1,5 mill. kroner til No Limitation
- 0,2 mill. kroner til Stabburshella
- 0,2 mill. kroner til Alle kan bli rusfri/MS Bergvåg
- 1 mill. kroner til Helseklyngen Valdres og Land
- 0,3 mill. kroner til Bjugstadhøyden gård
- Landsforeningen for forebygging av selvmord og selvskading (LFSS) og Veien ut, som begge fikk beskjedne beløp i 2015, skal ha økning i sitt tilskudd

Flertallet viser til arbeidet som gjøres i Norsk Toppfotballs prosjekt Gatelagsfotball, og er opptatt av at dette arbeidet støttes videre, slik at det kan utvikle seg til å bli et prosjekt hvor det finnes gatelag i de fleste av landets toppklubber.

Flertallet viser til at det som følge av budsjettforliket mellom de fire partiene foreslås å øke posten med 10 mill. kroner, og flertallet er enige om å la denne økningen inngå i den generelle tilskuddsordningen for rus- og psykisk helsearbeid i regi av frivillige og ideelle aktører over samme kapittel og post.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative statsbudsjett har funnet rom for en økning på 28 mill. kroner på kap. 765 post 72 til frivillig arbeid mv.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Kirkens SOS har drevet krisetelefon i Norge siden 1974 og krisetjenesten via Internett siden 2001. I innstillingen til folkehelsemeldingen, Innst. 380 S (2014–2015), anerkjente komiteen krisetjenestens viktige arbeid med en felles merknad:

«Komiteen registrerer at Kirkens SOS i dag er Norges største døgnåpne krisetjeneste på telefon og Internett, og hadde i fjor 900 frivillige medarbeidere som besvarte i underkant av 200 000 henvendelser. Komiteen mener dette er et viktig arbeid og ser positivt på at en innretter slike tilbud på en måte som også kan få flere menn til å nytte tjenestene, siden menn er overrepresentert på selvmordsstatistikkene. Komiteen mener det er samfunnstjenlig å tilrettelegge for at frivillige og ideelle organisasjoner som Kirkens SOS kan få utvikle sine lavterskeltilbud til å nå enda flere. Kirkens SOS driver viktig folkehelsearbeid og er et selvmordsforebyggende tiltak.»

Dette medlem viser til at Senterpartiet i sitt alternative budsjett foreslår å øke bevilgningen til deres tjenester med 1,4 mill. kroner utover regjeringens forslag.

I primærhelsemeldingen, Meld. St 26 (2015–2016), heter det at fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt person får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette medlem deler disse målsettingene og viser i den forbindelse til Senterpartiets merknad til primærhelsemeldingen, Innst. 40 S (2015–2016):

«Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke at pårørende og frivillige yter en stor innsats på omsorgsfeltet, og at nasjonal helsepolitikk må sørge for å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen må bedres, slik at kvaliteten i det samlede tjenestetilbudet også bedres. Det må legges til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen minst på dagens nivå og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med funksjonsnedsettelser eller alvorlig sykdom. Senterpartiet mener at omsorgslønnsordningen må styrkes, og at pårørende med omsorgsoppgaver får rett til avlastning og opplæring. Dette medlem viser til at regjeringen har sendt på høring forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (styrket pårørendestøtte) om å pålegge kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, og at plikt til å ha tilbud om omsorgslønn skal erstattes av en omsorgsstønad. Departementet vurderer at forslaget ikke vil ha økonomiske konsekvenser av betydning. Dette medlem avventer endelig forslag fra regjeringen, men er skeptisk til omlegging fra omsorgslønn til omsorgsstønad og at

regjeringen ikke signaliserer vilje til at pårørendeomsorg skal være et økonomisk satsingsområde.»

Dette medlem viser for øvrig til Senterpartiets alternative budsjett, der pårørendeprogrammet foreslås styrket med 10 mill. kroner og satsing til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen, dobles. Dette medlem vil understreke det viktige arbeidet som gjøres under pårørendeprogrammet med opplæring, veiledning og støtte og det viktige arbeidet pårørendesenteret i Stavanger gjør blant annet med å utvikle opplæringsprogrammene for pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å øremerke 180 mill. kroner av bevilgningen i rusplanen til ideelle og frivillige aktører på feltet, da disse utgjør en viktig andel av summen av tjenester som blir levert innen rusfeltet i kommunene, og fordi de tilbyr et variert spekter av tjenester som brukerne ønsker seg til.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet savner en tydeligere forpliktelse til å ivareta ideell og frivillig sektor, som melder om at kommunene noen steder kvier seg for å benytte ideelle omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten fordi det ikke utløser samme finansieringsordninger, og kommunen selv må ta den økonomiske belastningen, til tross for at plassene gjennomsnittlig ligger under i pris, og ikke minst til tross for at den enkelte bruker ønsker seg dit. Disse medlemmer ber regjeringen sikre reell brukermedvirkning i kommunene og sørge for at den enkelte bruker får mulighet til å benytte seg av et tilbud hos ideelle aktører, og at det ikke skal være kommunens økonomi som avgjør hvor brukeren med et rusproblem får tilbud om plass.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett ba regjeringen vurdere å innføre en refusjonsordning for kommunene når pasienten vil benytte ideelle omsorgstiltak utenfor spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet reagerer på ordlyden i Prop. 1 S (2015–2016) side 168, om tilskuddsordningen til ideelle og frivillige aktører innen rus og psykisk helse, hvor følgende formulering er nedfelt:

«Store deler av midlene er bundet opp av store organisasjoner som har mottatt midler over flere år, og som i all hovedsak har en kristen formålsparagraf/religiøs innretning. Dette innebærer at målet om mangfold i mindre grad er nådd, ettersom brukere som ikke ønsker seg til kristne tiltak, eller som har en annen religiøs bakgrunn, ikke opplever samme valgfrihet blant frivillige organisasjoner».

Disse medlemmer mener dette er et signal som tenderer mot useriøsitet i møte med en rekke høyst profesjonelle ideelle og frivillige aktører som leverer tjenester av høy kvalitet til et bredt spekter av brukere. Disse medlemmer ber regjeringen underbygge og dokumentere påstanden om at det finnes et betydelig antall brukere som etterlyser et mer variert tilbud, og om de mener organisasjoner med en kristen formålsparagraf hindrer et slikt mangfold. Disse medlemmer ber regjeringen utdype hva som menes med at man

«skal gjennomgå tilskuddsregelverket med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler i tråd med gjeldende regelverk, herunder kriterier som bidrar til bedre samordning av innsatsen fra frivillige og ideelle med det offentlige tjenenesteapparatet.»

Disse medlemmer viser til at tilskuddsordningene og øremerking til en rekke organisasjoner over denne og andre poster nettopp vil være nødvendig for å sikre en forutsigbar og langsiktig drift av viktige institusjons- og aktivitetstilbud, fordi ideelle og frivillige aktører, særlig de som ikke har samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten, på ingen måte er sikret nødvendige levevilkår eller finansieringsordninger tilpasset feltets egenart.

Komiteens medlem fra Venstre mener frivillige og ideelle organisasjoner bidrar med mye både effektivt og målrettet folkehelsearbeid, og det er derfor viktig å støtte folkehelsefremmende aktiviteter i regi av frivilligheten. Kommunene etterspør også i økende grad aktivitetstilbud i regi av frivillige organisasjoner. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å etablere en ny tilskuddsordning for frivillige organisasjoner som driver forebyggende psykisk helsearbeid i kommunene. Det foreslås 20 mill. kroner til dette formålet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at resultatrapporteringen fra direktoratet som er gjengitt i Prop. 1 S (2015–2016), relaterer seg til det faktum at det i all hovedsak er organisasjoner med en kristen formålsparagraf som mottar midler over posten. Dette er et faktum og ikke et forsøk på å fremstille at organisasjonene hindrer mangfold. Formålet med å skrive dette er imidlertid å vise at det i dagens tilskuddsord-

ning ikke er et mangfold (målt i livssynsorganisasjoner), men at dette kan oppnås dersom det hadde vært reell konkurranse om midlene som kunngjøres årlig.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å utvide Gatehospitalet i Oslo med en ny avdeling. Dette medlem viser til at Gatehospitalet fikk 25 875 000 kroner over tilskuddsordningen inneværende år, men at en avdeling som er klar til å tas i bruk ved Gatehospitalet i Oslo, står tom grunnet manglende tilskudd til drift. Gatehospitalet i Oslo må i dag avvise hver tredje pasient som henvises dit. Kristelig folkeparti foreslo derfor i sitt alternative budsjett å bevilge ytterligere 13 mill. kroner for å utvide Gatehospitalets kapasitet med 7 sengeplasser, herunder at 3 plasser skal disponeres til palliativ behandling, 2 til hepatitt C-behandling og 3 til ordinær behandling.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 20 mill. kroner til etablering av Gatehospitalet i regi av Frelsesarmeen i Bergen. Bergens rusmiljøer har mange likhetsstrekk med hovedstaden. Hit kommer rusmisbrukere fra store deler av landet. Det er behov for et lavterskeltilbud som Gatehospitalet, et tilbud til tunge rusmisbrukere med sammensatte helseutfordringer, som på grunn av rusavhengigheten i mange tilfeller kvier seg for og ikke er i stand til å gjennomføre et ordinært sykehusopphold.

Komiteens medlem fra Senterpartiet er enig i at behovet for Gatehospitalet er stort, og at Frelsesarmeen gjør et svært viktig arbeid med å nå rusmisbrukere med behov for helsehjelp. Dette medlem mener myndighetene må medvirke til at Gatehospitalet kan ta i bruk sin kapasitet i Oslo, og deler Kristelig Folkepartis syn på at et slikt tilbud i Bergen også ville vært ønskelig, som et supplement til andre lavterskeltiltak. Dette medlem viser for øvrig til Senterpartiets alternative budsjett, der det foreslås å styrke behandlingstilbudet for hepatitt C med 50 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 3 mill. kroner til lavterskeltilbudet «Sammen om nøden».

Dette medlem viser til det viktige arbeidet som gjøres i regi av Evangeliesenteret. Dette medlem viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett, hvor det ble foreslått å styrke Evangeliesenteret med ytterligere 8 mill. kroner, til totalt 27 mill. kroner over tilskuddsordningen for institusjonsbasert rusomsorg.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 1,5 mill. kroner til stiftelsen Kraft. Dette medlem viser til at stiftelsen Kraft er en paraplyorganisasjon for institusjoner og organisasjoner som blant annet driver med rusrehabilitering, ettervern og arbeidstrening. Mange organisasjoner innen rusfeltet har ikke ressurser til å jobbe med kompetanseutvikling, pårørendearbeid, brukerundersøkelser og informasjonsvirksomhet/myndighetspåvirkning. Dette medlem understreker viktigheten av at også mindre organisasjoner og organisasjoner som hovedsakelig benytter ressursene sine rettet mot brukerne, på denne måten kan utvikle eget tilbud i tråd med brukernes og pårørendes behov, og at de får være tilknyttet kompetanse og ressurser for å kunne ha en form for informasjonsarbeid og eksempelvis delta i relevante høringer i Stortinget.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge ytterligere 4 mill. kroner, altså totalt 17,8 mill. kroner, til P22s viktige arbeid i Oslo med avrusning og til videreutvikling av deres flerfase-tilbud.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge totalt 1,5 mill. kroner til No Limitations viktige arbeid.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge ytterligere 10 mill. kroner, til totalt 16 mill. kroner, til Kompasset, Blå Kors, for neste år. Bevilgningen skal legge til rette for å kunne utvide Kompasset til flere byer, øke bemanningen ved Kompasset i Oslo og ansette en fulltids koordinator nasjonalt. Dette medlem viser til at Kompasset er et godt og velfungerende lavterskel behandlingstilbud rettet mot unge som vokser opp i familier med alkoholproblemer, og som trenger hjelp og oppfølging.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge ytterligere 1,5 mill. kroner utover inneværende år, til totalt 3 mill. kroner, til utvidelse av prosjektet «Snakk om mobbing» i regi av Blå Kors.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 1,5 mill. kroner til Modum Bad – Institutt for sjelesorg.

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett foreslo å bevilge 4 mill. kroner til det viktige arbeidet til Pårørendesenteret i Stavanger.

4.21.7 Post 73 Utviklingstiltak

Komiteen viser til regjeringens forslag om å styrke satsingen på arbeid og psykisk helse, psykisk helse i skolen, arbeidet mot radikalisering og voldelig ekstremisme samt det forebyggende arbeidet med

psykiske helseproblemer i gruppene av seksuelle minoriteter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det viktigste helsearbeidet er det som gjøres før folk blir syke. Stadig mer internasjonal forskning viser at opplæring som på ulike måter knyttes til psykisk helse, tanker, følelser og adferd, har en god forebyggende effekt på psykiske problemer og lidelser. Et viktig virkemiddel for å bidra til å styrke hele befolkningens psykiske helse er å inkludere kunnskap om psykisk helse i skolen. Det handler om å bygge opp mental kapital og prioritere positiv psykisk helse, heller enn å bekjempe psykisk sykdom. Dette grepet vil ha en forebyggende effekt på befolkningsnivå. Slik vil det også kunne bidra til å redusere sosial ulikhet i helse.

Disse medlemmer vil fremheve at en satsing på psykisk helse i skolen vil ha den doble effekten at man på en bedre måte oppfyller målene i læreplanen, samtidig som man kan forvente en universelt forebyggende effekt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet har fremmet Dokument 8:134 S (2014–2015) om satsing på psykisk helse i skolen. Et av forslagene i dokumentet er at Stortinget skal be regjeringen fremme forslag om å integrere kunnskap om psykisk helse i skolens fag, slik at barn og unge får en helhetlig opplæring om kroppens fysiske og psykiske helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti er kjent med det viktige arbeidet Forandringsfabrikken gjør for marginaliserte barn og unge, særlig gjennom BarnevernsProffene og PsykiskhelseProffene, men også gjennom deltagelse på en rekke arenaer hvor det er viktig at barn og unge får delta og påvirke. Flertallet viser til at det i statsbudsjettet for 2015 ble bevilget 2 mill. kroner til Forandringsfabrikken, og er glad for at dette er en satsing som er videreført av regjeringen også i 2016. Flertallet mener Forandringsfabrikken innehar en viktig rolle i å være et talerør særlig for marginaliserte barn og unge, og er således et viktig demokratiserings- og empowerment-prosjekt. Flertallet viser til at Forandringsfabrikken har startet et nytt utviklingsarbeid innen psykisk helsevern, bygd på erfaringer fra Mitt Liv, der unge PsykiskhelseProffer i samarbeid med fagfolk i BUP og kommunene vil delta i å utvikle psykiske helsetjenester i Norge til å oppleves mer hjelpsomme og verdige for barn og unge.

Et annet flertall, viser til budsjettforliket der det ble enighet om å forelå å bevilge 4 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Flertallet vil understreke at midlene i hovedsak skal gå til PsykiskhelseProffene, men der Forandringsfabrikken også kan finansiere andre nye prosjekter, blant annet rettet mot unge enslige asylsøkere. Flertallet foreslår dermed å øke kap. 765 post 73 økes med 4 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Venstre viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til Forandringsfabrikken og PsykiskhelseProffene.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til alternativt budsjett fra Sosialistisk Venstreparti, der Forandringsfabrikkens arbeid tildeles 4 mill. kroner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til rettebrev fra helseministeren den 11. november 2015 hvor det ble presisert at det som følge av Prop. 1 S (2015–2016) foreslås bevilget totalt 1,1 mill. kroner til Modum Bad, Institutt for sjelesorg. Flertallet viser videre til budsjettforliket mellom de fire partiene hvor det er enighet om å foreslå en styrket bevilgning på totalt 0,5 mill. kroner til Modum Bad, Institutt for sjelesorg. Flertallet foreslår dermed at kap. 765 post 73 økes med 0,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett har funnet rom for en økning på 0,5 mill. kroner til Modum Bad, Institutt for sjelesorg.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at stiftelsen Modum Bad, Institutt for sjelesorg, utgjør et viktig tilbud i grenseland mellom sjelesorg og psykoterapi og er et lavterskeltilbud innenfor psykisk helse. Dette medlem mener det er viktig å bidra til at et godt tilbud kan opprettholdes ved instituttet, og viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett, der partiet foreslår 4 mill. kroner til dette formålet utover regjeringens forslag.

Komiteen er godt kjent med Fontenehusene, som er et lavterskeltilbud drevet av frivillige. Fontenehusene er arbeidsfellesskap for personer som har eller har hatt psykiske lidelser, der det legges vekt på mestring og tilhørighet, og der det gis mulighet for å prøve seg i ordinært arbeidsliv. Komiteen mener at Fontenehusene er et viktig lavterskeltilbud som ut-

fyller det offentlige tilbudet, og at det både er behov for å styrke økonomien i eksisterende Fontenehus, samt å etablere flere nye.

Komiteens medlem fra Venstre viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås at det bevilges 20 mill. kroner som benyttes til å fortsette arbeidet med å få etablert Fontenehus flere steder i landet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket av 23. november 2015 mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Flertallet foreslår å bevilge 7,5 mill. kroner for å få etablert flere Fontenehus flere steder i landet, og foreslår at kap. 765 post 73 økes med 7,5 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett har funnet rom for en økning på 7,5 mill. kroner for å etablere Fontenehus flere steder i landet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett, der Senterpartiets forslag om en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse i kommunene prioriteres med 400 mill. kroner.

4.21.8 Post 74 Kompetansesentre

Komiteen viser til regjeringens forslag om å videreføre satsing på arbeid og psykisk helse, psykisk helse i skolen, arbeid mot radikalisering og voldelig ekstremisme, samt det forebyggende arbeidet med psykiske helseproblemer i gruppene av seksuelle minoriteter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at som et ledd i oppfølgingen av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, foreslås bevilgningen til psykisk helse i skolen flyttet til kap. 714 post 79. Dette for å løfte frem psykisk helse som en naturlig del av folkehelsearbeidet. Regjeringen Stoltenberg II foreslo i sitt forslag til statsbudsjett for 2014 å kutte 16 mill. kroner i denne ordningen, noe Høyre/Fremskrittsparti-regjeringen reverserte i tilleggsnummeret høsten 2013.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at målet med bevilgningen blant annet er å styrke det forebyggende helsearbeidet gjennom å øke kompetansen i skolen om psykisk helse, og å bidra til å styrke skolens systematiske arbeid for å skape læringsmiljø som fremmer elevers psykiske helse. Til sammen har tilskuddsordningen medført flere hundre skolebesøk og arbeidsøkter med psykisk helse og trivsel som tema. Dette flertallet viser til at ifølge Mental Helse er «Psykisk helse i skolen» det første tiltaket som er tilnærmet systematisk befolkningsrettet forebygging av psykiske vansker.

4.21.9 Post 75 Vold og traumatisk stress

Komiteen viser til regjeringens satsing på å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen om forebygging av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress og selvmord/selvskading samt behandling, av allerede oppståtte skader hos rammede. Kompetansetiltak overfor voldsutøvere – f.eks. sinnemestring – er også inkludert.

Komiteen viser videre til regjeringens forslag om videreføring av bevilgninger til traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge, oppfølging av helsetjenestens innsats etter 22. juli, helsetjenestetilbud til volds- og overgrepsutsatte, samt tiltak mot menneskehandel og prostitusjon. Handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014) skal følges opp med en ny handlingsplan fra 2017.

Komiteen viser videre til regjeringens mål om å redusere forekomsten av selvmord og selvskading, bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord og forslag om videreføring av dagens bevilgning på 23 mill. kroner også i 2016.

4.22 Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

Det foreslås bevilget 17,2 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 19 mill. kroner.

Komiteen viser til avtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som ble inngått i 2012. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målene i avtalen knytter seg til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, personell og kompetanse. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Målsettingene i avtalen er fulgt opp gjennom tiltak knyttet til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse, rus og folkehelsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet og KS vil vurdere å utarbeide en ny bilateral avtale før kvalitetsavtalen utløper i 2015.

Komiteen viser til at det i 2015 ble bevilget 5 mill. kroner til prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Formålet er å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2015. Over 240 kommuner har deltatt i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid.

Komiteen viser videre til at Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene benyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i prosjektet. I 2014 og 2015 har senteret hatt et oppdrag med å evaluere den nasjonale etikksatsingen i kommunene.

Komiteen viser til at det som et ledd i satsingen på kvalitet i tjenesten skal igangsettes et prosjekt for å lage et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem. Prosjektet skal operasjonalisere lovkrav og andre kvalitetsstandarder på en måte som gjør det enkelt for virksomhetsledere og avdelingsledere ved det enkelte tjenestested å ta dem i bruk. Videre skal prosjektet prøve ut systemet i et sykehjem. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem for sykehjem som kan tas i bruk i hele landet. Arbeidet skal ses i sammenheng med øvrige tiltak for å sikre kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Representanter fra KS, bruker- og pårørendeorganisasjoner, yrkesorganisasjonene og aktuelle fagmiljøer skal inviteres til å delta i prosjektets styringsgruppe. Prosjektet baserer seg på fem områder: ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og pasientresultater. Sammen med Helsedirektoratet skal styringsgruppen konkretisere disse områdene, slik at de kan tas i bruk av virksomhetsledere og avdelingsledere i sykehjem. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å prøve ut kvalitetsutviklingssystemet i utvalgte sykehjem. Utprøving, evaluering og korrigering skal skje i samråd med styringsgruppen.

Komiteen viser til Det nasjonale programmet for leverandørutvikling som skal bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS.

Komiteen viser til at arbeidet med Omsorgsplan 2015 som ble lagt frem av regjeringen Stoltenberg II har bidratt til å forsterke det kommunale planarbeidet med helse- og omsorgstjenestene. Fortsatt er det imidlertid bare vel halvparten av kommunene som har satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsordenen i kommunal planlegging. Det må være et mål at alle kommuner foretar mer kunnskapsbaserte analyser av morgendagens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet, og gjør dem til ett av hovedtemaene i sitt kommunale planarbeid. Helsedirektoratet er bedt om å komme med forslag til hvordan dette planarbeidet kan intensiveres som en del av arbeidet med Omsorg 2020. Ett av tiltakene kan være å gi kommunene bedre verktøy for å sammenstille data og lage gode analyser som grunnlag for sin planlegging.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har i samarbeid med en rekke partnere og med støtte fra departementet, utviklet verktøy som nå er tatt i bruk i Trøndelagsfylkene. Prosjektet Verktøy for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene har bl.a. utarbeidet egne statistikk- og analyseverktøy og veileder for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenester i samarbeid med tre kommuner. Prosjektet har som overordnet mål å utvikle en felles portal, hvor kommunene på en enkel måte kan finne relevante plan- og styringsdata og analyseveiledning. Alt ligger i dag i en ressursportal på nettsiden til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet deltar i Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor for å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det offentlige og frivilligheten. Frivillig innsats og motivasjon, samspill mellom sivilsamfunn og andre samfunnsaktører og nye former for kollektiv handling er noen av områdene som inngår i programmet.

Komiteen viser til samarbeidsavtalen mellom KS og flere departementer om etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging, som er fornyet. Dette samarbeidet står bl.a. for gjennomføringen av utdanningsprogrammene Samplan og Helse- og omsorg i plan.

Komiteen viser til at det i 2015 ble bevilget midler til det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Sentralt i programmet er videreutvikling av kommuneperspektivet. Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste, og på å forebygge infeksjoner, trykksår og fall.

Komiteen viser til at Pensjonistforbundet i flere år har drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten er nå utvidet med fire telefonverter som under faglig ledelse kan gi faglig kvalifisert informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet til Bekymringstelefon for eldre og uføre i 2016.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Omsorgsplan 2015 bygger på regjeringen Stoltenberg II sin St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter, mening. Denne planen har hatt som mål å møte morgendagens omsorgsutfordringer med gradvis utbygging av tjenestetilbudet, og til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes omkring 2020. Omsorgsplan 2015 har beskrevet konkrete tiltak fram mot 2015, basert på de følgende fem langsiktige strategiene:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen gir uttrykk for at den i en ny omsorgsplan vil bygge videre på Omsorgsplan 2015 fra regjeringen Stoltenberg II. Disse medlemmer mener dette er positivt, og ber regjeringen følge opp med konkrete, målrettede tiltak.

Disse medlemmer viser til at det ved behandling av statsbudsjettet for 2015 ble stor debatt rundt regjeringens forslag om å fjerne bevilgningen til «Den kulturelle spaserstokken». Ordningen ble innført av regjeringen Stoltenberg II i 2007 og bygger på tanken om at eldre mennesker eller andre som ikke så lett kan oppsøke ordinære kulturtilbud, har like stort behov for – og rett til – kunstneriske og kulturelle opplevelser som alle andre. I 2014 var rammen for ordningen 30,8 mill. kroner, med 15,4 mill. kroner fra helse- og omsorgsbudsjettet og samme beløp fra Kulturdepartementet.

Disse medlemmer var svært kritiske til at regjeringen i budsjettet for 2015 foreslo å avvikle denne viktige ordningen. Disse medlemmer merket seg at midlene etter stort press fra ulikt hold ble tatt inn igjen og innlemmet i den generelle rammen til fylkeskommunene. Disse medlemmer merker seg imidlertid at regjeringen nå har fjernet rapporteringsplikten for bruk av midlene. Den tiltenkte bruken av midlene er dermed svært usikker, og disse medlemmer mener sannsynligheten er stor for at pengene kan bli benyttet til andre formål.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er glad for at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 styrker «Den kulturelle spaserstokken» med 50 prosent, dvs. 15,4 mill. kroner. Disse medlemmer mener at midlene fortsatt kan legges til rammen for Kommunal- og regionaldepartementet, men at det må være rapporteringsplikt for tildelingen, slik at man sikrer at midlene brukes til det som er formålet med «Den kulturelle spaserstokken» – å gi gode kunstneriske og kulturelle opplevelser til eldre mennesker.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet har tillit til at de organisasjoner, fylkeskommuner og andre som tildeles midler, forvalter disse i tråd med intensjonen, og mener fjerning av rapporteringsplikt er et fornuftig ledd i å effektivisere offentlig sektor og redusere byråkrati.

Disse medlemmer viser for øvrig til merknader om regjeringens handlingsplan HelseOmsorg 21, som er nærmere omtalt under kap. 780 Forskning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, påpeker at videreføringen av «Den kulturelle spaserstokken» ble omtalt i Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, jf. Innst. 380 S (2014–2015), hvor det vises til at det gjennom budsjettforliket mellom de fire samarbeidspartiene ble videreført 30,8 mill. kroner til «Den kulturelle spaserstokken». Denne meldingen ble altså behandlet før sommeren.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett, der det foreslås 10 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken utover regjeringens forslag og en tilskuddsordning for aktivitet i sykehjemmene som også vil omfatte musikkterapeuter og frivillighetskoordinatorer.

4.23 Kap. 770 Tannhelsetjeneste

Det foreslås bevilget 263,7 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 231,6 mill. kroner.

Komiteen viser til at tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen.

Komiteen ser behovet for å styrke tannhelsen og utjevne forskjeller mellom landsdeler og regioner. Komiteen mener prøveprosjektene med tannhelsetjeneste på sykehus er viktig for å øke sykehusenes kunnskap om tannbehandling og styrke tilbudet til den enkelte pasient. Komiteen viser til tilskuddet til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus, som foreslås videreført med 16 mill. kroner i 2016.

Komiteen viser til at det er behov for kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. Komiteen støtter det foreslåtte tilskuddet til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av amalgam i tennene. Komiteen er positiv til at regjeringen foreslår å øke bevilgningen til Niom AS med 2,5 mill. kroner, for å drive klinisk odontologisk materialforskning, opplæring og kunnskapsformidling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til Innst. 333 S (2014–2015) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, jf. Meld. St. 14 (2014–2015), hvor komiteens flertall har følgende merknad angående forslaget om overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene:

«Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten».

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Innst. 333 S (2014–2015), jf. Meld. St. 14 (2014–2015), og følgende merknad til forslaget om å overføre ansvar for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene:

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til høringen og til at tannhelse er en oppgave som løses godt i dag av fylkeskommunene og at det er ingen grunn til å bryte opp fungerende fagmiljø og føre dette over i ulike former for interkommunalt samarbeid.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er et mål med en gradvis utvidelse av det offentliges ansvar i tannhelsetjenesten. Dette medlem viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der det foreslås innført tilskudd til tannhelsesjekk for eldre.

Komiteen påpeker at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til blant annet grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven § 4-1.

4.24 Kap. 780 Forskning

Det foreslås bevilget 357,9 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 337,2 mill. kroner.

Komiteen mener det er viktig å øke fokuset på klinisk forskning, og støtter etableringen av et nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at flere pasienter gis mulighet til å delta i kliniske studier. Komiteen mener det må settes trykk på å øke norske miljøers deltagelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon; Horisont 2020. Komiteen understreker at det i oppfølgingen av HelseOmsorg 21-strategien må etableres infrastruktur for utprøving av innovasjoner, slik som nytt medisinsk-teknisk utstyr, og legges bedre til rette for implementering av forskningsresultater. Komiteen mener det er et stort innovasjonspotensiale i anskaffelser, særlig innen IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

Komiteen mener at forskning og innovasjon er viktig for å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er en kunnskapsintensiv sektor og helseforetakene har en viktig rolle innen utdanning, forskning og innovasjon. Komiteen viser til at det i 2014 ble utarbeidet en strategi for helse- og omsorgsforskning og innovasjon; HelseOmsorg21. Strategien følges opp gjennom regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21.

Komiteen støtter at det bevilges 357 mill. kroner til fem forskningsprogrammer, to evalueringer og to strategiske satsinger. Dette er en styrking fra 2015. Komiteen merker seg at Forskningsrådet får en ny programstruktur, som skal gi mer fleksibilitet og forenkling. Komiteen vil spesielt understreke at evalueringen av pakkeforløpene innen kreft er viktig, og at det er nødvendig å få inn pasientperspektivet i forskningen. Komiteen ser frem til følgeevalueringen av samhandlingsreformen og studien av barn som pårørende som ferdigstilles 2015. Komiteen noterer seg at evalueringen og forskningen relatert til mammografiprogrammet viser usikkerhet med hensyn til fordeler og ulemper ved screening, men komiteen er tilfreds med at evalueringen konkluderer med at målet om en reduksjon i dødelighet på 30 prosent nesten er nådd.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til omtale av forskning i helseforetakene under kap. 732 Regionale helseforetak, post 78. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett ville medført et løft på om lag 26 mill. kroner til medisinsk forskning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialis-

tisk Venstreparti savner en mer offensiv oppfølging av HelseOmsorg21-strategien og spesielt tiltak for å styrke forskning i primærhelsetjenesten. For å imøtekomme morgendagens utfordringer på helsefeltet er det behov for økt forskning, kunnskap og kompetanseheving om bruk av ny teknologi og behandlingsmuligheter. Kun 10–20 prosent av fastlegens konsultasjoner henvises videre til spesialisthelsetjenesten, og de fleste behandles i primærhelsetjenesten. Det er behov for økt klinisk, pasientnær forskning, forskning på organisering, finansiering og struktur samt tjenesteinnovasjon. Tjenesteinnovasjon må omfatte brukermedvirkning, mobilisering av pasientens egne ressurser, samhandling internt i kommunen, mellom kommune og frivillig sektor, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer støtter fagmiljøenes forslag om et felles praksisbasert forskningsnettverk for primærhelsetjenesten, bestående av et nettverk av allmennpraksiser som er knyttet systematisk til relevante forskningsinstitusjoner. Det vises til den skotske modellen med et felles nettverk som koordinerer fire regionale nettverk og et nasjonalt nettverk for tannhelse.

Disse medlemmer mener at kommunene må få plikt til å tilby praksisplasser for helseutdanninger som er relevant for kommunehelsetjenesten. Det bør også gjelde for privatpraktiserende fastleger og eventuelt andre private aktører som kommuner har driftsavtale med.

Disse medlemmer mener at forskningsmidlene som fordeles gjennom helseforetakene, bør være tilgjengelig for alle for å sikre best kvalitet. Helseforetakene definerer forskningsoppdragene, men alle forskningsmiljø må kunne søke, og ikke bare de som er ansatt i helseforetak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at helse- og omsorgsministeren 24. november 2015 har lagt frem regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Strategien er laget av sentrale aktører fra både næringsliv, pasientorganisasjoner, sykehus, kommuner, universitets- og høyskolemiljøer. Flere departementer har bidratt til utarbeidelsen av handlingsplanen.

Flertallet viser til at HelseOmsorg21-strategien har pekt på at det er behov for en økt innsats for forskning på, med, i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Handlingsplanen har konkrete tiltak for å styrke forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette innsatsområdet i handlingsplanen må ses i sammenheng med regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020, som ble presentert i statsbudsjettet for 2016. Blant tiltakene er etablering av kommunalt pasient- og brukerregister, som også kan benyttes til forskning og utvikling. I tillegg er det foreslått en egen forskningsstrategi for tannhelse og opprettelsen av et forskningsnettverk. Det er også foreslått innovasjonssatsinger rettet mot kommunene. Videre har kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten fått et nytt samfunnsoppdrag som sier at sentrene kan delta i praksisnær og praksisrelevant forskning, og det er foreslått å bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Flertallet viser til at regjeringen vil gi pasienter rask tilgang til de nyeste og beste behandlingsformene. Flere skal få mulighet til å delta i studier. Derfor foreslår regjeringen å etablere et nasjonalt program for behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Det skal også bli lettere for pasienten å få informasjon om hva slags studier det er mulige å delta i, gjennom en ny nettside på helsenorge.no.

Flertallet viser videre til at det er de siste årene er stilt krav til Forskningsrådet og de regionale helseforetakene om økt brukermedvirkning i forskning. Flertallet viser til at når brukerne deltar i hele forskningsprosessen, vil resultatene i større grad reflektere deres opplevelser, og forskningen vil også få større nytteverdi. Flertallet viser til at kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven har et medvirkningsansvar til forskning, og regjeringen vil legge til rette for økt brukermedvirkning også innenfor forskning og innovasjon.

Flertallet viser videre til at helse- og sosialfagsstudentene ved universiteter og høyskoler i dag har for lite praksis i kommunene, og praksisen holder ikke god nok kvalitet.

Mer enn 32 000 studenter i helse- og sosialfag skal hvert år ut i praksis, og omfanget av praksis er stort i mange av utdanningene. Dette krever godt samspill mellom utdanningene og yrkesfeltet, dvs. helse- og velferdstjenestene. Flertallet mener bedre rammebetingelser for kvaliteten på praksisplassene er nødvendig for å styrke praksisen i kommunene og relevans og kvalitet i helse- og sosialutdanningene. Dette er avgjørende for å skape gode kompetansemiljøer i kommunene og for å heve kvaliteten i kommunale tjenester. Regjeringen har derfor varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste at Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil samarbeide om mulig lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for praksis.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti i sitt al-

ternative budsjett foreslo å øremerke 20 mill. kroner til årsaksforskning på demenssykdommer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til budsjettforliket mellom de fire partiene hvor det er enighet om at demensforskning skal være et prioritert formål og at det i tildelingsbrevet til Forskningsrådet legges føringer for 2016 om en særlig prioritering til demensforskning, med øremerking inntil 20 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet imøteser regjeringens forslag om at demensforskning skal være et prioritert formål og at det legges føringer i tildelingsbrevet til Forskningsrådet for 2016.

4.25 Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

Det foreslås bevilget 143,4 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 136,7 mill. kroner. Det foreslås flyttet 7,8 mill. kroner til dette kapitlet fra andre kapitler.

Komiteen viser til at det er nødvendig å sikre rask framdrift og god kostnadskontroll ved utbyggingen av nytt nødnett.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti forventer at regjeringen følger opp dette.

Komiteen viser for øvrig til at det er viktig med gode løsninger fram til et landsomfattende nødnett er på plass.

Komiteen mener det er viktig å ha fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, og på å utvikle flere kvalitetsindikatorer i helsetjenesten.

Komiteen vil peke på viktigheten av å ha fokus på tidlig innsats, herunder tidligere utredning, behandling, pleie og omsorg – særlig overfor barn og ungdom med ulike helseutfordringer. Fokuset på levekårene og tiltak for barn som er pårørende, er også viktig å få løftet fram.

Komiteen vil også bemerke at det er viktig å videreføre forskningen på CFS/ME-området.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil bemerke at det også er viktig å intensivere forskningen på området, og mener man må tilby denne pasientgruppa et bedre og mer helhetlig behandlingsopplegg, og forventer at regjeringa følger dette nøye.

Komiteen er tilfreds med fokuset på å øke rekrutteringen av blodgivere. Komiteen har også merket seg den positive utviklingen når det gjelder organdonasjon, og mener det er viktig å videreutvikle satsingen på området.

Komiteens medlem fra Venstre er bekymret for at det mangler blodgivere i Norge, og mener det er nødvendig å rekruttere enda flere blodgivere. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), der det foreslås en bevilgning på 2 mill. kroner til Røde Kors.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til budsjettforliket mellom Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre og foreslår å øke bevilgningen med 2 mill. kroner til Røde Kors til rekruttering av blodgivere over kap. 781 post 79.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett har funnet rom for en økning på 2 mill. kroner til Røde Kors til rekruttering av blodgivere.

Komiteen viser til «Sammen om kreft – nasjonal kreftstrategi 2013–2017», lansert juni 2013 og utviklet i samarbeid med Kreftforeningen, som bl.a. legger vekt på en brukerorientert kreftomsorg, gode pasientforløp uten forsinkelser, kreftforebygging, økt kreftoverlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Komiteen mener oppfølging av strategien er avgjørende for å lykkes bedre i kampen mot kreft.

Komiteen viser til Nasjonalt program for kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed). Målsettingen til InnoMed er å utvikle nye innovative løsninger basert på pasientenes og brukernes behov for å øke kvaliteten og effektiviteten i sektoren. Komiteen mener InnoMed er en viktig bidragsyter for å øke og videreutvikle innovasjon i helse- og omsorgssektoren, og for å samle kompetansen på behovsdrevet innovasjon.

Komiteen vil bl.a. peke på Norsk Pasientforening som en viktig organisasjon, som tar utgangspunkt i enkeltpasienters og pårørendes historier om sitt møte med helsevesenet. Dette kan handle om rettighetsbrudd, eller erfaringer av hjelpeløshet i et komplisert system. Norsk Pasientforening går i dybden i enkeltsaker og har betydelig faglig- og systemkompetanse på helseområdet. Komiteen merker seg at pågangen er for stor i forhold til de ressurser som organisasjonen rår over.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet har registrert at for å møte denne kraftige økningen i pågangen fra pasienter og pårørende er det behov for å styrke Norsk Pasientforening. Disse medlemmer mener det er behov for å øke bevilgningen til Norsk Pasientforening med 1,5 mill. kroner.

Disse medlemmer viser til budsjettforliket mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre og det økte handlingsrommet budsjettet er tilført. Disse medlemmer har således funnet rom for å øke bevilgningen til Norsk Pasientforening med 1,5 mill. kroner.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til alternativt budsjett fra Sosialistisk Venstreparti, der det settes av 10 mill. kroner til arbeid for menneskerettigheter i omsorgssektoren. Dette medlem mener Norsk Pasientforening kan være en aktuell mottaker av slike midler.

Komiteens medlem fra Venstre er opptatt av å styrke barn og unges psykiske helse og mener det må skje på en rekke ulike arenaer, særlig de frivillige i kommunene. For å følge opp Ungdomshelsestrategien mener dette medlem det er nødvendig med tilskuddsmidler rettet mot ungdom. I den forbindelse vises det til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 10 mill. kroner som skal brukes i en tilskuddsordning forvaltet av ExtraStiftelsens sekretariat.

Dette medlem mener en viktig kanal å nå ungdom på er gjennom nye og digitale medier og teknologiske løsninger. Dette medlem mener man ved hjelp av digitalt tilrettelagt informasjon og oppfølging med bruk av internett, apper, chat, sosiale medier, film, animasjon, dataspillteknologi og utprøving av helsedroner m.m. kan bidra til å nå ungdom bedre og derigjennom fremme deres helse, både på kort og lang sikt. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til DigiLab for utarbeidelse av en eHelseplan for ungdom – prosjekt «Mestring og muligheter – tidlig innsats og bedre egenbehandling».

Dette medlem ser behovet for utredning av og forsøk med hhv. utlånsordning for medisinskteknisk utstyr for sykehus etter modell fra Sverige og utprøving av driftsavtaler for medisinskteknisk utstyr i sykehus etter modell fra Nederland. Dette medlem mener slike forsøk vil kunne føre til bedre utnyttelse av dyrt utstyr, sikrere drift, bedre vedlikehold, og at nytt utstyr kan tas i bruk raskere, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bruke 10 mill. kroner til modellutvikling og utprøving i 2016.

Dette medlem viser til at Venstre har foreslått å åpne for heroinassistert behandling for de aller tyngste brukerne. Dette medlem ønsker at det etableres forsøk med heroinassistert behandling, og viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Dette medlem viser til at Blå Kors har et forebyggende helsetilbud til barn av foreldre med alkohol- og rusproblemer gjennom Kompasset-sentre i Oslo, Bergen, Trondheim og Sandnes. Kompasset er et gratis lavterskeltilbud for unge mellom 14 og 35 år. Dette medlem mener at slike målrettede lavterskeltilbud er svært viktige og burde vært tilgjengelig flere steder. Dette medlem viser i den forbindelse til Venstres helhetlige forslag til statsbudsjett for 2016 slik det framstår i Innst. 2 S (2015–2016), hvor det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til etablering av flere nye sentre andre steder i landet.

4.26 Kap. 783 Personell

Det foreslås bevilget 205,6 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 200,3 mill. kroner.

Komiteen mener kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell er viktig for innholdet og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen er derfor opptatt av at grunn-, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet slik at de møter pasientenes og tjenestenes behov i årene fremover. Komiteen er positiv til at regjeringen, som nevnt i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, vil utvikle en plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Kompetanseløft 2020, som skal bidra til å skape en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste og styrke tjenestens eget kunnskapsgrunnlag gjennom fagutvikling, forskning og innovasjon. Komiteen merker seg videre at det utredes etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå tilpasset behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester, i første omgang for sykepleiere, og at det vurderes om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med slike masterutdanninger. Komiteen er positiv til dette.

Komiteen er videre fornøyd med at antall ansatte med helsefaglig utdanning i spesialisthelsetjenesten har økt sterkt de siste tiårene. Samtidig med at det utdannes flere, må fremtidens personell- og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten løses ved nye

arbeidsformer, bedre organisering og oppgavedeling, gode elektroniske verktøy og ved at ny teknologi innføres raskere og brukes i større skala for å effektivisere det daglige arbeidet i sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret for den fremtidige rekruttering til helseyrkene. Det er mangel på helsefagarbeidere, spesialsykepleiere, jordmødre, helsearbeidere med kompetanse innen rus og psykisk helsevern, fastleger, farmasøyter, psykologer og bioingeniører innen patologi. Mangel på nøkkelpersonell fører til dårligere og dyrere pasientforløp. Disse medlemmer mener regjeringen må prioritere arbeidet med å få oversikt over fremtidig kompetansebehov og dimensjonere utdanningstilbudene for fremtidige behov.

Disse medlemmer er bekymret for konsekvensene innføring av fritt behandlingsvalg vil få for utdanning av helsepersonell og spesielt for kvaliteten og bredden i en kunnskapsintensiv sektor som helse. Disse medlemmer ser det som utfordrende at fellesskapet skal utdanne helsepersonell som private kapitaliserer uten å ta del i utdanningskostnadene.

Disse medlemmer mener at arbeidet med heltidskultur er avgjørende for god kvalitet og bedre bruk av helseressursene. Det må fortsatt være en prioritert oppgave for myndighetene, sammen med partene i arbeidslivet i kommunene og helseforetakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen har satt i gang viktig arbeid for å få et kompetanseløft i helse- og omsorgstjenestene, samt et nødvendig arbeid for å få bedre oversikt over personell- og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er en hovedsatsing for nåværende regjering og for flertallet, og er årsaken til at det investeres i å styrke kompetansen hos de ansatte som jobber i helsetjenesten. Flertallet støtter regjeringens tiltak for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for perioden 2016–2020, også kalt Kompetanseløft 2020, som ble presentert sammen med statsbudsjettet for 2016.

Flertallet viser til at regjeringen her har lagt vekt på at hovedutfordringen for helsetjenesten blir å skaffe nok folk med riktig kompetanse. Flertallet viser til at helsetjenesten har behov for større påvirkning på utdanningstilbudet, og er glad for at hele tjenesten nå vil få bedre oversikt over fremtidig personellbehov, slik at en får planlagt i tide og får utdannet riktig helsepersonell. Flertallet viser til at regjeringen vil gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister, lage en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene i sykehus, vurdere videreutdanningstilbud i avansert klinisk sykepleie i sykehus, sikre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov. Flertallet viser videre til at regjeringen vil forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste som grunnlag for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningene, og at den vil bruke den nye nasjonale bemanningsmodellen for å planlegge behovet for helsepersonell regionalt og lokalt.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser videre til at statsminister og partileder Erna Solberg i valgkampen lanserte et viktig og ambisiøst mål om å tilby grunn- og videreutdanning til 15 000 helsefagarbeidere og videreutdanning av 15 000 sykepleiere innen 2020.

4.26.1 Post 61 Turnustjeneste

Komiteen viser til at det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører.

Komiteen merker seg at det ansettes årlig ca. 950 turnusstillinger for leger. Utlysning av stillinger skjer sentralt via en nettbasert søknadsportal, mens tilsettinger og vurderinger foretas lokalt. Dette gir nyutdannede leger et reelt valg om hvor de vil søke og gjennomføre turnustjenesten, og det gir arbeidsgivere mer innflytelse på tilsettingene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det er behov for legespesialister i Norge, samtidig som det står flere kvalifiserte norske leger i kø for å starte spesialistutdanningen med turnustjeneste. Disse medlemmer viser til innledende merknader i denne innstillingen og Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett for 2016, der det er foreslått en styrking, utover regjeringens forslag på 40 mill. kroner, for å øke opptaket av turnusleger i 2016.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det i helsetjenesten i Norge hvert år ansettes rundt 150 flere nye leger enn hva som er tilførselen av turnuskandidater. Underskuddet dekkes av spesialister fra utlandet. Dette medlem viser til at behovet for legespesialister ikke dekkes, fordi det er for få LIS- og turnusstillinger. Av 938 personer som søkte turnusstilling våren 2015, fikk 457 jobb. Senterpartiet mener legemangel må motvirkes ved å utdanne flere leger i Norge. Dette medlem mener at det er et nasjonalt ansvar å utdanne personell til egen helsetjeneste, og at utdanningskapasiteten for

leger derfor må økes, slik at den står i forhold til behovene. Dette medlem viser til Senterpartiets alternative statsbudsjett, der det foreslås 100 mill. kroner til turnuslegestillinger.

Komiteen merker seg at det er beregnet at søkere til turnustjeneste i fysioterapi vil fortsette å øke i 2016, og at ventetiden kan være på inntil ett år. Komiteen ser positivt på at Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om en vurdering av mulige tiltak som kan gi en mer hensiktsmessig og fleksibel framtidig turnusordning for fysioterapeutkandidatene. Fysioterapeuter inngår som en viktig del av teamene i den kommunale omsorgstjenesten. Komiteen ser derfor frem til en utredning med forslag om endringer, slik at behovet for venteliste på turnusplass kan reduseres.

Komiteen noterer seg at det er forventet en liten økning i kiropraktorkandidater i turnustjeneste de nærmeste årene.

4.26.2 Godkjenningsordning for personell utdannet i land utenfor EØS og Sveits

Komiteen viser til at Stortinget har vedtatt ny godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS og Sveits, jf. Innst. 318 L (2014–2015).

Komiteen viser til at godkjenningsordningen videreføre kravet om at utdanninger fra land utenfor EØS-området skal være jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen. Komiteen imøteser forskriften som skal virke fra 2016, hvor det skal stilles krav om fagprøve for leger, tannleger, sykepleiere og helsefagarbeidere, krav om språkprøve og kurs i nasjonale fag for alle lovregulerte helseprofesjoner, samt krav om kurs i legemiddelhåndtering for leger, tannleger, sykepleiere og farmasøyter.

4.26.3 Alternativ behandling

Komiteen viser til at Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) i 2014 undersøkte befolkningens bruk av alternativ behandling. Undersøkelsen viste at det er en nedgang i bruken, der Norge er på linje med øvrige land i Europa. Nafkam har startet opp et arbeid for å undersøke hvem de norske alternative behandlere er, hva de tilbyr, hvor mange de er, mv. Svarene fra undersøkelsen er forventet å foreligge i løpet av 2015.

4.27 Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

Det foreslås bevilget 5 470 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 5 176,8 mill. kroner.

4.27.1 Post 70 Spesialisthjelp

Komiteen viser til at folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister) og at målet er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel. Komiteen registrerer at de regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 600 mill. kroner i 2013 til 1 702 mill. kroner i 2014, noe som tilsvarer en vekst på 6,4 prosent, og at den anslåtte utgiftsveksten i 2015 legger til grunn en volumvekst på 4 prosent.

4.27.2 Post 71 Psykologhjelp

Komiteen viser til at utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende psykologspesialist dekkes etter folketrygdloven § 5-7 med forskrifter. Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale egenandel, bortsett fra ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling. Komiteen merker seg at de regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 15 mill. kroner til 243 mill. kroner i 2014, eller 6,6 prosent.

4.27.3 Post 72 Tannbehandling

Komiteen viser til at utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6a og 5-25, og at trygdens utgifter til stønad til tannbehandling har økt med 297 mill. kroner fra 2013 til 2014 (15,8 prosent). Komiteen registrerer at endring i stønadsordningen til tannbehandling til personer med nedsatt evne til egenomsorg ved varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne, medførte en økning i utgifter med om lag 40 mill. kroner ut over budsjettanslaget, og at de resterende deler av utgiftsveksten har sammenheng med volumvekst, prisjustering og endret takstbruk. Komiteen merker seg også at det er gjort grep som gjør det enklere for pasientene å kunne benytte seg av sine rettigheter, og at utgiftsveksten kan forklares med administrative forenklinger, i tillegg til at tannlegene er blitt flinkere til å informere pasientene om retten til utgiftsdekning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at tannhelsetjenester er svært kostnadskrevende for mange, og at folk med dårlig råd sliter med å betale kostnadene knyttet til å opprettholde en god tannhelse. Disse medlemmer vil fortsette arbeidet for å utvide fellesskapets ansvar for befolkningens tannhelse.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Norges Tannlegeforenings høringsinnspill, der det heter at:

«NTF ser (derimot) med bekymring på de foreslåtte reduksjonene i trygdens ytelser til tannbehandling for 2016 (kap. 2711 post 72), som innebærer at:

1. Takstene fryses på 2014-nivå.

2. Reduserte ytelser for pasientgrupper med munntørrhet og patologisk tannslitasje.

Et bredt Stortingsflertall har tidligere samlet seg om å prioritere tannhelse til dem som trenger støtten mest.

[…]

Begge kuttene rammer mennesker som i særlig grad opplever problemer med høye og til dels uoverkommelige kostnader ved tannbehandling på grunn av tannsykdom som ofte henger sammen med andre generelle sykdomstilstander.»

Disse medlemmer viser også til at trygden opererer med relativt lave refusjonstakster for konserverende behandling (fyllingsterapi), mens takstene for protetisk behandling (kroner, broer og implantater) er relativt høye. Disse medlemmer er kjent med at en dreining av takstsystemet mot bedre dekning av utgifter til konserverende behandling kan være en måte å styre behandlingen i riktig retning på, samtidig som den økonomiske terskelen senkes for de aller mest vanskeligstilte. Disse medlemmer viser til at prioritering i og av tannhelsetjenesten er et tilbakevendende tema som aktualiseres ytterligere av at overføring til kommunene utredes. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om prioriteringer av og i fremtidens tannhelsetjeneste.»

4.27.4 Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt.

Komiteen viser til at private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester, og at formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved private laboratorier eller røntgeninstitutt. Komiteen merker seg at utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 102 mill. kroner, eller 16 prosent i 2014, og at den anslåtte utgiftsveksten i 2015 og budsjettforslaget for 2016 legger til grunn en volumvekst tilsvarende knapt 10 prosent.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at de offentlige sykehusene må styrkes for å kunne ta en større del av oppdraget med å levere gode laboratorie- og røntgentjenester innen rimelig tid. Det er også etter disse medlemmers syn svært viktig at private aktører som har avtale med helseforetakene, prioriterer offentlig henviste pasienter i sitt arbeid.

4.28 Kap. 2751 Legemidler mv.

Det foreslås bevilget 11 977 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 11 777,9 mill. kroner.

Komiteen viser til at regjeringen har lagt frem Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen, som peker ut retningen fremover. Komiteen merker seg at regjeringen i budsjettforslaget for 2016 i stor grad kun har lagt pris- og volumjusteringer til grunn.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil allikevel peke på at det er foreslått noen større endringer på flere områder. Helseforetakene skal blant annet få ansvaret for finansieringen av nye legemidler til behandling av hepatitt C, og for legemidler innenfor legemiddelgruppene veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler. Bevilgingen reduseres på denne bakgrunn med 1 211,5 mill. kroner.

Komiteen vil videre peke på at man foreslår en endring i apotekavansen som gir en innsparing på 30 mill. kroner, og at det foreslås å øke bevilgningene til prøveordning med inhalasjonsveiledning for pasienter med astma og kols med 5 mill. kroner. Videre foreslås et kutt på 30 mill. kroner ved å fjerne barrierekluter fra produktlisten for stomi og inkontinens. Komiteen viser til at bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Sosialistisk Venstrepartis alternative budsjett, der overføringen av flere legemidler fra folketrygden til helseforetakene ikke støt-

tes. Dette medlem mener det er tid for en gjennomgang av konsekvensene av disse overføringene for helseforetakenes evne til å drive de tjenestene de er tillagt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, presiserer at for pasienter og brukere utgjør dette ingen forskjell i deres personlige utgifter, og endringen skal ikke medføre redusert tilgang til legemidlene de behøver, jf. at det følger midler med ved overføringen av finansieringsansvaret. Legemidlene forskrives av sykehusleger eller av privatpraktiserende spesialister som helseforetakene har inngått avtaler med (H-reseptordningen). Pasientene vil som tidligere hente ut legemidlet på apotek. H-reseptordningen ble opprettet for legemidler som pasienten kan administrere selv, men hvor utgiftene likevel skal dekkes av de regionale helseforetakene.

4.28.1 Post 70 Legemidler

Komiteen viser til at offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon hovedsakelig dekkes etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling. En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntrer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege, før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790 post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelfirmaene har søkt om forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel. Departementet er klageinstans. Forhåndsgodkjent refusjon skal ikke innvilges uten Stortingets samtykke dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som årlig overstiger 25 mill. kroner, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Denne grensen for framtidig utgiftsvekst omtales som bagatellgrensen.

Komiteen viser til at pasienten betaler en egenandel på 38 prosent, men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept. Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8. Alderspensjonister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Også alderspensjonister og AFP-pensjonister som mottar særtillegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minsteytelse, tilsvarende 2,48 ganger grunnbeløpet for enslige eller 2,28 ganger grunnbeløpet for gifte/samboende, fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 har fått definisjonen minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

Komiteen viser til at Legemiddelverket i 2014 behandlet 102 søknader om forhåndsgodkjent refusjon, hvorav 96 fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon eller utvidede refusjonsvilkår. 38 av refusjonssøknadene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 37 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon. 5 av de 37 innvilgede refusjonssøknadene var opprinnelig oversendt departementet pga. budsjettmessige konsekvenser. Alle disse legemidlene fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon fra 1. januar 2015 i forbindelse med at bagatellgrensen ble hevet fra 5 til 25 mill. kroner. Legemidlene som fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon behandler sykdommer som diabetes, KOLS, brystkreft, lungekreft, hjertesvikt, håndeksem, ADHD og schizofreni.

Komiteen viser til at det i løpet av 2014–2015 har kommet flere nye og kostbare legemidler til behandling av hepatitt C. Tidligere ble all legemiddelbehandling av hepatitt C dekket av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4, uten krav til kostnadseffektivitetsvurdering av legemidlene eller vurdering av sykdommens alvorlighetsgrad for den enkelte pasient. Endringer i blåreseptforskriften § 4 trådte i kraft 1. november 2014 og 16. juni 2015. Endringene innebærer at det gis refusjon til pasienter med signifikant leverfibrose, at det for de nye legemidlene må søkes om refusjon etter individuell søknad, at behandlingen skal startes av relevant spesialist/sykehusavdeling og at det er innført krav om kostnadseffektivitet. Dagens ordning er i hovedsak i tråd med Legeforeningens faglige veileder, og norsk praksis for refusjon er per september mindre streng enn i f.eks. Danmark og England.

Komiteen viser til at det foreslås en endring i apotekenes avanse på legemidler som til sammen gir en innsparing på 30 mill. kroner; fordelt med 20 mill. kroner på folketrygden og 10 mill. kroner for helseforetakene.

Komiteen viser til at 20–30 000 lever med kronisk hepatitt C i Norge i dag, og at omtrent 800 smittes av viruset hvert år. Sykdommen rammer ut-

satte grupper i samfunnet og har fått lite oppmerksomhet i allmennheten. De fleste smittede er nåværende eller tidligere injiserende rusmiddelbrukere eller innvandrere. Leversykdom er en viktig årsak til dødelighet blant tidligere injiserende rusmiddelbrukere som er smittet med hepatitt C.

Komiteen vil understreke at selv om hepatitt C medfører betydelige helseproblemer, er det færre enn 1 av 5 smittede som følges opp av helsevesenet hvert år. I 2012 fikk færre enn 5 prosent av de smittede medikamentell behandling for sin hepatitt C-infeksjon. Mangelfull oppfølging har ofte skyldes at pasienter ikke har fått eller klart å fullføre behandling og dermed ikke blitt smittefrie.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, viser til at det har kommet flere nye og kostbare legemidler til behandling av hepatitt C. Regjeringen foreslår å overføre finansieringsansvaret for de nye hepatitt C-legemidlene til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2016, jf. omtale under kap. 732 post 72–75. Oppstart med behandlingen av disse legemidlene, evaluering og avslutning gjøres av lege i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer merker seg at regjeringen antar at en overføring av finansieringsansvaret til sykehusene vil gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering.

Komiteens medlem fra Senterpartiet støtter dette, men mener behovet for behandling er større enn det regjeringen har lagt til grunn, og viser i den forbindelse til Senterpartiets alternative budsjett, der det prioriteres 50 mill. kroner til hepatitt C-behandling og -forebygging utover regjeringens forslag. Dette medlem viser til at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for bekjempelse av hepatitter. Dette medlem mener at en slik overordnet strategi for hepatitter må følges av en konkret handlingsplan for bekjempelse, forebygging og behandling av hepatitt C. Dette medlem mener at utredning og behandling for hepatitt C må integreres i all TSB (tverrfaglig spesialisert behandling), slik at den enkelte pasient får en samordnet og helhetlig oppfølging.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet, når det gjelder hepatitt C. Der fremkommer det at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lage utkast til en bred nasjonal hepatittstrategi, i samarbeid med Helsedirektoratet og andre relevante aktører i løpet av 2015. Utgangspunktet for oppdraget var vedtaket under møtet i Verdens helseforsamling i mai 2014 som anbefalte at alle land lager slike strategier. Ett spørsmål som vil bli omtalt i denne strategien, er hepatitt C-legemidler til rusavhengige. Strategien skal blant annet ta for seg tilgjengelighet på forebygging, diagnostikk og behandling for personer som allerede er smittet med hepatitt, med spesiell vekt på sårbare gruppers behov.

Flertallet viser videre til opptrappingsplanen for rusfeltet, der regjeringen gjennom stimuleringsmidler og veiledningsmateriell vil bidra til at kommunene utvikler et bredt spekter av tjenester til personer med rusproblemer, herunder utvikling av lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak. Regjeringen vil vurdere behovet for ytterligere tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder tilgang på rent brukerutstyr og Switch-kampanjen, som skal få brukere til å gå over til inhalering i stedet for injisering av heroin. Tilskuddet til oppfølging av overdosestrategien er foreslått videreført i statsbudsjettet for 2016.

Komiteen viser til at det i Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen varsles at departementet vil foreta en gjennomgang og vurdering av trinnprisordningen og apotekenes avanse i løpet av 2016, og det foreslås derfor ikke store endringer i apotekenes avanse i 2016. De mindre endringene som foreslås i 2016 vil frigjøre midler for å legge til rette for etablering av nettapotek og en prøveordning for inhalasjonsveiledning i apotek. De foreslåtte endringene gjennomføres ved å redusere avansesatsen fra 3 til 2,5 prosent for den del av maksimalpris som overstiger 200 kroner. Samtidig foreslås det å heve tillegget for legemidler i reseptgruppe A og B fra 10 til 15 kroner. Ved beregning av helseforetakenes innsparing er det tatt hensyn til redusert pris på legemidler på H-resept og økt pris på legemidler i LAR som følger av endringene. Endringene er i tråd med målsettingen om bedre samsvar mellom apotekenes fortjeneste og arbeidet med utlevering av legemidlet.

Komiteen viser til at det er dokumentert at over 50 prosent av pasientene med astma/KOLS bruker medisinene feil. Det foreslås å innføre en prøveordning med en utvidet veiledningstjeneste til denne pasientgruppen (teknisk inhalasjonsveiledning). Veiledning i hvordan inhalasjonsmedisinene skal brukes, foreslås gjennomført av farmasøyter som jobber i apotek, og kan f.eks. tilbys førstegangsbrukere. Målsettingen er å bedre behandlingstilbudet ved å forebygge feilbruk, og bedre etterlevelsen av behandlingen.

Komiteen viser til at det kommer nye og dyre legemidler til behandling av høyt kolesterol og hjertesvikt på markedet i løpet av høsten 2015. Dette er legemidler som kan være aktuelle for relativt store

pasientgrupper, basert på godkjent indikasjon, og kostnadene kan derfor potensielt bli høye og overstige bagatellgrensen. Gjeldende regelverk gir pasientene rett til å søke refusjon etter individuell søknad (blåreseptforskriften § 3). Departementet har startet et arbeid med mulige tiltak for å få en kontrollert innføring av de nye legemidlene.

4.28.2 Post 71 Legeerklæringer

Komiteen viser til at bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

4.28.3 Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Komiteen viser til at bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom apotek og bandasjister.

Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislistene for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helsedirektoratet og HELFO har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak av produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.. Det foreslås å flytte bidragsformålet måle- og administrasjonsutstyr til blåresept (medisinsk forbruksmateriell) fra 1. januar 2016. Dagens ordning innebærer at det gis bidrag til måle- og administrasjonsutstyr for å måle og/eller administrere legemidler det gis stønad til etter bidragsordningen, eller som det ytes refusjon til etter blåreseptforskriften. Formålet med flyttingen til blåresept er å oppnå likebehandling mellom ulike tilstander og legemidler, samt å bedre tilgangen for pasientene. HELFO er godt i gang med å gjennomgå de største produktområdene der formålet er å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll. Gjennomgangen omfatter hvilke produkter det gis støtte til, prisfastsetting, avanseregulering, utleveringsmetode og antallsbegrensing, samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet påpeker at HELFO vurderer søknadene ut fra egen kompetanse på området. Dersom søknadene krever en bredere faglig og brukerrettet vurdering, vil man i disse tilfellene søke støtte fra et fagråd sammensatt av eksterne og interne representanter. Fagrådet er rådgivende og bistår i vurderingen av om produktene er aktuelle for refusjonsordningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at det i Prop. 1 S (2015–2016) Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016) og i budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre er foreslått en rekke store kutt på posten til medisinsk forbruksmateriell, som dekkes med hjemmel i folketrygdloven. Dette kuttet rammer i 2016 spesielt stomiopererte. Det er et mål med blåreseptordningen å oppnå likebehandling mellom ulike tilstander og legemidler, samt å bedre tilgangen for pasientene. Erfaringen tilsier at omsetningen av produktene går ned når de blir tatt bort fra blåreseptordningen, og produktene kan bli tatt av markedet og gjort utilgjengelige. Disse medlemmer er gjort oppmerksom på konsekvensene dette vil ha for denne gruppen. Tilgangen på dette materiellet er vesentlig for at denne gruppen skal fungere i arbeidslivet, i sosiale sammenhenger og generelt i hverdagen. Disse medlemmer mener det er grunn til bekymring knyttet til disse kuttene, og ber regjeringen følge nøye med på konsekvensene dette får for denne pasientgruppen. Disse medlemmer er ikke trygge på begrunnelsen for disse endringene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Arbeiderpartiets alternative budsjett for 2016, behandlingen av budsjettforliket og til disse medlemmers foreslåtte reversering av over halvparten av disse kuttene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er et helt grunnleggende prinsipp at velferdsstaten skal utjevne urettferdige forskjeller som følger av sykdom eller funksjonsnedsettelse. Disse medlemmer ser at disse prinsippene nå utfordres. I fjor var det mennesker med inkontinens som fikk kutt; i år er det mennesker med stomi som får store kutt. Ved nærmere ettersyn viser det seg at de påstander HELFO fremsetter om

bruken av forskjellig materiell som kuttes, ikke samsvarer med brukernes faktiske nytte av dem.

Disse medlemmer er gjort oppmerksom på at konklusjonen fra HELFOs rapport om utgifter til medisinsk forbruksmateriell er unntatt offentlighet. Disse medlemmer vil oppfordre til åpenhet om konklusjoner av denne typen, slik at brukerorganisasjoner og de som har behov for de aktuelle hjelpemidlene får en rettferdig anledning til å informere HELFO, statsråden og Stortinget om konsekvensene av de ulike forslagene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er grunn til å være bekymret for denne utviklingen og mener kuttene er for dårlig faglig begrunnet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti foreslår en reversering av kuttene, mot tilsvarende reduksjoner på kap. 700 og 720.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett, der partiet foreslår 30 mill. kroner for å kompensere for regjeringens kutt i blåreseptordningen for medisinsk forbruksmateriell for stomiopererte og personer med inkontinens.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det som følge av budsjettforliket er enighet om en innsparing i medisinsk forbruksmateriell på 27 mill. kroner. Flertallet foreslår på denne bakgrunn at kap. 2751 post 72 reduseres med 27 mill. kroner.

Flertallet viser til at medisinsk forbruksmateriell forskrives på blå resept på samme måte som legemidler. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har ansvar for produkt- og prislistene for medisinsk forbruksmateriell. De er i gang med en gjennomgang av disse listene for å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll og har foreslått at nettoprisen på en spesiell type tappekatetre settes ned med 2 kroner fra 19 til 17 kroner. Flertallet viser til at for pasienter og brukere utgjør dette ingen forskjell i deres utgifter, og endringen skal ikke medføre redusert tilgang til produktet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener regjeringens praksis med å foreta uventede kutt som vil ramme pasientgrupper uten mange sterke offentlige talspersoner, er svært beklagelig. Disse medlemmer viser til at kuttene i blåreseptordningen for stomiopererte vil gjøre barrierekluter, posedeodoranter og posetrekk dyrere og dermed mindre tilgjengelig for mange i pasientgruppen. Dette er medisinsk forbruksmateriell som brukes til å hindre sår hud ved lekkasjer eller gnisninger mot huden, for å forhindre sterkt sjenerende lukt, for å skjule stomien, beskytte huden mot kald væske og så videre. Disse medlemmer viser til at dette for mange stomiopererte og personer med inkontinens er avgjørende for å kunne stå i arbeid, gå på skole og ellers leve et normalt sosialt liv. Disse medlemmer stiller seg også uforstående til at det foretas endringer som får så store konsekvenser for enkelte pasientgrupper, samtidig som det er varslet en helhetlig gjennomgang av legemiddelfeltet. Disse medlemmer ber regjeringen vente med omprioriteringer eller kutt i blåreseptordningen for medisinsk forbruksmateriell før en helhetlig gjennomgang foreligger.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig legge frem for Stortinget resultatene av Helseøkonomiforvaltningens gjennomgang av produkt- og prislistene for medisinsk forbruksmateriell.»

4.29 Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

Det foreslås bevilget 4 639 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 4 133,6 mill. kroner. Det foreslås flyttet 63 mill. kroner til dette kapitlet fra andre kapitler.

Komiteen viser til at bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdloven kapittel 5.

Komiteen viser til at det i budsjettforslaget legges til grunn at egenandelene i sum justeres i tråd med forventet prisvekst, svarende til om lag 89 mill. kroner. Innenfor denne rammen foreslås egenandelstak 1 og egenandelstak 2 videreført på samme nominelle nivå som i 2015.

Komiteen viser til at egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser, foreslås økt med 8 prosent i gjennomsnitt. For legemidler på blå resept foreslås det maksimale kronebeløpet uendret på 520 kroner, mens den prosentvise egenbetalingen økes fra 38 prosent til 39 prosent.

Komiteen viser videre til at egenandelen for pasientreiser, blå resept, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 prosent for året under ett.

Komiteen registrerer at for frikortmottakere innebærer budsjettforslaget en reell nedgang i utgiftene til egenandeler som omfattes av tak 1 og tak 2.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet påpeker at egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets budsjettbehandling. Fra 2015 er egenandelstaket 2 185 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn automatisk. Ansvaret for frikortordningene ligger hos Helseøkonomiforvaltningen, HELFO.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet understreker at lave egenandeler er et grunnleggende kjennetegn på den norske fellesskapsfinansierte helsetjenesten og sørger for at det er medisinske behov, og ikke personlig økonomi som avgjør hva slags helsehjelp hver enkelt av oss har tilgang til.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i sitt forslag til statsbudsjett for 2016 foreslår å øke egenandelene med gjennomsnittlig 4 prosent for blant annet lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, og 8 prosent for opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser. Disse medlemmer er tydelige på at Arbeiderpartiet vil verne om lave egenandeler, og reverserer den foreslåtte økningen utover forventet prisvekst.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er viktig å holde de lave egenandelene som gjør helsetjenesten tilgjengelig for alle i Norge. Når Senterpartiet likevel øker egenandelstak 1 og 2 med prisstigningen i sitt alternative budsjett, må dette ses i sammenheng med partiets øvrige helsesatsing, og at partiet mener det må kunne aksepteres at egenandelstaket følger prisveksten for øvrig.

4.30 Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

Det foreslås bevilget 7 145 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 7 128,9 mill. kroner.

Komiteen merker seg at regjeringa foreslår å øke egenandelene under egenandelstak 1 og 2, med unntak av egenandelen for blå resept, med 8 prosent fra 1. juli 2016. Egenandelen for lege- og fysioterapitjenester foreslås økt med 8 prosent i gjennomsnitt fra 1. juli 2016; noe som tilsvarer en økning på 4 prosent året sett under ett. Egenandelstakene foreslås ikke endret.

Komiteen vil påpeke at bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortopedisk behandling etter folketrygdloven kapittel 5. Det legges til grunn at egenbetalingen følger prisutviklingen og videreføres på samme reelle nivå.

Komiteen viser videre til at det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønnede fysioterapeuter). Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner, og kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutene. Som følge av takstoppgjøret våren 2015 ble fastlønnstilskuddet økt til 187 000 kroner for 2015. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 307 mill. kroner i 2015, mot 297 mill. kroner i 2013; en økning på 3,4 prosent. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler uten henvisning til redusert hjemmel mv. er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet og Venstre, viser i denne forbindelse også til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, samt Innst. 40 S (2015–2016), hvor helsetjenester i kommunene er nærmere omtalt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er behov for å styrke fysioterapitjenesten i kommunene. På tross av at kommunene kan få fastlønnstilskudd ved ansettelse av fysioterapeuter i kommunene, har det ikke medført flere stillinger pr. 10 000 innbygger. Dette selv om fysioterapeutene, som en følge av samhandlingsreformen, får flere komplekse pasienter. Det arbeides tilsvarende 700 fysioterapiårsverk utover avtalt arbeidstid gjennom de kommunale driftstilskuddene, og ventetiden for behandling øker. De voksende ventelistene er et alvorlig hinder for store pasientgrupper, som for eksempel revmatikere. Landsgjennomsnittet for årsverk fysioterapi var i 2014 på 7,3 årsverk. Det er 197 kommuner som har lavere dekning enn dette. Regjeringen må vurdere å innføre et tilskudd til rekruttering av fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunene, i første omgang til kommuner som har en lavere dekningsgrad enn landsgjennomsnittet. Dette medlem viser til at slike tiltak har vist seg effektive for rekruttering av leger til områder i landet med dårlig legedekning.

4.31 Kap. 2756 Andre helsetjenester

Det foreslås bevilget 623 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 527 mill. kroner.

Komiteen viser til at det er foreslått bevilget 623 mill. kroner til henholdsvis helsetjenester i annet EØS-land (13 mill. kroner), helsetjenester i utlandet mv. (395 mill. kroner) og helsetjenester til utenlandsboende mv. (215 mill. kroner). Bevilgningene dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet og til utenlandsboende etter folketrygdloven kapittel 5. Refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land administreres av Helseøkonomforvaltningen (HELFO), og pasienten må selv betale for alle utgifter og deretter kreve refusjon fra HELFO. Komiteen viser videre til Stortingets behandling av Innst. 388 L (2012–2013), jf. Prop. 118 L (2012–2013), om bl.a. EUs pasientrettighetsdirektiv. Som ledd i gjennomføringen av pasientdirektivet, er dagens forskrift utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet påpeker at refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land administreres av HELFO. Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen og deretter kreve refusjon fra HELFO.

Disse medlemmer viser til at det har vært en økning i refusjonskrav fra om lag 8 300 saker i 2013, til 9 700 saker i 2014, som tilsvarer en økning på 17 prosent på ordningen totalt.

Disse medlemmer viser til at utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2016 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3 610 kroner per døgn.

4.32 Kap. 2790 Andre helsetiltak

Det foreslås bevilget 180 mill. kroner for 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016) med Tillegg 1. Bevilgningen i saldert budsjett for 2015 var 192,2 mill. kroner.

4.32.1 Post 70 Bidrag

Komiteen viser til at det foreslås å bevilge 180 mill. kroner over kap. 2790 post 70. Komiteen viser til at posten bidrar til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Komiteen merker seg at for utgifter som overstiger 1 732 kroner i 2015, ytes bidrag som hovedregel med 90 prosent. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

4.33 Driftskutt

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det i budsjettforliket ble lagt inn et ytterligere driftskutt for en rekke virksomheter på 0,1 prosent i tillegg til regjeringens opprinnelige forslag om driftskutt på 0,6 prosent som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektivitetsreform. Flertallet foreslår de reduksjoner som følger av dette og viser til komiteens tilrådning, som flertallet står bak.

4.34 Oversikt over bevilgningsforslag

Sammenlikning av forslag til fordeling av tildelt ramme 15 der det foreligger avvikende forslag til bevilgning. Avvik i forhold til regjeringens forslag i parentes.

Sammenligning av budsjettall, kapitler og poster. Rammeområde 15

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V
		Utgifter rammeområde 15 (i tusen kroner)		
700		**Helse- og omsorgsdepartementet**		
	1	Driftsutgifter	207 965	207 755 (-210)
701		**Direktoratet for e-helse**		
	21	Spesielle driftsutgifter	254 628	254 316 (-312)
	70	Norsk Helsenett SF	122 878	124 758 (+1 880)
702		**Beredskap**		
	21	Spesielle driftsutgifter	30 141	30 111 (-30)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V
703		**Internasjonalt samarbeid**		
	21	Spesielle driftsutgifter	66 352	66 286 (-66)
710		**Folkehelseinstituttet**		
	1	Driftsutgifter	898 171	897 284 (-887)
	21	Spesielle driftsutgifter	700 248	699 623 (-625)
712		**Bioteknologirådet**		
	1	Driftsutgifter	8 719	8 711 (-8)
714		**Folkehelse**		
	21	Spesielle driftsutgifter	148 851	151 676 (+2 825)
	70	Rusmiddeltiltak	123 728	130 728 (+7 000)
	79	Andre tilskudd	56 137	61 137 (+5 000)
720		**Helsedirektoratet**		
	1	Driftsutgifter	1 110 144	1 108 937 (-1 207)
	21	Spesielle driftsutgifter	46 090	46 030 (-60)
721		**Statens helsetilsyn**		
	1	Driftsutgifter	114 991	114 859 (-132)
722		**Norsk pasientskadeerstatning**		
	1	Driftsutgifter	161 823	161 662 (-161)
723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**		
	1	Driftsutgifter	103 970	103 887 (-83)
729		**Pasient- og brukerombud**		
	1	Driftsutgifter	61 117	61 056 (-61)
732		**Regionale helseforetak**		
	21	Spesielle driftsutgifter	19 322	19 303 (-19)
	70	Særskilte tilskudd	776 020	750 543 (-25 477)
	71	Kvalitetsbasert finansiering	519 975	519 466 (-509)
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	54 088 341	54 037 454 (-50 887)
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	19 092 194	19 074 231 (-17 963)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	14 436 023	14 422 443 (-13 580)
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	12 881 489	12 869 307 (-12 182)
	76	Innsatsstyrt finansiering	31 627 870	31 598 179 (-29 691)
	77	Poliklinisk virksomhet mv.	4 086 562	4 082 931 (-3 631)
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	1 103 523	1 102 399 (-1 124)
733		**Habilitering og rehabilitering**		
	21	Spesielle driftsutgifter	12 538	12 526 (-12)
734		**Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak**		
	1	Driftsutgifter	49 519	49 469 (-50)
	21	Spesielle driftsutgifter	14 299	14 285 (-14)
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	79 078	69 078 (-10 000)
750		**Statens legemiddelverk**		
	1	Driftsutgifter	273 886	273 646 (-240)
751		**Legemiddeltiltak**		
	21	Spesielle driftsutgifter	10 681	10 671 (-10)
761		**Omsorgstjeneste**		
	21	Spesielle driftsutgifter	134 331	134 116 (-215)
	71	Frivillig arbeid mv.	13 109	16 109 (+3 000)
762		**Primærhelsetjeneste**		
	21	Spesielle driftsutgifter	61 459	63 419 (+1 960)
	50	Samisk helse	5 511	5 506 (-5)
	60	Forebyggende helsetjenester	50 182	155 182 (+105 000)
	63	Allmennlegetjenester	136 904	128 904 (-8 000)
	73	Seksuell helse	55 531	57 031 (+1 500)
765		**Psykisk helse og rusarbeid**		
	21	Spesielle driftsutgifter	122 966	122 847 (-119)
	71	Brukere og pårørende	132 918	136 918 (+4 000)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V
	72	Frivillig arbeid mv.	216 378	262 378 (+46 000)
	73	Utviklingstiltak mv.	120 540	132 540 (+12 000)
769		**Utredningsvirksomhet mv.**		
	21	Spesielle driftsutgifter	14 459	14 441 (-18)
770		**Tannhelsetjenester**		
	21	Spesielle driftsutgifter	27 073	27 049 (-24)
780		**Forskning**		
	50	Norges forskningsråd mv.	357 888	357 551 (-337)
781		**Forsøk og utvikling mv.**		
	21	Spesielle driftsutgifter	86 879	86 794 (-85)
	79	Tilskudd	56 518	58 518 (+2 000)
783		**Personell**		
	21	Spesielle driftsutgifter	39 023	38 994 (-29)
2751		**Legemidler mv.**		
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 956 500	1 929 500 (-27 000)
		Sum utgifter rammeområde 15	**184 997 823**	**184 984 925 (-12 898)**
		Inntekter rammeområde 15 (i tusen kroner)		
3710		**Folkehelseinstituttet**		
	2	Diverse inntekter	254 559	254 335 (-224)
	3	Vaksinesalg	98 111	98 012 (-99)
3720		**Helsedirektoratet**		
	2	Diverse inntekter	49 384	49 366 (-18)
	3	Helsetjenester i annet EØS-land	46 028	45 983 (-45)
	4	Gebyrinntekter	39 531	39 528 (-3)
	5	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	64 935	64 870 (-65)
3721		**Statens helsetilsyn**		
	4	Diverse inntekter	2 352	2 350 (-2)
3722		**Norsk pasientskadeerstatning**		
	2	Diverse inntekter	1 393	1 392 (-1)

Kap.	Post	Formål	Prop. 1 S med Tillegg 1	H, FrP, KrF, V
	50	Premie fra private	18 181	18 163 (-18)
3723		**Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten**		
	50	Premie fra private	2 469	2 466 (-3)
3750		**Statens legemiddelverk**		
	2	Diverse inntekter	14 971	14 956 (-15)
	4	Registreringsgebyr	112 005	111 900 (-105)
	6	Refusjonsgebyr	2 971	2 968 (-3)
		Sum inntekter rammeområde 15	**5 851 664**	**5 851 063** **(-601)**
		Sum netto rammeområde 15	**179 146 159**	**179 133 862** **(-12 297)**

5. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Venstre og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen gjennomføre forsøk med å flytte 4-årskontroller til barnehagene.

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden legge fram oppdaterte stortingsmeldinger innen IKT og kvalitet i helsetjenesten, med tanke på å redegjøre for framdrift og lansere nye tiltak for å oppnå målsettingene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at alle deler av spesialisthelsetjenesten, herunder også de prehospitale tjenestene, får tilgang til den nasjonale kjernejournalen.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen sikre at data om hørsel og tinnitus innlemmes i HUNT 4.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sikre at oppgaver som hører til normal drift, blir gjennomført internt i sykehusene, ikke ved bruk av fordyrende konsulenter.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen gjeninnføre målene om å øke antall ansatte som får tilbud om hele stillinger.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene går foran i arbeidet for å sikre nok lærlingplasser, både for helsefag, men også for alle andre relevante utdanninger.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen etablere et behandlingsbasert forskningsprosjekt for MS-pasienter ved Haukeland universitetssykehus og sørge for særskilt finansiering i revidert nasjonalbudsjett for 2016.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen sikre at sykestuene i de fire kommunene i Nord-Troms – Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord og Kvænangen – videreføres fra 1. januar 2016, ut fra en modell som kommunene selv finner formålstjenlig, og som samtidig gir de beste tjenestene til befolkningen i regionen.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen finansiere videre drift av Hysnes Helsefort innenfor bevilgningene til «Raskere tilbake» i statsbudsjettet for 2016, slik at driften er finansiert gjennom hele året og første halvår 2017.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen sørge for at trygghetsboliger blir en del av Husbankens tilskuddsordning.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen fremlegge en opptrappingsplan for psykisk helsearbeid i kommunene med særlig prioritering av barn og unge.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen sørge for et system som sikrer klare ansvarsforhold, opplæring og god legemiddelhåndtering for barn med diabetes i barnehager og skoler.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen fremme egen sak om styrking av helsetilbudet i kriminalomsorgen, særlig innenfor områdene rus og psykisk helse.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen i løpet av 2016 legge frem en forpliktende opptrappingsplan for skolehelsetjenesten.

Forslag fra Arbeiderpartiet:

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen innen revidert nasjonalbudsjett 2016 legge frem en opptrappingsplan for strålekapasiteten for kreftbehandling i Norge.

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Venstre:

Forslag 17

Stortinget ber regjeringen snarest ta initiativ til å samle aktører som kan bidra med helse- og velferdsteknologi knyttet til mottak og oppfølging av nyankomne flyktninger og asylsøkere, slik som NORAD, bistandsorganisasjoner, høgskoler, Abelia og kommersielle aktører som Telenor og CISCO for å vurdere mulige pilotprosjekter for å styrke kapasitet, kvalitet og fordeling av ressurser i helsesesektoren.

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 18

Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2017 starte en styrking av pasient- og brukerombudene i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet og innlemme helsetjenester i kommunene i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn.

Forslag 19

Stortinget ber regjeringen gjenopprette det viktige kompetansemiljøet og behandlingstilbudet ved enhet for traumebehandling i Bodø.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen sikre at lokalsykehustilbudet ved Oslo universitetssykehus blir bygget ut, inkludert gjenoppretting av Aker sykehus som et fullverdig lokalsykehus.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringen sikre at avgjørende driftsoppgaver i sykehusene, for eksempel renhold, blir ivaretatt som intern drift i stedet for å konkurranseutsette.

Forslag 22

Stortinget ber regjeringen sikre at sykehusene fortsatt ansetter folk i faste stillinger, for å sikre kompetanse og trygghet til å varsle i sykehusene våre.

Forslag 23

Stortinget ber regjeringen sørge for at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter opphører for pasienter som er alvorlig syke og vurdert til å kunne være i livets sluttfase, og erstattes med faglig funderte samarbeidsavtaler om forløp.

Forslag 24

Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om prioriteringer av og i fremtidens tannhelsetjeneste.

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen snarest mulig legge frem for Stortinget resultatene av Helseøkonomiforvaltningens gjennomgang av produkt- og prislistene for medisinsk forbruksmateriell.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 26

Stortinget ber regjeringen presisere overfor de regionale helseforetakene at ISF ikke skal virke ned på sykehus- og avdelingsnivå.

Forslag 27

Stortinget ber regjeringen gi fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi offentlig spesialistgodkjenning innen utgangen av 2016.

Forslag 28

Stortinget ber regjeringen i løpet av 2016 fremlegge for Stortinget en handlingsplan for styrking av den desentraliserte legevakttjenesten i Norge.

Forslag 29

Stortinget ber regjeringen gjøre legetjeneste i KAD-avdelinger tellende i spesialistutdanningen, også om legen arbeider i KAD-avdelingen i mer enn 50-prosentstilling.

Forslag 30

Stortinget ber regjeringen innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og opprette øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus tidligst innen 1. januar 2020.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 31

Stortinget ber regjeringen innføre en ordning der fastlegekontorene og sykehusene får plikt til å informere om hvor og hvordan pasientene kan få best og raskest mulig behandling.

Forslag 32

Stortinget ber regjeringen snarest fremme forslag om å innføre kraftige sanksjoner mot kommuner som tvinger eldre i sykehjem til å bo på dobbeltrom mot sin vilje.

Forslag 33

Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som får i oppgave å gjennomgå og dokumentere effekten av dagens narkotikapolitikk.

6. Komiteens tilråding

Komiteen viser til proposisjonen og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Rammeområde 15
(Helse)

I

På statsbudsjettet for 2016 bevilges under:

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
		Utgifter		
700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	1	Driftsutgifter	207 755 000	
701		Direktoratet for e-helse		
	1	Driftsutgifter	181 991 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	254 316 000	
	70	Norsk Helsenett SF	124 758 000	
	71	Medisinske kvalitetsregistre	38 272 000	
702		Beredskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	30 111 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 762 000	
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	66 286 000	
710		Folkehelseinstituttet		
	1	Driftsutgifter	897 284 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	699 623 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	18 195 000	
712		Bioteknologirådet		
	1	Driftsutgifter	8 711 000	
714		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79*	151 676 000	
	60	Kommunale tiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	43 910 000	
	70	Rusmiddeltiltak, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	130 728 000	
	74	Skolefrukt, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	35 602 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	61 137 000	
720		Helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	1 108 937 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	46 030 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 108 000	
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	46 305 000	
721		Statens helsetilsyn		
	1	Driftsutgifter	114 859 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	1	Driftsutgifter	161 662 000	
	70	Advokatutgifter	36 200 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	71	Særskilte tilskudd	35 968 000	
723		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	1	Driftsutgifter	103 887 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	22 500 000	
729		Pasient- og brukerombud		
	1	Driftsutgifter	61 056 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	19 303 000	
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	750 543 000	
	71	Kvalitetsbasert finansiering, *kan overføres*	519 466 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	54 037 454 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	19 074 231 000	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	14 422 443 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	12 869 307 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	31 598 179 000	
	77	Poliklinisk virksomhet mv., *overslagsbevilgning*	4 082 931 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, *kan overføres*	1 102 399 000	
	79	Raskere tilbake, *kan overføres*	584 157 000	
	82	Investeringslån, *kan overføres*	1 229 992 000	
	83	Opptrekksrenter for lån fom. 2008, *overslagsbevilgning*	37 000 000	
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	12 526 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	123 148 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*	3 374 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	16 253 000	
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	1	Driftsutgifter	49 469 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	14 285 000	
	70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 563 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	69 078 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	19 593 000	
750		Statens legemiddelverk		
	1	Driftsutgifter	273 646 000	
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	10 671 000	
	70	Tilskudd	69 769 000	
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	134 116 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, *kan overføres*	114 150 000	
	61	Vertskommuner	940 115 000	
	62	Dagaktivitetstilbud, *kan overføres*	296 333 000	
	63	Investeringstilskudd, *kan overføres*	2 533 206 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	64	Kompensasjon renter og avdrag	909 600 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, *overslagsbevilgning*	156 000 000	
	67	Utviklingstiltak	67 889 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	336 948 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	16 109 000	
	72	Landsbystiftelsen	74 566 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	22 850 000	
	75	Andre kompetansetiltak	11 040 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	100 962 000	
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	63 419 000	
	50	Samisk helse	5 506 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	155 182 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	150 545 000	
	63	Allmennlegetjenester	128 904 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	48 096 000	
	73	Seksuell helse, *kan overføres*	57 031 000	
	74	Stiftelsen Amathea	19 302 000	
765		Psykisk helse og rusarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 72*	122 847 000	
	60	Kommunale tjenester, *kan overføres*	383 171 000	
	62	Rusarbeid, *kan overføres*	461 891 000	
	71	Brukere og pårørende, *kan overføres*	136 918 000	
	72	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	262 378 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	132 540 000	
	74	Kompetansesentre	297 094 000	
	75	Vold og traumatisk stress	162 520 000	
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	14 441 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	2 780 000	
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	27 049 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	236 606 000	
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	357 551 000	
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	86 794 000	
	79	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	58 518 000	
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	38 994 000	
	61	Turnustjeneste	141 661 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	24 894 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	1 872 400 000	
	71	Psykologhjelp	266 000 000	
	72	Tannbehandling	2 451 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	880 600 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	10 015 500 000	
	71	Legeerklæringer	5 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 929 500 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Egenandelstak 1	4 470 000 000	
	71	Egenandelstak 2	169 000 000	
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	340 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	4 607 000 000	
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 880 000 000	
	72	Jordmorhjelp	55 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	145 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	118 000 000	
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	13 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	395 000 000	
	72	Helsetjenester til utlandsboende mv.	215 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	180 000 000	
		Totale utgifter		184 984 925 000

Inntekter

3701		Direktoratet for e-helse		
	2	Diverse inntekter	100 000	
3710		Folkehelseinstituttet		
	2	Diverse inntekter	254 335 000	
	3	Vaksinesalg	98 012 000	
3714		Folkehelse		
	4	Gebyrinntekter	1 285 000	
3720		Helsedirektoratet		
	2	Diverse inntekter	49 366 000	
	3	Helsetjenester i annet EØS-land	45 983 000	
	4	Gebyrinntekter	39 528 000	
	5	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	64 870 000	
3721		Statens helsetilsyn		
	2	Salgs- og leieinntekter	389 000	
	4	Diverse inntekter	2 350 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	2	Diverse inntekter	1 392 000	
	50	Premie fra private	18 163 000	
3723		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50	Premie fra private	2 466 000	
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	388 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	405 000 000	
	86	Driftskreditter	4 350 000 000	
3750		Statens legemiddelverk		
	2	Diverse inntekter	14 956 000	
	4	Registreringsgebyr	111 900 000	
	6	Refusjonsgebyr	2 968 000	
		Totale inntekter		5 851 063 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekt under
kap. 701 post 1 og 21	kap. 3701 post 2
kap. 710 post 1	kap. 3710 post 2
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 2 og 3
kap. 714 post 21	kap. 3714 post 4
kap. 720 post 1 og 21	kap. 3720 post 2 og 4
kap. 720 post 70	kap. 3720 post 3
kap. 721 post 1	kap. 3721 post 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 2 og 50
kap. 723 post 1	kap. 3723 post 50
kap. 750 post 1	kap. 3750 post 2

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633 post 1 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettoordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføringer av ubrukt bevilgning til neste år.

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Folkehelseinstituttet	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	63	Investeringstilskudd	9 246,5 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptmidler og fritt behandlingsvalg kan føre utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 720 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjøringsordning h-reseptmidler og post 72 Oppgjøringsordning for fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

VI

Stortinget ber regjeringen presisere i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at alle barneavdelinger skal ansette leger med spesialisering innen vold mot barn, sosialpediatere, og at de regionale helseforetakene som følge av spesialisthelsetjenestens sørge for-ansvar, skal sikre at alle voldsutsatte barn ved Statens barnehus får medisinsk undersøkelse.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 7. desember 2015

Kari Kjønaas Kjos
leder og ordf. for kap. 734 og 765

Olaug V. Bollestad
ordf. for kap. 761, 2756 og 2790

Ruth Grung
ordf. for kap. 722, 762 og 3722

Bård Hoksrud
ordf. for kap. 2751

Kristin Ørmen Johnsen
ordf. for kap. 732, 780 og 3732

Ketil Kjenseth
ordf. for kap. 701, 703, 733 og 3701

Ingvild Kjerkol
ordf. for kap. 770 og 2752

Tove Karoline Knutsen
ordf. for kap. 721 og 3721

Audun Lysbakken
ordf. for kap. 702, 710 og 3710

Torgeir Micaelsen
ordf. for kap. 712, 723 og 3723

Elisabeth Røbekk Nørve
ordf. for kap. 700, 720, 2711 og 3720

Sveinung Stensland
ordf. for kap. 750, 751 og 3750

Kjersti Toppe
ordf. for kap. 714 og 3714

Tone Wilhelmsen Trøen
ordf. for kap. 783

Line Kysnes Vennesland
ordf. for kap. 781 og 2755

Morten Wold
ordf. for kap. 729 og 769