

Møte mandag den 9. juni 2008 kl. 12

President: Thorbjørn Jagland

Dagsorden (nr. 93):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Gunvald Ludvigsen, Trine Skei Grande, Odd Einar Dørum og André N. Skjelstad om en ny behandlingssenhhet for rusmiddelbehandling (Innst. S. nr. 261 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:75 (2007-2008))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik og Siv Jensen om å sørge for realisering av sykehotell ved Radiumhospitalet/Montebello (Innst. S. nr. 265 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:107 (2007-2008))
3. Referat

Presidenten: Representantene Anne Margrethe Larsen, Torfinn Opheim, Trine Skei Grande og Tord Lien, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe foreligger søknad om permisjon for representanten Marit Nybakk i tiden fra og med 9. juni til og med 11. juni for å delta i møte i NATO-parlamentarikerforsamlingen i New York.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, Karin Yrvin, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: Karin Yrvin er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresident

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges en settepresident for Stortingets møter i dag og for resten av inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten foreslår Sigvald Oppebøen Hansen. – Andre forslag foreligger ikke, og Sigvald Oppebøen Hansen anses enstemmig valgt som settepresident for Stortingets møter denne uken.

Sak nr. 1 [12:01:25]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Gunvald Ludvigsen, Trine Skei Grande, Odd Einar Dørum og André N. Skjelstad om en ny behandlingssenhhet for rusmiddelbehandling (Innst. S. nr. 261 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:75 (2007-2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 mi-

nutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegget fra statsråden innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på takerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Gunn Olsen (A) [12:02:26] (ordfører for saken): Når Venstre har fremmet dette forslaget om en ny behandlingssenhhet for rusmiddelbehandling, er det selvsagt gjort med de beste intensjoner.

Vi er alle utålmodige på vegne av alle dem som sliter med sitt rusproblem. Mitt bestemte inntrykk er at hele helse- og omsorgskomiteen virkelig er opptatt av hvordan vi skal komme oss videre for å oppnå best mulige resultater, og ha best mulige virkemidler for å hjelpe alle de menneskene som er avhengige av rusmidler.

Så er det nok slik at vi kan ha ulike forslag til hvordan vi mener det best skal løses. Men vi deler den oppfatningen at det er den enkeltes rusmiddelmissbruk som er utfordringen, og at vi må fokusere på den enkelte rusmiddelmissbruker. Det er den eneste farbare vei for å oppnå gode resultater for den enkelte.

I 2004 fikk rusmiddelavhengige endelig pasientrettigheter og muligheter for behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgskomiteen forventer at de møtes med samme respekt som andre pasientgrupper, fordi de rett og slett har de samme rettighetene.

Det er krevende at køen for å komme til spesialistbehandling fortsatt er lang.

Det er bra at Helsedirektoratet arbeider med ulike tiltak som skal styrke den medisinsk-faglige kompetansen hos leger. Vår oppfatning er at dette er nødvendig for å gi nødvendig helsehjelp både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Selv om rusmiddelmedisin ikke er en egen medisinsk spesialitet, har vi et bestemt inntrykk av at leger har gode muligheter for oppdatering på feltet, noe vi også viser til i våre merknader.

Når regjeringspartiene har valgt ikke å gå inn for forslagene, er det ikke fordi vi ikke deler hovedintensjonene, men fordi vi mener at det meste allerede er ivaretatt innenfor dagens system. Det er mulig innenfor dagens system å tilrettelegge for et sammenhengende behandlingsforløp. Kommunene har en plikt til å iverksette tiltak for dem som venter på behandling, og vi har alle et ansvar for å øke kompetansen på rus i kommunene.

En ekspertgruppe nedsatt av Helsedirektoratet arbeider med å utrede aldersgrensen på 25 år for LAR-behandling. Vi har ikke gjort oss opp noen mening om hvorvidt den bør endres eller ikke. Det bør det i så fall være godt dokumenterte grunner for. Men allerede i dagens rundskriv er det gitt åpning for å fravike kravet om 25 år, dersom en helhetsvurdering taler for at det er det beste for pasienten. Vi er svært opptatt av at LAR-behandlingen må være underlagt gode kontroller og utleveringsrutiner, og at man i tilknytning til denne behandlingen må bestrebe seg til det

ytterste på samtidig å gi LAR-pasientene et verdig innhold i hverdagen. Først da vil det gi resultater.

Departementet vurderer nå grunnlaget for en eventuell forskrift for LAR. Vi tror det er viktig, særlig fordi denne vurderingen skal omfatte hvordan trekantsamarbeidet mellom LAR-senter, fastlege og sosialtjenesten skal ivaretas.

Igjen er fastlegene en sentral samarbeidspartner i dette arbeidet. Regjeringspartiene ønsker at det vurderes å legge til rette for prøveprosjekter der fastleger gis anledning til å foreskrive medikamentell behandling innen LAR. Vi vil ikke ha noen oppfatning om hvordan dette faglig sett skal ivaretas, eller om det skal settes i gang, men ønsker likevel en vurdering av om det er mulig og forsvarlig. Om vi mener at pasientens rusmiddelproblem skal være i sentrum, må vi være villige til å vurdere nye former.

Men la meg tilføye: Vi tror ikke LAR-behandling er en lettvinns løsning for den enkelte pasient. Det er en krevende behandling for pasienten over tid og kan ha bivirkninger, som mange andre former for medisinsk behandling.

Det er i dag ca. 3 500 som står i kø for å komme til behandling underlagt LAR. Det er noe av bakteppet for våre synspunkter.

En samlet komite er generelt opptatt av de store utfordringene med rusproblemene i Oslo-regionen. Som forslagsstillerne gir uttrykk for, er det viktig å fokusere på rusakutt. Det er vi alle enige i, og vi mener det bør være en naturlig del av Hovedstadsprosessen. Vi minner om at det i oppdragsdokumentet for inneværende år er bedt om at akuttfunksjonen i Oslo-regionen styrkes. Og det må skje i samarbeid med Oslo kommune.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [12:07:34]: Fremskrittspartiet deler forslagsstillerens bekymring relatert til dagens rusomsorg, og deler intensjonen om å få på plass en mer helhetlig behandlingsskjede innenfor rusfeltet. Men jeg må få lov til å si at i tillegg til det som foreslås i representantforslaget, må også andre tiltak på plass for å få en god, effektiv og helhetlig behandling av rusmiddelavhengige.

Jeg vil minne om at Fremskrittspartiet har hatt en annen tilnærming til hvordan NAV-reformen skulle fungere, enn det som ble vedtatt. Det ville vært hensiktsmessig overfor rusmiddelavhengige å få lagt kommunenes sosialtjeneste inn i NAV-systemet, slik at man kunne få kontroll på hele behandlingsforløpet og en enklere ansvarliggjøring av de økonomiske virkemidlene.

Fremskrittspartiet er av den oppfatning at man med dagens system allerede i utgangspunktet har mistet helheten i tjenestetilbudet når sosialtjenesten og NAV er atskilt. Rusmiddelmissbrukerne opplever en situasjon hvor de blir kasteballer i systemet, og ansvarligheten blir pulverisert. Dagens NAV-system bør derfor bli revidert med den hensikt å inkludere sosialtjenesten i NAV. Vi kan alle se at dagens system ikke fungerer. Slik vi ser det, ligger mye av årsaken til det akkurat der.

Det er i dag ca. 3 500 mennesker som står i kø for å komme til behandling underlagt LAR. Til tross for Regjeringens uttalte målsettinger om satsing på rusfeltet er det fortsatt lange ventetider for å komme til behandling både

i et LAR-opplegg og for dem der total rusavholdenhet er målet.

Det er behov for en betydelig styrking av omsorgs- og behandlingstilbudet til rusavhengige, og det er ikke minst viktig å forstå at man må sikre et mangfold av behandlingstilbud. Det er et faktum at en i dag vet for lite om hva det er som faktisk virker av behandling. På denne bakgrunn ønsker Fremskrittspartiet at Regjeringen vurderer å innføre en godkjenningsordning for rusbehandling underlagt Helsedirektoratet, slik at en kan få bedre oversikt, kontroll og mulighet for forskning. Vi ønsker å bevilge mer midler til forskning på dette feltet.

Som sagt: Fremskrittspartiet støtter forslagene. Vi fremmer vårt eget forslag i stedet for forslag nr. 6 fra Venstre, men vi vil støtte det subsidiært.

Hvordan i all verden er det mulig å fremme forslag til en aldersgrense for deltakelse i et LAR-tilbud? Både her og i en rekke andre tilfeller foreslår man i denne sal aldersgrenser relatert til behandling som satt i system blir utrolig firkantet for dem som har behov for hjelp. Ved deltakelse i et LAR-tilbud må det være den enkeltes rusmiddelhistorie som ligger til grunn. Å fastsette en aldersgrense vil uansett ekskludere mange fra å få et tilbud, spesielt når vi vet at 3 500 står i kø.

Det kan være mer uriktig å gi LAR-tilbud til en 30-åring som kanskje kun i kort tid har hatt et avhengighetsforhold til opiat, enn det kan være å gi et LAR-tilbud til en 18-åring som kanskje har hatt et avhengighetsforhold til opiat i flere år. Derfor fremmer vi et eget forslag, men støtter Venstres forslag subsidiært, i og med at forslaget legger opp til at deltakelsen skal vurderes individuelt.

Helt til sist: Det er liten tvil om at rehabiliteringssiden for rus må styrkes betraktelig. Veldig ofte er det på den siden det sviktes mest i samfunnet. Én ting er å få på plass en enhetlig behandlingsskjede, men blir ikke dette fulgt opp med nok midler til rehabilitering, sløser vi både med menneskelige og med økonomiske ressurser.

Jeg tar opp forslagene fra Fremskrittspartiet.

Presidenten: Representanten Jan-Henrik Fredriksen har tatt opp de forslagene han viste til.

Presidenten er blitt gjort oppmerksom på at representanten Gunn Olsen glemte å ta opp et forslag, og hun får nå ordet.

Gunn Olsen (A) [12:12:31]: Jeg beklager at jeg glemte å ta opp forslaget fra regjeringspartiene. Jeg tar hermed opp forslag nr. 1.

Presidenten: Representanten Gunn Olsen har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:12:55]: Først vil jeg takke saksordføreren for en god gjennomgang av saken. Jeg vil så berømme Venstre for et godt forslag, med de beste intensjoner om å styrke tilbudet til rusavhengige. Vi støtter selvsagt intensjonen fullt ut. Videre støtter Høyre de fleste forslagene i innstillingen, herunder forslaget om en ny rusakutt og forslaget om at rusavhengige må få et tilbud om

oppfølging innen et døgn etter avrusning. Vi vet at disse pasientene er særlig sårbare for tilbakefall i ventetiden for behandling.

Høyre er imidlertid kritisk til et system der fastlegene får rett til å foreskrive medikamentell behandling for rusavhengighet. Det framgår klart av evalueringen av LAR at dette tiltaket bare er effektivt når det inngår i et helhetlig opplegg som også inkluderer psykososiale tiltak, botilbud og mulighet for sysselsetting i hverdagen. Vi ser allerede i dag at rehabiliteringstiltakene i LAR er for svake. Vi frykter at en liberalisering av legers forskrivning vil føre oss tilbake til den situasjonen vi hadde tidligere da leger forskrev medikamenter til rusavhengige i stort omfang uten nærmere oppfølging, noe som i realiteten reduserte staten til en langer. Rusbehandling er en komplisert og krevende prosess, som således bør være en naturlig oppgave for spesialisthelsetjenesten, på linje med annen spesialisert helsehjelp. Fra Høyres side mener vi at kapasiteten i LAR-behandlingen, i likhet med annen rusbehandling, må økes. Vi er imidlertid kritiske til å senke den veiledende aldersgrensen for LAR-behandling. LAR er for de fleste en livslang behandling med et sterkt avhengighetsskapende medikament, som bl.a. kan redusere forventet levealder betydelig. Vi mener medikamentfri behandling må være førstevalget for de fleste, og særlig for unge rusavhengige.

I Høyre ser vi med sterk bekymring på den ruspolitikken som Regjeringen fører. Da den såkalte opptrappingsplanen ble lagt fram i fjor høst, var den ledsaget av det nest dårligste rusbudsjettet på ti år. Bare fjorårets var dårligere, ifølge Fagrådet innen Rusfeltet. Det framgår av Norsk pasientregister at den gjennomsnittlige ventetiden på landsbasis har økt det siste halvannet året. Samtidig avvikles 69 plasser i rusinstitusjoner i Helse Sør-Øst, og flere institusjoner trues av nedleggelse. Dette har ført til skarp kritikk fra både brukere, fagfolk og organisasjoner, bl.a. Frelsesarmeen.

Jeg har merket meg at representanter fra regjeringsapparatet har argumentert for at dette er et ledd i en opptrapping og en kvalitetsutvikling i sektoren. Realiteten er at mens folk dør i kø, legger Regjeringen ned behandlingss plasser. Mens fortvilte pårørende pantsetter hus og hjem for å gi sine kjære en mulighet til å komme ut av rusmiddelavhengigheten, sier de rød-grønne nei til å betale regningen.

Når Stortinget har bedt om en opptrappingsplan på rusfeltet, går det ikke an å begynne å legge ned plasser det er sterkt behov for. Når målet er å utvikle kvaliteten, går det ikke an å begynne å rasere kompetansemiljøer som er bygd opp over lang tid. Høyre er derfor glad for støtten fra de øvrige opposisjonspartene til vårt forslag om å be Regjeringen om – og det burde være helt innlysende – å utnytte kapasiteten i private institusjoner for å sikre raskere hjelp til rusmiddelavhengige. Vi ber Regjeringen stanse nedleggelsen av tilbud om rusbehandling, i alle fall før alternativ er på plass. Det er ikke sikkert at alle tilbud for enhver pris skal fredes – det mener heller ikke vi – men man må i alle fall ikke avvikle tilbud før nye behandlingss plasser er etablert.

I de aller fleste institusjonene bør det også være rom for

å heve kvaliteten gjennom positive virkemidler og gjennom bruk av vilkår i avtalene fra helseregionene. Bruk av anbud kan være et godt redskap for å skape ryddige prosesser, men det må kjøpes et tilstrekkelig antall plasser for å dekke behovet for tjenester, og det må være mulig å få lengre avtaler.

Jeg er helt enig med representanten Gunn Olsen, som sier at de lange behandlingsskøene er krevende. Da må ikke behandlingss plasser legges ned, men økes i antall, slik at flere kan få en rask, verdig og god behandling.

Kirsti Saxi (SV) [12:17:42]: Jeg vil først føye til at SV har falt ut i en av komiteens flertalls merknader, i innstillingen side 4. Det gjelder punktet der flertallet støtter forslagsstillerne i at «det er uverdige at det i dag er ca. 3 500 mennesker som står i kø for å komme til behandling underlagt LAR-tilbud». Jeg ville bare få dette presisert.

Som forslagsstillerne påpeker, står det i dag ca. 3 500 mennesker i kø for å komme inn i LAR-behandling. Dette er uverdige.

Jeg er glad for at vi nå har fått en opptrappingsplan for rusfeltet som et viktig verktøy for å bedre kvaliteten og styrke tilbudet til rusmiddelavhengige.

Jeg deler Rusmiddelmissbrukernes interesseorganisasjons bekymring når det gjelder forslaget om at fastleger kan gis anledning til å gi medikamentell behandling til sine pasienter. Som vi har sagt i innstillingen, er det viktig at LAR-behandling underlegges gode kontroll- og utleveringsrutiner.

LAR er en del av en tverrfaglig spesialisert behandling, og det er av avgjørende betydning at også det sosialfaglige følges opp.

For å følge opp r-en i LAR, nemlig rehabiliteringen, er individuell plan et viktig verktøy. I likhet med våre regjeringspartnere ønsker vi at det vurderes å legge til rette for prøveprosjekter hvor fastleger gis anledning til å foreskrive medikamentell behandling innen LAR. Forutsetningen for denne muligheten må være at også det sosialfaglige følges opp, bl.a. gjennom individuell plan.

Som påpekt av Forbundet Mot Rusgift gir ikke metadon, Subutex eller Suboxone i seg selv utdanning, sosialt nettverk til dem som har mistet det, eller hjelp til å skaffe bolig.

Etter SVs syn må rusmiddelavhengige som er til behandling, følges tett og få en individuelt tilpasset oppfølging. En slik oppfølging kan innebære skolegang, arbeidsmarkedstiltak, hjelp til å skaffe seg nytt nettverk, tilpasset botilbud, fritids- og aktivitetstilbud og bistand ved gjeldsproblemer.

Jeg er glad for at Regjeringen nå vurderer grunnlaget for innføring av en eventuell forskrift for LAR, og at denne vurderingen skal omfatte hvordan samarbeidet mellom LAR-senter, fastlege og sosialtjeneste skal ivaretas.

Det er viktig med et stort og variert tilbud til rusmiddelavhengige. Det er også viktig at man har gode behandlingstiltak som er medikamentfrie. Vi står overfor store utfordringer knyttet til en helhetlig satsing på rusfeltet. Regjeringen har kommet med en opptrappingsplan for rusfeltet som skal forbedre og sikre en helhetlig oppføl-

ging av rusmiddelavhengige. Det er viktig at planen følges opp, og at man sikrer god kvalitet på behandlingstilbudene.

Laila Dávøy (KrF) [12:21:32]: Jeg har lyst til å takke Venstre for dette Dokument nr. 8-forslaget. Vi har et stort behov for diskusjoner om ruspolitikken i denne saken.

Kristelig Folkeparti støtter flere av forslagene, men ikke dem som går på å gi lettere tilgang til medikamentell behandling. Jeg vil her vise til representanten Sonja Sjølis gode begrunnelser for vårt standpunkt i saken. Kristelig Folkeparti slutter seg helt til den argumentasjonen og de holdningene som Høyre har.

Etter min mening burde vi hatt stor oppmerksomhet knyttet til sammensatte, fleksible, langsiktige og helhetlige tjenester for rusmiddelmissbrukere. Det er pr. i dag – jeg vil si det slik – dyp fortvilelse både i opposisjonspartiene og ikke minst i rusomsorgen over det som nå skjer, spesielt i det området som vi er i her, altså Helse Sør-Øst.

Vi går mot sommeren, og i byene våre øker rusbruk og rusmisbruk. I Oslo, etter at avrusningsplasser er nedlagt, er ventetiden økt dramatisk. Helse Sør-Øst har dessuten gjennom sin anbudsrunder endret faglige holdninger til langtidsbehandling. Det er ikke rart at både opposisjonspartiene på Stortinget og et samlet rusmiljø i dette området er dypt fortvilet på vegne av rusmiddelavhengige mennesker og deres familier.

La meg ta ett eksempel: En ung gutt har hatt store problemer med rus i mange, mange år. Det er helt uholdbart for familien, han har fått lite hjelp. Så fikk han heldigvis, gjennom Helse Sør-Øst, tilbud om tre års behandling langt hjemmefra. Fantastisk. For første gang på mange år er denne gutten i bedring. Det er ikke en veldig gammel gutt – jeg kaller ham «gutt»; han er en ung voksen mann. For første gang skal han få lov til å komme hjem og delta i en stor familiebegivenhet. Så kom det som et sjokk på denne familien for få dager siden: Helse Sør-Øst kutter avtalen med den institusjonen han nå har vært på i ca. et halvt år. Ikke nok med det, de ber ham selv søke plass i en annen institusjon, men sier ikke hvor. Dessuten er det nå besluttet at langtidsbehandling bare er på ett år. Han har derfor bare et halvt år igjen i en eventuell ny institusjon, for han har allerede brukt et halvt år der han er. De to siste årene han skulle ha vært der, er plutselig borte.

Alvorlig talt! Hvis det er noen mening eller noe hold i statsrådets stadige utsagn om at ingen institusjonsplasser skal avvikles før nye og bedre er opprettet, må det gjelde enkeltpasienter. Jeg må si at hvis det er noe hold i det, er statsråden nødt til å stoppe Helse Sør-Øst i det de nå er i ferd med. Noen sier de er i ferd med å rasere rustilbudet i Helse Sør-Øst-området. Det er folk innenfor rusmiljøet som sier dette. Det er mange enkeltskjebner tilsvarende den som denne unge mannen nå opplever. Familien gråter og er fortvilet. Dette er bare ett eksempel, jeg har faktisk flere.

Er det slik vi vil ha det i Norge? Er dette Stoltenberg-regjeringens ruspolitikk? Jeg bruker ikke mer tid. Jeg bare spør.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [12:25:19]: Som saksordfører Gunn Olsen sa, er det gode hensikter som ligger bak de forslagene som er fremmet i dette dokumentet. Samtidig er det viktig å understreke at flere av disse tingene arbeides det med. Gunn Olsen viste bl.a. til at det innenfor legeutdanningen er satt et særlig fokus på dette.

Men jeg har lyst til å si: Innenfor medisin har rus aldri vært det området som har vært prioritert, eller som har vært holdt høyt oppe. Det avspeiler, tror jeg, noe av hvordan en ser på rusmisbrukere, og hvordan behandlingstilbudet er mange steder. Jeg tror hele komiteen mener at tilbudet til rusmisbrukere bør være bedre. Flere bør være engasjert i det. Flere burde hatt sterke meninger, som på en måte kunne bidratt til at engasjementet innenfor dette feltet økte. Jeg tror det har noe å gjøre med at mange ser på rusmisbrukere som tapere, framfor å se at her er det mennesker som er kommet i en slik livssituasjon at de må hjelpes og løftes fram.

Når et menneske kommer til behandling, er det helt vesentlig å ha en sammenhengende behandlingsskjede. Det er vi opptatt av på andre områder. En hjertepasient følges nøye opp etter en hjerteoperasjon, en med lærbeinsbrudd eller en kreftpasient følges opp. Når det gjelder den pasientgruppen vi her snakker om, rusmisbrukere, opplever jeg at det har manglet sammenhengende behandlingsskjedder. Det blir i for liten grad brukt individuell plan der både rusmisbrukeren, sosialtjenesten, kommunen og spesialisthelsetjenesten forplikter seg. Jeg tror også det har noe å gjøre med at mange ser på behandling av rusmisbrukere som fånnytt, dessverre. Men jeg mener at målet ikke hele tiden skal være at vedkommende skal bli rusfri. Det kan ikke alle mennesker bli. Målet må være at rusmiddelmissbrukeren skal få et kvalitativt bedre liv. Det mener jeg både sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten – ja hele helsevesenet – skal bidra til. Det må kommunene gjøre ved å skaffe boliger, det må en gjøre ved å følge opp mennesker i disse gruppene tett, slik at de kan få et kvalitativt bedre liv.

Alle er vi enige om at når 3 500 venter på å komme inn i LAR, i legemiddellassistert rehabilitering, er det altfor mange. Jeg vet at Regjeringen vil følge dette opp. Men legemiddellassistert rehabilitering handler om mye mer enn bare å få et legemiddel. Det handler også om rehabilitering. Jeg tror at det rundt omkring i kommunene er mange som svikter på dette området, som ikke gjør det kommunen faktisk plikter å gjøre, nemlig å følge opp med et tett tilbud, med botilbud, botrening, arbeidstrening osv. Jeg håper at alle som har et ansvar innenfor denne sektoren, faktisk skjerper oppmerksomheten og engasjementet overfor en gruppe mennesker som har det svært vanskelig i livet.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:30:20]: Eg står egentleg her og er litt overraska, og årsaka til det er at eg faktisk hadde håpa og trudd at regjeringspartia skulle gå inn på nokre av forslaga vi har fremma i dag. Når eg har den overraskinga i meg, går eg tilbake til 2004 og finn ein fin kronikk som er skriven av Bjarne Håkon Hanssen, Arbeidarpartiet sin helsepolitiske talsmann i

2004. Den heiter «Narkomane skal ikke dø i kø». Han skriv:

«Som helsepolitiker kan jeg ikke sitte rolig og se på at mennesker med livstruende lidelser dør i kø, og at leger blir forbrytere hvis de forsøker å hjelpe.»

Og så fortset han:

«Hundrevis av tunge narkotikamisbrukere står i kø for å få behandling. Mange dør mens de venter. I håp om å få medisinsk hjelp til å komme seg ut av en fortvilt livssituasjon, oppsøker mange fastlegen sin.

Men selv om mange leger ønsker å hjelpe, nekter loven dem å behandle disse pasientene med medisiner som metadon og Subutex.»

Ja, dette var kloke ord. Men inga regjering har vore god nok til å få ned overdosedødsfalla. Det er uforståeleg at Arbeidarpartiet kan stå fram med denne budskapet i 2004, men så forlate han når dei kjem i regjering.

Så vil eg på vegner av Venstre understreke ein viktig ting. Vi trur sjølv sagt ikkje at medikamentell behandling vil løyse alle problem for rusmisbrukarane. Vi trur at det er summen av alle tiltaka som er med på det, som òg mange andre talarar har vore inne på.

Vi snakkar om rehabilitering, men eg trur eg må sitere noko som blei sagt ute på Eidsvollss plass her i dag. Her blei det heist 244 ballonger, og kvar ballong representerte eit overdosedødsfall i Oslo i 2007. Der var det ein av appellantane som sa: Ein føresetnad for å rehabiliter nokon er jo at dei er i live. Det er eit viktig poeng, som vi må ta med oss.

Rusmisbrukarane skal ikkje dø i kø, men det gjer dei no. Vi veit at meir enn 2 000 har døydd av overdose dei siste ti åra. Venstre vil at alle som vil ha behandling, skal få det. Og så må hjelpeapparatet springe litt etter dei som ikkje er motiverte. Og så må bustad, sosiale relasjonar og eit system rundt naturlegvis fungere. Medikamentell behandling med metadon og Subutex, erstattar ikkje tapt utdanning, tapt sjølvrespekt og fråverande sosialt nettverk.

LAR-systemet er for rigid. Det er for mykje A4-krav, og det for ei gruppe menneske som absolutt ikkje er A4. Mange års misbruk gjer at folk ikkje er vennleg innstilte til rigide reglar. I tillegg er LAR dyrt, og det blir brukt svært mykje pengar på kontrolltiltak – berre urinprøver kostar meir enn 200 mill. kr i året.

Eit av våre forslag her går ut på at vi vil ha eit forsøksprosjekt kor fastlege med spesiell kompetanse og interesse for ruspasientar kan dele ut høveleg medikamentell behandling, Subutex, Subuxone eller liknande, og gi tett oppfølging. Vi meiner prosjektet skal øyremerkjast tunge rusmisbrukarar og ha ei aldersgrense på 20 år.

Vi meiner at mange overdosar og dødsfall kunne vore unngått dersom systemet hadde vore lagt opp slik at ein fekk ein time til behandling med ein gong avrusinga var ferdig. Det har ein jo som mange veit, greidd i Stockholm, og Venstre vil ha det i Noreg òg. Det hjelper ingen å bruke hundretusenvis av kroner på opphald på rusinstitusjon dersom rusmisbrukaren blir send tilbake til elendige buforhold og ekstremt dårleg økonomi, og til omgivnader kor alle rundt rusar seg.

For oss er det uforståeleg at det ikkje blir lagt opp til ei

førstelineteneste òg innanfor rusfeltet, slik at pasientane kan rehabiliterast før dei blir så dårlege at dei kvalifiserer til dei retningslinene som i dag må vere tilfredsstilte for pasienten kan få LAR-behandling.

Her er det mykje uforståeleg. Eg trur at vi her er einige, men vi må ta steget alle saman – vi må tore å gjere noko nytt. Eg hadde ønskt vi hadde kome så langt.

Heilt til slutt tek eg opp forslaga som Venstre står bak, aleine eller saman med andre.

Presidenten: Representanten Gunvald Ludvigsen har tatt opp de forslag han viste til.

Statsråd Sylvia Brustad [12:35:51]: Tilbudet til rusmiddelavhengige skal utvikles for å kunne møte framtidens behov for tverrfaglig spesialisert behandling. I dag er jeg helt enig med alle de talere som har sagt at det ikke er bra nok. Vi er ikke i mål, og det er helt åpenbart fortsatt mange utfordringer. Det er for mange rusmiddelavhengige som opplever usammenhengende tjenester og for dårlig kvalitet. Andre har lyktes i å skaffe seg nye liv, noe Det Nytt gir eksempler på. Jeg er, i likhet med det jeg opplever alle andre talere i denne salen er, opptatt av at alle med rusmiddelavhengighet skal få god tverrfaglig spesialisert behandling og nødvendig rehabilitering og oppfølging uten avbrudd, slik målet er for andre pasienter.

Ansatte og ledere i spesialisert rusbehandling, kommuner og private rusinstitusjoner må og skal samarbeide tett om behandling og rehabilitering for mennesker med rusmiddelavhengighet. Slikt samarbeid må styrkes, og tverrfaglig, spesialisert behandling henger derfor nøye sammen med den oppfølging og rehabilitering som skjer i kommunene. Jeg vil også peke på nødvendigheten av å lytte til dem dette gjelder, og deres pårørende – og spesielt ivareta ungene i enhver behandling.

Jeg vil kort omtale de forslagene som er lagt fram.

Til det første: Helsedirektoratet arbeider nå med tiltak som skal styrke den medisinsk-faglige kompetansen for leger. I regi av Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo gis det grunnkurs i rusmiddelmedisin om ulike behandlingstiltak for rusmiddelavhengige. Det gis kurs i det som heter 12-trinnsmodellen, og fordypningskurs i rusomsorg og psykisk helsevern. I tillegg arrangeres regionsvise kurs i rusmedisin for leger. Det er i dag ingen medisinsk spesialitet, men de kursene jeg har nevnt, vil være tellende for relevante spesialiteter. Det samme gjelder for deler av spesialistutdanninga i psykiatri, som kan tas innen avdelinger for tverrfaglig spesialisert behandling.

Når det gjelder punkt 2, la meg slå fast to vesentlige forhold:

- Rusmiddelavhengige har de samme pasientrettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. De som vurderes å ha de alvorligste lidelsene, skal få komme til først og få tilbud om behandling innen en fastsatt frist. Fristen skal settes med bakgrunn i tilstandens alvorlighetsgrad.
- Alle har rett til, og skal få, en individuell vurdering av sin tilstand.

Allerede i dag er det mulig å legge til rette for et sammenhengende behandlingsforløp. Men her svikter det for mye for mange ganger. Jeg har bedt de regionale helseforetakene om å styrke samhandlinga mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for pasienter som har sammensatte behov.

For det tredje: Dagens rundskriv åpner for å fravike kravet om 25-årsgrense for å få tilbud om legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ut fra en helhetsvurdering er grunner til det.

I Ot.prp. nr. 53 for 2006-2007, som Odelstinget behandlet sist høst, åpner som kjent en hjemmel i pasientrettighetsloven for å gi nærmere regler om LAR, herunder kriterier for inntak og utskriving. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer nå om deler av legemiddelassistert rehabilitering skal forskriftfestes. Jeg tar sikte på å være ferdig med den behandlinga i løpet av denne sommeren.

Når det så gjelder spørsmålet om fastleger og LAR, er det ikke ønskelig, sett fra vårt ståsted, at fastleger generelt skal gis ansvar for legemiddelassistert rehabilitering. Det er en behandlingsform for personer med alvorlige og sammensatte lidelser, og må underlegges krav om spesialistvurdering, kontroll og utleveringsrutiner. Men fastlegene spiller sjølsagt en viktig rolle. Her må det være et godt samarbeid. Jeg har merket meg det ønsket som har kommet fra flere, om å ha forsøk der fastleger kan foreskrive egnet medikamentell behandling. Det skal vi sjølsagt vurdere på en skikkelig måte. Men det er uansett ønskelig å videreutvikle LAR i en form som sikrer samhandling mellom alle involverte i rehabiliteringsprosessen. Slik er det ikke alltid i dag.

I årets oppdragsdokument er Helse Sør-Øst bedt om å styrke tilbudet om akutt avrusing i Oslo-regionen. Jeg har sjøl vært med på flere møter med ledelsen i både Oslo kommune og Helse Sør-Øst om dette, også for å avklare ansvarsforholdene på dette området. Det er en viktig del av den prosessen som nå pågår i hele hovedstaden.

Til slutt: Når det gjelder det eksemplet som representanten Dávøy her hadde, om en pasient som ikke lenger fikk hjelp, og som hadde fått beskjed om at han måtte søke ny institusjonsplass sjøl, vil jeg si at slik skal det ikke være. Jeg kommer til å undersøke det umiddelbart. Helse Sør-Øst har garantert for meg at alle pasienter, uavhengig av hva som nå skjer i denne anbudsrunderen, sjølsagt skal sikres behandling videre, og da må de få behandling et annet sted. Så det skal jeg middelbart sjekke opp.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [12:41:08]: Det er en tragedie for den enkelte og for familie og pårørende når man opplever rusmiddelavhengighet. Vi vet at det i dag er 3 500 mennesker som står i kø for å få behandling. Samtidig opplever man at private klinikker blir skviset ut av helseforetakene. Da snakker vi om private klinikker som har bedre pedagogisk kompetanse og tilbud enn de offentlige institusjonene, og som samtidig kan vise til langt bedre resultater når det går på å få mennesker rusfrie.

Da vil jeg spørre statsråden: Hvilke spesifikke, konkrete

tiltak har hun satt i gang for å få de 3 500 som står i kø i dag, inn i en situasjon hvor de faktisk blir tilbudt hjelp når de trenger det?

Statsråd Sylvia Brustad [12:42:13]: For det første kan jeg helt og fullt slutte meg til beskrivelsen når det gjelder dem som havner i en slik situasjon, og deres pårørende. Det er forståelig nok veldig vanskelig, og de fortjener, i likhet med alle andre, hjelp når de trenger det, uansett på hvilket nivå det er behov for det. Det er ikke bra nok alle steder i dag.

Så til spørsmålet om private institusjoner – jeg regner med at representanten fortsatt snakker om Helse Sør-Øst og den anbudsrunderen som har vært der. Private institusjoner brukes i stor utstrekning innenfor rusomsorgen, og det mener jeg er riktig. Om lag 60 pst. av det som kjøpes av tjenester på dette området, er ved private rusinstitusjoner, og det er fordi mange av dem kan tilby veldig god kvalitet.

Regjeringa er særdeles opptatt av at mennesker med rusmiddelproblemer, som alle andre, skal møtes med tilbud av god kvalitet. Det har ikke alltid vært tilfellet innfor rusomsorgen. Derfor må det også være med i de tilbud som gis. Men det brukes altså mer penger på dette i år enn det man gjorde i fjor, og det kjøpes også mer private tjenester. Men vi er ikke i mål – sjølsagt er vi ikke det når det er så mange som står og venter og ikke får nødvendig behandling.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:43:36]: Som jeg var inne på i mitt innlegg, har ventetiden på rusbehandling økt betydelig det siste året. Samtidig legges det ned plasser – 69 i Helse Sør-Øst. I tillegg står Fossanåsen behandlingssenter i Buskerud uten avtale, til tross for at de har samarbeidet med Helse Sør-Øst om etablering av tilbudet.

Flere av disse institusjonene opplyser at de nå må selge plasser på det private markedet. Det betyr at det er de som har penger, som kan kjøpe seg plass. De ansatte i institusjonene forteller imidlertid at det er mange pårørende som er desperate, og som pantsetter det de har av verdier for å få plass til sine nærmeste. De tør ikke ta sjansen på å stå i en offentlig kø.

Høyre foreslår i revidert budsjett 25 mill. kr til kjøp av flere behandlingsplasser i de private rusinstitusjonene, slik at pårørende skal slippe å sette seg i stor gjeld for å betale for nødvendig behandling. Er statsråden enig med Høyre i dette, og vil hun i så fall følge opp vårt forslag?

Statsråd Sylvia Brustad [12:44:48]: Jeg er enig i at en i høyeste grad skal utnytte private i positiv forstand for å hjelpe dem som trenger hjelp, f.eks. private institusjoner så langt det er mulig, og så lenge de har god kvalitet. Noe av grunnen til at det blir litt dyrere tjenester, er bl.a. at de nå kjører på med mer helsepersonell i noen av disse institusjonene for å øke kvaliteten. Jeg har skjont at Høyre – i hvert fall langt på vei – er enig i at det er viktig.

Det er viktig at de som trenger det mest, kommer til først – på dette området som i helsesektoren for øvrig. Derfor mener jeg at det er viktig å utnytte all den priva-

te kapasiteten så mye som mulig, sammen med det vi kan tilby i det offentlige.

Jeg vil bare gjenta: Her går det heldigvis framover. Det er jo ikke slik at ventetidene har økt dramatisk. De tallene vi har for i fjor, er forholdsvis stabile, men ventetida er sjølsagt for lang for mange av dem som burde hatt behandling innenfor mye kortere tid – så her må vi bli bedre. Det må legges inn mer penger, og vi må utnytte enda mer av det vi totalt sett har å spille på.

Laila Dāvøy (KrF) [12:46:01]: Først til eksemplet mitt: Jeg takker statsråden for at hun vil gå inn og se på denne pasienthistorien. Jeg er kjent med at statsråden også har fått en mail om dette for en tid tilbake.

Men så til spørsmålet som går på dette med langtidsbehandling. Mener statsråden det er riktig at Helse Sør-Øst gjennom en anbudsrunder endrer definisjonen og bruken av langtidsbehandling? Burde ikke det eventuelt vært gjort etter en faglig og politisk diskusjon, og ikke som et ledd i en anbudsrunder? Det er det som her er skjedd!

Statsråd Sylvia Brustad [12:46:37]: Jeg tror det som er viktig innenfor rusomsorgen, som ellers, er at det tas hensyn til individuelle behov. Det er åpenbart at det er ganske mange som har behov for lang behandling, men det er også ganske mange som har behov for noe kortere behandling. Dette har jeg hatt dialog med Helse Sør-Øst om, og det betyr at det ikke bare vil være korttidsbehandling som vil bli tilbudt innbyggerne i Helse Sør-Øst, men også langtidsbehandling.

Hele kjeden må styrkes. Jeg opplever også at Kristelig Folkeparti og regjeringspartiene er enige om at hele kjeden fra det forebyggende arbeidet til behandlingen som skal skje etterpå, må styrkes. I tillegg må vi ha nok behandlingsplasser, og det må være behandlingsplasser som faktisk hjelper, men det må også være noen der etterpå for at de som får hjelp, kan komme tilbake til et så normalt liv som overhodet mulig. Helse Sør-Øst skal innenfor sitt sørge for-ansvar tilby både langtidsbehandling og korttidsbehandling, slik at en dekker behovet til innbyggerne i regionen så langt det er mulig.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:47:47]: Eg siterte frå Bjarne Håkon Hanssens kronikk i 2004, og eg registrerte at statsråden ikkje kom inn på noko av det eg sa. Men eg kan i alle fall seie at eg synest det var ein veldig god kronikk som stod i Noregs største avis den 20. april 2004. Forfattaren var som sagt Bjarne Håkon Hanssen, og han blei titulert som Arbeidarpartiets helsepolitiske talsmann.

Eg har kronikken framfor meg, og eg skal sitere litt vidare:

«Som helsepolitiker kan jeg ikke sitte rolig og se på at mennesker med livstruende lidelser dør i kø, og at leger blir forbrytere hvis de forsøker å hjelpe. Derfor foreslår Arbeiderpartiet å gi fastlegene rett til å avgjøre om pasientene skal tilbys legemiddelassistert behandling.»

Mitt spørsmål er: Tek Arbeidarpartiet og Regjeringa avstand frå det som Bjarne Håkon Hanssen sa i 2004?

Statsråd Sylvia Brustad [12:48:55]: Jeg har ikke lest den omtalte kronikken. Det står sikkert veldig mye bra der, så det er ingen grunn til ikke å tru at det er riktig, det som Bjarne Håkon Hanssen helt sikkert skrev.

Regjeringas politikk i forhold til utskriving av legemidler og håndtering av LAR er at vi mener at det krever spesialistutdanning. Men jeg har jo merket meg ønsket fra flere partier her i Stortinget når det gjelder å forsøke ut noe hos fastleger. Jeg skal love at vi skal vurdere dette ordentlig. Uansett hvordan en organiserer dette, er det nødvendig at det er et veldig sterkt og godt samarbeid mellom fastlegene og tjenestetilbudet for øvrig, og ikke minst, som flere har vært inne på, gjelder det sosialtjenesta og den tverrfaglige behandlinga.

Ellers er det slik at denne regjeringa har bevilget ca. 350 mill. kr mer til denne sektoren etter at vi overtok. Jeg tror ikke dette er en sektor der det fins veldig enkle svar – at en knipses i fingrene og dermed er det løst. Det trur jeg også regjeringer før oss har erfart, men vi må gå videre på den veien, tenke nytt, satse på det som fungerer, og sjølsagt bruke både menneskelige og økonomiske ressurser på en så viktig sak.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:50:19]: Jeg regner med at statsråden mente at det var Stortinget som hadde bevilget disse pengene, og ikke Regjeringen – i og med at det er Stortinget som bevilger, ikke Regjeringen.

Jeg har et spørsmål til statsråden. Statsråden var i sitt svar til representanten Dāvøy inne på bruken av langtidsplasser. Statsråden sa at det er viktig at vi ikke bare har korttidsplasser og LAR, men at vi også satser på langtidsplasser. Statsråden sa også i sitt svar at hun har vært i dialog med Helse Sør-Øst om det. Problemet er jo hvordan en definerer en langtidsplass. Innenfor det anbudet som Helse Sør-Øst har fått utarbeidet – og det er ut fra det de kjøpte plasser nå – har man definert en langtidsplass til å ha en varighet på mellom seks og tolv måneder. Mitt spørsmål til statsråden er da: Mener virkelig statsråden at tolv måneder er å anse som lang tid i behandlingen av de tunge rusmisbrukerne som ikke skal inn i et LAR-system?

Statsråd Sylvia Brustad [12:51:28]: For det første er det sjølsagt slik at det er Stortinget som bevilger, så det var en talefeil hvis det hørtes annerledes ut. Det tror jeg representanten skjønner.

Når det gjelder Helse Sør-Øst, er det i den gamle øst-delen hvor det har vært konkurranse på vilkår, som det heter. Jeg vil ikke gå inn på dette, for jeg har ikke den faglige ekspertisen til å kunne si om det er det som fungerer for dem som trenger hjelp. Men det jeg er helt sikker på, er at for noen kan tolv måneder være greit – det er det de har behov for – mens det for andre vil være behov for lengre tid. Det kommer an på hele det tilbudet som gis omkring behandlinga. Det betyr, så vidt jeg vet, at rundene ikke er ferdig i sørdelen av Helse Sør-Øst. De har et ansvar for å sikre både korttids- og langtidsbehandling – det være seg under ett år og over ett år, alt etter hva det måtte være behov for, avhengig av hvilke individuelle behov hver enkelt har.

De synspunktene som er kommet fram i denne debatten, vil jeg sjølsagt ta med meg tilbake til Helse Sør-Øst for at de skal sikre tilbud for alle som har ulike behov, innenfor de gjeldende frister.

Presidenten: Replikskiftet er omme.

De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:52:52] (komiteens leder): Det har vært mange gode innlegg i denne salen, og det er åpenbart et godt og riktig engasjement for denne gruppen mennesker. Men la oss ta én ting inn over oss med en gang: Rusmiddelmissbrukere er ikke noen ensartet gruppe. De er enkeltmennesker med forskjellige behov, som vil respondere forskjellig på forskjellige typer behandlingstilbud. Når vi snakker om rusmiddelmissbrukerne, kan det virke som om alle skal kjøres inn i et system. Det er nettopp mangfoldet som er det viktige. Videre er det også slik at man har rett til en individuell plan, men det hjelper ikke å ha rett til en individuell plan hvis planen ikke følges opp, eller heller ikke utarbeides, slik det faktisk er krav om at det skal gjøres.

I perioden 1997–2001 foreslo daværende stortingsrepresentant John Alvheim og representanten Einar Olav Skogholt fra Arbeiderpartiet en rekke tiltak for hvordan vi skulle få til et bedre rustilbud, og ikke minst få ned tallet på overdosedødsfall. I perioden 2001–2005 foreslo John Alvheim dette sammen med nåværende statsråd Bjarne Håkon Hanssen. Mange av de tiltakene de der fremmet, er nettopp i tråd med det forslaget Venstre nå har fremmet i dette dokumentet. Det er faktisk underlig at ikke flere av disse forslagene får tilslutning fra regjeringspartiene, fordi, i hvert fall Arbeiderpartiet, sammen med Fremskrittspartiet, har vært en pådriver i disse sakene. Det synes jeg er trist, men jeg tar i hvert fall med meg og er glad for at statsråden har sagt at hun vil vurdere en del av disse tingene, og forhåpentligvis vil dette bli vurdert raskt.

Vi snakker veldig mye om LAR, og vi snakker også veldig mye om korttidsplasser og om hvordan vi skal få dette til. Jeg føler likevel at vi er i ferd med å miste fokus når det gjelder dem som skal ha et tilbud uten legemiddelassistert rehabilitering. Som vi nettopp nå har vært inne på i replikkordskiftet her knyttet til langtidsplassene, er tolv måneders behandling i en slik institusjon altfor kort tid for mange. De trenger tid, de trenger tid til å rehabiliteres helsemessig, de trenger tid til å få kontroll over det misbruket de har hatt kanskje i en årrekke. Da blir det galt at man fjerner så mange plasser som man har gjort i Helse Sør-Øst, ikke på grunn av at man har dette ut på anbud, men fordi fokuset i anbudet blir feil. Slik kan vi faktisk ikke ha det.

Vi må få ned ventetiden, og vi må sørge for at vi har en stor variasjon i tilbudet som vi gir. Vi må slutte å snakke om rusmiddelmissbrukerne som en ensartet gruppe, og se på rusmiddelmissbrukeren som et enkeltmenneske, et enkeltmenneske som skal ha de samme rettighetene som oss andre. Dermed må vi også kunne tilby et variert tilbud.

Gunn Olsen (A) [12:56:06]: Jeg klarer ikke å se eller å høre at verken representanten Ludvigsen eller representanten Nesvik har så veldig mange bedre svar på de store utfordringene på rusfeltet enn det regjeringspartiene har.

Vi tydeliggjør i våre merknader bl.a. at vi ønsker at Regjeringa skal vurdere hvorvidt fastlegene kan gå tettere inn og foreskrive LAR, f.eks.

Så er det jo slik at arbeidsmetodene i regjeringspartiene er noe annerledes enn i opposisjonen. Det er ikke noen overraskelse.

Når det gjelder 20-årsgrense for LAR-behandling, er det jo en sannhet at det også etter dagens rundskriv, eller hva det heter, er muligheter til å vurdere 20-årsgrense dersom det etter en helhetsvurdering legges til grunn at det er det beste for pasienten. Men dette er også da en ting som Helsedirektoratet skal gå igjennom, og vi vil få tilbakemelding på det om en stund.

Så er jeg ikke enig med representanten Ludvigsen i at det ikke blir lagt opp til en god førstelinjetjeneste. Det mener jeg at man absolutt gjør. Men jeg tror vi alle skal innrømme at det tar tid å bygge opp et tilfredsstillende apparat for rusmiddelmissbrukere i kommunesektoren. Det er et krevende felt, som det stadig skjer ting på, og det har ikke vært samme kulturen i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Men jeg tror at de som jobber på dette feltet, bestreber seg på å øke kompetansen på feltet.

Så er jeg enig med representanten Harald T. Nesvik i at vi virkelig trenger et mangfold innenfor rusområdet. For, som representanten sier, dette er en svært sammensatt gruppe. Jeg er overbevist om at svært mange av de private ideelle institusjonene gjør en stor jobb i omsorgen for rusmiddelmissbrukere. Mange av dem har svært god kompetanse, de har masse erfaring, og ikke minst finner vi mange ildsjeler nettopp der. Jeg tror at vi trenger ildsjeler over tid for å jobbe på dette feltet.

Så er det jo slik, som også statsråden var inne på, at helseforetakene egentlig har fått beskjed om å prioritere rusfeltet. Det regner jeg med at de gjør.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:59:01]: Dette er en viktig, nyttig og helt nødvendig debatt, og den må holdes varm. Vi må aldri slippe tak i disse utfordringene.

Representanten Skjælaaen sa at dette aldri har vært et område som har blitt holdt høyt oppe eller blitt prioritert. Jeg vil da minne representanten om at det faktisk var Samarbeidsregjeringen som i 2004 gav disse pasientene pasientrettigheter på lik linje med dem som har somatiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Det var jo nettopp fordi man ville prioritere disse pasientene og gi dem en god behandling, at man gav dem de samme rettighetene. Men blir det fulgt opp av den rød-grønne regjeringen? – jeg må fremdeles spørre. På meg virker det som om de vil og de vil, men de får det ikke til. Man kan jo spørre seg hva det skyldes.

Representanten Skjælaaen sa videre at alle som har et ansvar, må skjerpe oppmerksomheten og engasjementet for denne gruppen pasienter. Ja, det håper jeg virkelig, og jeg sender denne oppfordringen videre til regjeringspartiene. Jeg er faktisk svært overrasket over at om de ikke vir-

ker helt tilfreds med tilbudet, så virker det som om de er tilfreds med sitt eget engasjement. Men når det kommer til handling, som representanten sa, så må de som nå har ansvar, skjerpe oppmerksomheten og ta ansvaret. De har flertall, og har absolutt muligheten til det.

Jeg er enig med statsråd Brustad i at det er mange utfordringer, og vi er ikke i mål. Statsråden sa også noe som jeg er helt enig i, og det er at nå må vi lytte til dem det gjelder. Og hvem er det? Jo, det er pasientene, og det er de pårørende. Da tror jeg de opplever det slik som jeg opplever det, at det er et hav mellom den virkelighetsoppfatningen som statsråden og regjeringspartiene legger for dagen, og den virkeligheten som pasientene, de pårørende og de rusavhengige møter. Ja, jeg må si som statsråden: Det er virkelig viktig å lytte til dem det gjelder. Jeg er ikke sikker på om regjeringspartiene har gjort det i stor nok grad. Jeg tror de fleste av oss daglig får mail fra fortvilte pårørende og fortvilte brukere som ikke får behandling, fra fagfolk innen rusfeltet og fra mange av de rusavhengiges organisasjoner. Og spørsmålet er: Har regjeringspartiene og statsråden lyttet tilstrekkelig?

Eirin Falset hadde her overtatt presidentplassen.

Laila Dávøy (KrF) [13:02:11]: I forbindelse med hovedstadsprosessen hadde vi et veldig interessant møte med statsråden på hennes kontor. Da la Helse Sør-Øst til grunn at de ville komme til å innføre kortere liggetid innen somatikken for en rekke ulike pasientgrupper. Slik jeg ser det i dag, kan det se ut som om Helse Sør-Øst legger samme slags – skal vi si – filosofi til grunn innen rusomsorgen, med mer poliklinikk og kortere liggetid. Jeg er veldig bekymret. Det er bare 15 langtidsplasser – altså utover ett år, slik vi definerer langtidsplasser – som det er gitt tilbud om innenfor dette store området. Det bekymrer meg. Jeg har bare lyst til å legge det tungt inn over statsråden.

Så er jeg enig med statsråden og representanten Sjøli som sier at det å lytte til pasienter er veldig viktig. Jeg var i alle fall for kort tid siden på et møte med en del familier som har hatt rusmiddelmissbrukere. Det som var det mest interessante der, var at jeg møtte en tidligere rusmiddelpasient som hadde tatt sitt siste skudd, som han sa, på slutten av 1990-tallet. Han gikk fortsatt i rusmiljøet i Oslo og så etter gamle kompisar. Det var ikke så mange av dem igjen, sa han. Men det som slår ham i dag – og han sa det veldig sterkt – er at det så å si er ingen i Oslo-miljøet som går på LAR som ikke i tillegg misbruker andre medikamenter. Hvorfor det? – spurte jeg. Nei, det er fordi at LAR er det eneste de har fått. Det er ikke noen sosiale tiltak. De har ikke noe behandlingstilbud. Dermed blir det på en måte å gå og ruse seg igjen samtidig som de går på LAR. Og han var veldig klar på det. Derfor er det også en av grunnene til at vi er ganske skeptiske til forsøkene med at fastlegene skal kunne foreskrive LAR-behandling, som statsråden nå sier at de virkelig vil se nærmere på.

Vi ser at det i altfor liten grad gis andre tilbud til LAR-pasienter over tid. Mitt spørsmål til statsråden er egentlig: Når vi nå ser denne negative utviklingen, burde vi ikke i

langt større grad enn det vi har gjort tidligere, stramme veldig mye inn på kriteriene for bruken av LAR? Burde det ikke være slik at ingen skulle få LAR-behandling med mindre man dokumenterer at den som gir LAR-behandling, har forsikret seg om at her gis det behandlingstilbud i tillegg, her gis det sosiale tilbud i tillegg, og at man er helt trygg på at dette vil bli fulgt opp i LAR-perioden?

Gunvald Ludvigsen (V) [13:05:26]: Først vil eg takke for at dette har blitt ein skikkeleg debatt om eit veldig viktig tema. Det er jo viktig at sjølv om det er ein smule ueinighet om noko, så får vi i alle fall sett saka på agendaen, og no vil vi truleg få fram positive løysingstankar.

Eg vil takke statsråden for at ho opnar for å sjå på om fastlegar kan søkje om og få ansvaret for å gje LAR-behandling. Eg trur i alle fall at det var eit veldig positivt signal frå mange hald.

Dernest synest eg det var greitt at representanten Nesvik hadde litt ytterlegare historieoppdatering frå to sentrale helsepolitikarar, John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hanssen. Det kan jo tyde på at den ueinigheita som tilsynelatande er til stades her, ikkje er veldig stor. Eg trur eigentleg ikkje at ueinigheita er så veldig stor.

Sjølvsagt er eg einig med dei som seier – som også statsråden sa – at det er ingen enkle løysingar. Det er klart at det er det ikkje, det er vi veldig einige om. Venstre vil ha meir av alt når det gjeld behandling av rusmiddelmissbrukarar, men dessutan må vi vere villige til å sjå på korleis andre land har løyst desse problema. Det er ikkje berre i Noreg vi slit – vi er ikkje noka øy i verda – dei slit overalt rundt omkring. Men nokre har prøvd andre metodar, metodar som vi ikkje prøver i Noreg, og som vi på ein måte ikkje tør å ta i bruk. Vi veit at i Frankrike har dei fått ned talet på overdosedødsfall med over 80 pst. Det er i alle fall tal som eg trur det er rimeleg å tru på. Det er såpass gode resultat at norske helsestyresmakter må vere villige til å gå inn på tala og sjå på korleis dei har klart det. Er det noko som vi også kan bygge på hos oss?

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [13:07:50]: Aller først har jeg lyst til å si noen ord til Kristelig Folkeparti.

Det er vel ikke noen i denne sal som har et inderlig ønske om å levere ut noe som helst av det man faktisk gjør i et LAR-tilbud. Det store spørsmålet her er: Hva blir konsekvensen av å la være? Når vi ser på vår egen korte historie relatert til rus og den eksplosjonen vi hadde i antallet overdosedødsfall på slutten av 1990-tallet, er dette en konsekvens. Fjerner vi tilbudet, er jeg stygt redd for at konsekvensen vil bli en eksplosjon i antallet overdosedødsfall. Ønsker vi å behandle narkomane som likeverdige mennesker, må vi tenke over at det kan bli konsekvensen for mange.

Det vi trenger i dag, er et tilbud når den enkelte søker om hjelp. Det tilbudet har vi ikke i dag, og det er meget kritikkverdige. Vi vet at 3 500 mennesker står i kø. Det andre vi mangler, er en helhetlig rehabilitering.

Det er en ting jeg ønsker å problematisere litt rundt. Det er det at i dag har vi en aldersgrense på 25 år for å kunne få LAR-behandling. Vi vet at det er mulig å fra-

vike dette kravet. Når situasjonen er at 3 500 mennesker står i kø, blir det en illusjon å tro at det er den enkeltes rusavhengighetshistorie som ligger til grunn for at man får hjelp. Da blir systemet dessverre fort veldig firkantet og vil bli brukt imot enkelte, dvs. at man lager et system som ekskluderer mange som har behov for hjelp. Derfor mener Fremskrittspartiet at det faktisk må være den enkeltes rusavhengighetshistorie som ligger til grunn, på linje med at det er den enkeltes sykdomshistorie som ligger til grunn for hvilken behandling man skal ha relatert til den.

Inge Lønning (H) [13:10:58]: Konfrontert med spørsmålet hvordan det henger sammen at man nedlegger behandlingss plasser innenfor rusomsorgen, samtidig som ventetidene for behandling øker, har både helseministeren og statsministeren flere ganger svart i Stortinget ved å vise til at det skyldes anbudsprosessen. Det må opplagt være feil. Det skyldes selvfølgelig dem som styrer anbudsprosessen, for det er jo de som definerer kvalitetskravene. Det er de som stiller opp krav til lengde på behandlingstilbud, f.eks. Anbudsprosessen i seg selv styrer inngenting. Det er de som definerer vilkårene, som styrer, og hvis resultatet er uheldig, kan man ikke gjemme seg bak anbudsprosessen.

Statsråden henviste flere ganger til sin dialog med Helse Sør-Øst. Hvis statsråden i sin dialog med Helse Sør-Øst, som foregår bak lukkede dører, sier det samme som hun sier i sin dialog med Stortinget her i dag, nemlig at man skal legge vekt på individuelle vurderinger, man skal legge vekt på fleksibilitet osv., så må enten hørselen være nedsatt i det regionale helseforetaket, eller så må evnen til å oppfatte budskapet være begrenset. Det er, for meg i hvert fall, ganske umulig å begripe hvordan man kan definere vilkår som er så firkantede at man setter et fast antall kalenderdager, som skal gjelde uansett pasientens tilstand og uansett prognose, og hvor behandlingstilbudet skal utvikles når kalenderen sier det. Hvordan det kan forlikkes med den tilnærming statsråden har når hun fører dialog med Stortinget, er meget vanskelig å forstå.

Det må vel være mulig for statsråden i sin dialog med de regionale helseforetakene f.eks. å si helt klart og tydelig at man ikke skal utvikle behandlingss plasser i det hele tatt før man har minst likeverdige tilbud å sette inn i stedet. Grunnen til at så mange reagerer både av organisasjoner og av fagfolk på dette feltet når det gjelder det som er i ferd med å skje i Helse Sør-Øst, er nettopp at de ser at det er det som skjer – som et resultat av en firkantet tilnærming nedlegger man behandlingss plasser det er meget god bruk for, uten at man er i stand til å komme opp med tilfredsstillende alternativ.

Kirsti Saxi (SV) [13:14:17]: Jeg har lyst til å fokusere litt på en annen side av det med rus og rusbehandling.

Forebygging har ikke vært nevnt med et ord i denne sammenhengen. Stortinget har jo behandlet St.meld. nr. 16 for 2006-2007, som heter «... og ingen sto igjen», hvor man understreker viktigheten av tidlig innsats. Så snart man ser at barn får problemer, skal man kunne møte dem. Tidlig innsats skal bl.a. være med på å bekjempe problemer ved at man organiserer tverrfaglige team rundt barn

veldig tidlig. Dette arbeidet er man i gang med å få til. Man tenker på kommunen, og man tenker at det enkelte barn skal være i fokus. Også i forbindelse med sykehus og sykehusstruktur har man sett viktigheten av at man styrker primærhelsetjenesten. Ved en slikt omlegging – ved å tenke tidlig, ved å tenke der barn bor, og at behandlingen i større grad skal kunne settes inn der, på sikt – mener jeg vi er i gang med å tenke at vi skal ha en forebyggende politikk som skal forhindre at vi får stadig nye rusmisbrukere. En forutsetning for at man skal få til individuelle planer rundt den enkelte rusmisbruker, er nemlig at man har gode tverrfaglige team bygd opp i kommunene, slik at man er i stand til å følge opp slike planer. Det å ha gode sosiale nettverk og gode boligtilbud handler også om at man har mulighet til å legge til rette for det i lokalmiljøene.

Dette er ting som Regjeringen nå har veldig fokus på. Regjeringspartiene ser at det med å følge opp barn tidlig, det med å styrke tiltak rundt den enkelte også på kommunenivå, er viktig fra begynnelsen av. Det synes jeg har vært for lite vektlagt i denne saken.

Statsråd Sylvia Brustad [13:16:57]: Til representanten Lønning, som sier at statsministeren og jeg på vegne av Regjeringa gjemmer oss bak anbudsprosesser: Det er sjølsagt ikke riktig. Jeg forstår det slik at representanten Lønning og andre er opptatt av innholdet i det som nå ikke er så rendyrkede tilbud som det var under den forrige regjering – og det var det mange som var fortvilet over – men som er en konkurranse på en litt annen måte. Men hvis det er slik at Høyre nå mener at alle, uansett, skal få ja, er det ikke noe poeng verken å ha konkurranse eller tilbud, og i så fall er det noe nytt.

Helse Sør-Øst har et ansvar for å sikre sine innbyggere et tilbud, og, etter en individuell vurdering, sikre tilbud av god kvalitet – og det er sjølsagt slik, som representanten Nesvik sa fra denne talerstolen, at også mennesker med rusproblemer har veldig ulike behov – og det er det Helse Sør-Øst og andre må sørge for er der. Jeg hører at det er synspunkter på det innholdet de har lagt til grunn, og det skal jeg sjølsagt ta med meg tilbake.

Så til representanten Dávøy. Jeg er helt enig i at LAR sjølsagt må være noe mer enn bare medisiner. Det er jo hele pakken som er viktig her, slik flere har vært inne på, både arbeid og sosiale tjenester og det å komme tilbake. La meg bruke et eksempel på en institusjon som åpenbart er vurdert til å ha god kvalitet, og det ser en på resultatene. Det er en institusjon som heter Fredheim Vernehjem i Ringsaker, som har noen av de tyngste rusmiddelavhengige fra denne byen. De oppnår altså svært gode resultater, og de mener at det opplegget som en nå baserer seg på, gjør at det også stilles større krav til dem, noe som gjør at de får gitt bedre tilbud til sine brukere, både når det gjelder sjølve rusproblemet, og også når det gjelder det å kunne komme tilbake til et så normalt liv som mulig, som bl.a. inneholder aktivitet, bolig og den type ting. Det er den type tilbud vi er nødt til å ha mer av. Derfor er jeg enig med representanten Dávøy i at vi må ha et mangfold av tilbud på ulikt vis.

Når det så gjelder representanten Fredriksen og LAR-

aldersgrensen, bare gjentar jeg det jeg sa i stad, og som flere talere har vært inne på, at det finnes unntak fra hovedregelen også her, men igjen: også etter en individuell vurdering.

Så er jeg også enig med representanten Ludvigsen i at vi sjølsagt skal se hen til andre land. Men denne regjeringa har stilt krav, som den forrige, om at veksten innenfor rusfeltet og psykiatrien skal være større enn innenfor somatikken. Det følges heldigvis opp i sjukehusene, men det betyr ikke at alt er løst.

Til slutt har jeg lyst til å si, og representanten Saxi var inne på det: Alt henger sammen med alt. Jeg skulle ønske at de partier som jeg er glad for har et stort engasjement for at behandlingstilbudet er bra, hadde det samme sterke engasjementet for å se på hva det er som gjør at unge mennesker får problemer. Henger dette f.eks. også sammen med en meget liberal skjenkepolitikk og andre ting, som noen av partiene står i spissen for ved å gå inn for at det holdes lengst mulig åpent? Jeg håper engasjementet er like stort i alle ledd av denne viktige problematikken, fra forebygging til ettervern.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [13:20:08]: Det som fikk meg til å ta ordet, var innlegget fra representanten Dāvøy, som snakket om LAR, legemiddellassistert rehabilitering. Hun nevnte at folk går til LAR-behandling og ruser seg likevel, og at det kanskje er behov for å stramme inn på kriteriene. Det synes jeg faktisk er ganske oppsiktsvekkende å høre, at folk som har vært igjennom en rekke behandlingstilbud, som har forsøkt så mye, som har greid å komme seg inn på legemiddellassistert rehabilitering, eventuelt etter en sprekk eller to, skal skvises ut også av et slikt opplegg. Jeg synes det er svært beklagelig å høre dette fra en representant som jeg faktisk trodde var opptatt av at også rusmiddelomsorg handler om noe mer enn bare rusfrihet, at det også handler om å få et kvalitativt bedre liv. Så er vi alle enig i at en skal ha gode rammer omkring dette – og det brukte jeg faktisk også tiden til å snakke om i mitt innlegg – med botilbud, treningstilbud og det ene med det andre, samtidig som de får legemidler. Men det må ikke være sånn at vi også når det gjelder den type tilbud, faktisk skal stramme inn og ekskludere folk som har vært igjennom så mye.

Presidenten: Laila Dāvøy har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Laila Dāvøy (KrF) [13:22:19]: Stortinget, alle partiene, har flere ganger i ulike innstillinger påpekt at LAR skal følges av andre nødvendige tiltak. Det er mitt poeng.

Når vi i dag hører at så mange pasienter i Oslo som går på legemiddellassistert rehabilitering, ruser seg i tillegg – dette kommer fra rusmiljøet selv – mener jeg at det er absolutt nødvendig å rope et varsku.

Og ja, jeg mener man bør stramme inn på kriteriene for bruk av LAR, som jeg sa i mitt innlegg i sted, slik at det blir en vanskeligere start i LAR på den måten at ingen får det med mindre det samtidig følges av andre nødvendige tiltak. Det er for mange i dag som bare får LAR som den

eneste behandlingsmetoden. Dette er det eksempler på, og det bør ikke skje.

Inge Lønning (H) [13:23:40]: Statsråden var i sitt siste svar i nærheten av å ordlegge seg på samme måten som statsministeren har gjort i denne sal, nemlig å si at ved anbud som innebærer konkurranse, må man akseptere at det er noen som taper. Det var nettopp det jeg siktet til, at det blir helt feil når man bruker henvisningen til anbudsregler som begrunnelse for at man ikke er i stand til å prioritere rusfeltet tilstrekkelig når det gjelder volum på tilbudet. Det som er avgjørende er ikke den tekniske fremgangsmåten ved bruk av anbud, det avgjørende er hvor mye penger man er villig til å bruke på å kjøpe plasser. Den som går tapende ut av dette, er ikke de institusjonene som ikke får tilslag, det er brukerne som ikke får et tilbud, som er taperne. Det er litt underlig at det ikke ser ut til å bekymre statsråden det ringeste.

Det ville være mer nærliggende å velge den innfallsvinkel å spørre, når ventetidene øker, og når antallet behandlingss plasser samtidig reduseres – har vi da virkelig råd til å la veletablerte private institusjoner bli nedlagt fordi de ikke får betalt for plassene med offentlige midler? Ville det ikke vært nærliggende å legge det prinsippet til grunn at man i hvert fall ser til at ikke godt etablerte fagmiljøer blir oppløst og veletablerte institusjoner er nødt til å stenge døren før man er helt sikker på at man har minst like gode og minst like tallrike tilbud i offentlig regi? I dag skjer det i omvendt rekkefølge. Man rir prinsipper som fører til at ventetider øker og behandlingss plasser blir nedlagt. Så stiller man i utsikt at man kanskje i fremtiden skal trappe opp det offentlige tilbudet.

Det er godt mulig å akseptere konkurranse hvor noen taper på de fleste områder, men det er ikke mulig å akseptere en politikk som fører til at de svakeste, nemlig de som har bruk for behandlingss plassene, taper.

Statsråd Sylvia Brustad [13:26:33]: Jeg forstår det slik at representanten Lønning prøver å skape et bilde av at denne regjeringa, våre partier og våre representanter, verken engasjerer seg eller er bekymret for mennesker med rusproblemer. Det er faktisk helt feil.

En annen faktafeil er at vi ikke er opptatt av volum. Sjølsagt er vi det. Det er en av grunnene til at denne regjeringa har foreslått og dette Stortinget – går jeg ut fra – har vedtatt 350 mill. kr mer til denne sektoren enn da vi overtok etter den regjeringa som Høyre satt i.

Så er det også slik at ventetidene i fjor var stabile på dette området, men jeg er helt enig i at de er for lange fordi det ikke er god nok hjelp i alle deler av landet.

Så sier representanten Lønning at vi rir prinsipper, og da spør jeg: Hvilke prinsipper er det representanten Lønning mener at vi rir? 60 pst. av det som blir kjøpt innenfor denne sektoren, blir kjøpt fra private ideelle institusjoner. På denne sektoren, som når det gjelder rehabilitering, barnevern og mange andre områder, er vi svært opptatt av å ha god og tett kontakt og nært samarbeid med private ideelle institusjoner – først og fremst – og det har vi til de grader. Det er helt nødvendig innenfor denne sektoren.

Det offentlige bygger opp. Vi bruker mer penger på denne sektoren, og vi tenker volum, men vi er særdeles opptatt av kvalitet. Det som er Helse Sør-Østs oppgave – jeg skal sjølsagt ta med meg de signaler som kommer fra mange talere her – er at de må sikre sine innbyggere. Nå snakker vi om gamle Helse Øst, der de har hatt denne runden allerede, gamle Helse Sør er ikke ferdig. De må sikre at de som trenger hjelp, faktisk får det ut fra sine individuelle behov. I den sammenheng må vi ha mangfold.

Jeg hører diskusjonene rundt LAR. Jeg mener det er helt riktig og nødvendig at en del mennesker får LAR. Nå er det ikke slik at det er 3 500 som står i kø for å få LAR. Det er et betydelig mindre antall, men hvis vi ser på køen totalt for forskjellige typer tverrfaglig spesialisert behandling, er det sjølsagt for mange som står i kø. For noen vil LAR være det riktige, men sjølsagt med et bredere tilfang enn bare medisiner, og for andre vil det være andre tilbud som er det riktige.

Vi gjør så godt vi kan. Vi skal gjøre enda mer på denne sektoren både når det gjelder penger og andre ting. Men jeg må nok si jeg reagerer noe når representanter, særlig fra Høyre, prøver å skape et bilde av at vi ikke er engasjert, når vi vitner både kan vise til mer penger på dette området og andre ting som gjør at flere vil få hjelp.

Presidenten: Sonja Irene Sjøli har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:29:29]: Jeg har lyst til å spørre statsråden om hun mener at alle de behandlingss plasser og institusjoner som nå står i fare for å bli nedlagt, ikke holder faglig mål, og at de ikke har god nok kvalitet. Hvis svaret er ja og man fremdeles trenger mange behandlingss plasser, hvorfor kan ikke helseforetakene eller statsråden gjennom sin styringsmulighet sørge for at disse institusjonene ved å inngå et samarbeid, en samhandling, får mulighet til å heve kvaliteten, slik at flere kan få behandling? Jeg har inntrykk av at vi er enige om at vi trenger flere plasser, at flere trenger behandling. Da må man jo kunne satse på dem som faktisk har gitt gode tilbud i flere år, og sørge for at kvaliteten tilfredsstillende de kravene vi har satt. Når så mange står i kø, synes jeg det er meningsløst at behandlingstilbud nedlegges.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:30:58]: Vi går mot slutten av debatten. Statsråden har i hvert fall på en del områder strukket ut en hånd og sagt at man nå vil se på en del av dette og følge opp. Det synes jeg er positivt.

Jeg håper videre at Regjeringen snart vil legge fram en sak for Stortinget om et helhetlig behandlingstilbud innenfor rus, og at man i den forbindelse også tar på alvor de innspill som har kommet i debatten i dag. Vi kan være uenige om enkeltting, og vi kan være uenige om svært mange ting, men jeg tror at vi i hvert fall må prøve å finne fram til et tilbud som blir bedre enn i dag til denne gruppen, nettopp for å redde liv og sørge for at flest mulig kommer ut av det – unnskyld uttrykket, men det er det det er – rushelvetet som de faktisk befinner seg i.

Så må jeg få komme med en kommentar til representanten Laila Dāvøy. Jeg håper representanten ikke mener det hun faktisk sa fra denne talerstolen, at ingen skal få komme inn i LAR-systemet uten at alt annet er på plass fra dag én. Da vil vi se at antall overdosedødsfall går rett i været. Jeg vil sterkt advare mot det. Jeg håper at det Laila Dāvøy faktisk mente, var at man skal ha krav på en oppfølging og et tilbud samtidig som man starter opp, at man ikke skal gripe fatt i det den andre veien. LAR er i utgangspunktet på mange måter en livreddende behandling, og man må sørge for at tiltakene følges opp rundt den enkelte. Vi må ikke komme dit hen at vi skal stramme inn LAR-systemet ytterligere, eller fjerne det for mange. Da vil mange liv gå tapt. Det kan vi ikke risikere. Jeg regner med at jeg og representanten Dāvøy er helt på linje i denne sammenheng. Det er viktig at tiltakene blir fulgt opp. Vi må ikke gjøre det slik at flere dør i denne køen.

Jorodd Asphjell (A) [13:33:21]: Rusproblematikken som vi ser spesielt her i hovedstaden, Oslo, men også ellers i landet, sier noe om hvilken hverdag enkeltmennesker og familier lever i. Flere og flere blir stadig avhengig av ulike rusmidler. Det er et samfunnsproblem vi virkelig må ta på alvor. Dette gjelder ikke bare enkeltmennesker, men også alt rundt.

Jeg har selv vært styreleder og jobbet i ruskollektiv i mange år. Ungdommer, både gutter og jenter, kan i en tidlig fase av livet bli avhengige, med alle de problemer det fører med seg, både familiært og sosialt, for skolegang, kriminalitet, osv.

Legemiddelassistert rehabilitering er viktig for dem som har kommet veldig langt i misbruket sitt, og som ikke kommer seg ut av dette. Hvordan skal man hjelpe dem videre i livet, slik at de samtidig blir rusmiddelavhengige på sikt? Jeg synes at prinsipielle spørsmål om private, ideelle eller offentlige institusjoner blir en avsporing av debatten. I dag er 60 pst. av behandlingss institusjonene private og ideelle. Dette er organisasjoner som gjør en kjempegod jobb. Det har de gjort i tiår etter tiår, med en idealistisk bakgrunn og god kompetanse. Samtidig handler det ikke alltid bare om antall plasser. Det handler veldig mye om kvaliteten på plassene.

I alle år har vi etterspurt hvilken type behandlingss form som virker best, ikke hvilken behandlingss form som er best for det offentlige, men hvilken som virker best for den som har bruk for tilbudet. Hva kan bidra til at unge jenter og gutter kommer seg ut av rusmiddelavhengighet? Ikke la oss da føre debatten om prinsipielle syn på offentlige og private institusjoner.

Stortinget har, med bakgrunn i Regjeringen, tross alt pluss på dette budsjettet 360 mill. kr. Det har vi gjort fordi vi ønsker å styrke innsatsen på rusmiddelområdet. Det å integrere rusmiddelavhengige tilbake til samfunnet, enten til skole, til familie, til venner eller jobb, er ikke noe som kan vedtas. Hvilke holdninger vi har til dem som kommer skjevt ut, er noe hver enkelt selv må arbeide med. Det beste vi kan gjøre, er å hjelpe til med å gi dem god kvalitet, både i skole og arbeidsliv og ikke minst i behandlingss institusjoner.

Statsråd Sylvia Brustad [13:36:32]: Bare til representanten Sonja Sjøli: Representanten Sjøli vet veldig godt at jeg sjølsagt ikke, like lite som Dagfinn Høybråten og Ansgar Gabrielsen, kan gå inn og vurdere hver enkelt institusjon. Det som er vår oppgave, er å følge opp det Stortinget sier. Vi må sørge for at vi gir best mulig hjelp til flest mulig, og at tilbudet er av god kvalitet.

Jeg mener at representanten Asphjell er inne på et viktig poeng når han sier at dette handler om noe mer enn sjølve behandlinga, som sjølsagt er kjempeviktig, men i behandlinga er ikke minst det å komme tilbake til et aktivt liv og arbeidslivet avgjørende viktig. Da skulle jeg ønske at flere bedrifter ville gjøre som Stormberg. De snur sine søknadsbunker og sier at 25 pst. – start gjerne på noe mindre, men det er i hvert fall et mål – eller x antall prosent av vår arbeidsstokk bør være mennesker som på ulikt vis har slitt, enten med rusmiddelproblemer, psykiske lidelser eller hva det er. Jeg har sjøl møtt mange av de menneskene, som i dag gjør utmerkede jobber. De har fått hjelp til å komme tilbake til et liv, har blitt vist til. Det er en bedrift med svært lite sjukefravær, og som produserer – så vidt jeg skjønner – solide ting, og omsetter for ca. 100 mill. kr i året. Jeg håper at flere bedrifter kan tenke som Stormberg, for det betyr særdeles mye med hensyn til å lykkes med å komme tilbake etter at en har hatt problemer av ulik art gjennom mange år.

Jeg skal forsøke ikke å forlenge debatten, men jeg merker meg sjølsagt det engasjementet alle i denne salen har for å gjøre situasjonen for dem som sliter, enda bedre. Jeg merker meg også at det virker som Høyre i denne debatten, som i sjukehusdebatter, er mest opptatt av det å behandle – og det er sjølsagt veldig viktig – og ikke er fullt så opptatt av å diskutere hvordan vi kan hindre at folk blir syke, hvordan vi kan hindre at folk får problemer med rus. Alt henger sammen, og derfor må man, slik vi ser det, være opptatt av begge deler.

Presidenten: Inge Lønning har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Inge Lønning (H) [13:38:48]: Det er åpenbart slik at det ene ordet tar det andre. Den siste debatten som statsråden la opp til, er det selvsagt umulig å føre på tampen av en slik debatt som dette. La meg bare minne om at all nedbygging av plasser på dette feltet pussig nok treffer private institusjoner – uten unntak – mens det som bygges opp i offentlig regi, regelmessig er tre eller fire ganger så dyrt. Det vil si at man får tredjedelen eller bare fjerdedelen så mye igjen for pengene. Og det er jo et tankekors – for brukerne i hvert fall.

Når jeg brukte uttrykket «rir prinsipper», er ikke det mer merkelig enn å vise til at det faktisk står i Soria Moria-erklæringen. Dermed må det formodentlig være et prinsipp at denne regjeringen ønsker å redusere bruken av private tilbydere generelt innenfor helsefeltet, og da er det jo naturlig at RHF-ene oppfatter at det også gjelder denne sektoren.

Statsråd Sylvia Brustad [13:40:01]: Jeg merker meg at representanten Lønning leser Soria Moria-erklæringen som enkelte leser Bibelen. Det betyr at han ikke viser til alt det som står der, for der står det faktisk veldig tydelig at vi er veldig for private ideelle tiltak når det gjelder rusomsorgen og innenfor andre områder. Vi har også sagt at private kommersielle tiltak er et godt supplement, sjøl om vi mener at den offentlige kapasiteten først og fremst skal utnyttes, før den kommersielle.

Det er altså ikke riktig når representanten Lønning her prøver å skape et bilde av at denne regjeringa ikke vil satse og samarbeide med private ideelle organisasjoner innenfor denne omsorgen. Vi bruker mer penger på å kjøpe tilbud hos private i år enn vi har gjort tidligere.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1.

(Votering, se side 3612)

Sak nr. 2

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik og Siv Jensen om å sørge for realisering av sykehotell ved Radiumhospitalet/Montebello (Innst. S. nr. 265 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:107 (2007-2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 minutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker etter innlegget fra statsråden innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på takerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Inge Lønning (H) [13:42:07] (ordfører for saken): Dette er en svært spesiell sak. Man kan for så vidt ha forståelse for at en del av mediene har vennet seg til å bruke etiketten «hotell i særklasse» hver gang de omtaler saken.

Jeg skal først ganske kort nevne det som det er enstemmighet om i komiteen i innstillingen til saken.

For det første fikk vi i de åpne høringene om denne saken presentert en problemstilling når det gjelder bruken av navnet og begrepet Radiumhospitalet. Det dreier seg om begge deler, for Radiumhospitalet er for de fleste nordmenn et begrep i tillegg til å være et egennavn.

Det ble pekt på at de administrative omorganiseringer som har skjedd, har ført til at dette navnet på en måte har falt under bordet og er i ferd med å bli borte. En enstemmig komite ber om at statsråden ser til at man ordner seg slik i fortsettelsen at merkenavnet Radiumhospitalet ikke går tapt. La meg også bemerke generelt at det er ingen som helst grunn til at man skal la slike spørsmål styres

av fusjoner eller av måten man velger å organisere helseforetakene på. Man står fullkomment fritt til å videreføre de navn man ønsker å videreføre.

Det andre som komiteen er enig om, er selve konklusjonen:

«Komiteen konstaterer at intensjonen i Representantforslag 107 (2007-2008) langt på vei synes ivaretatt gjennom det Regjeringen har foretatt seg etter 30. april 2008, og anbefaler at forslaget vedlegges protokollen.» Der stanser enstemmigheten i komiteen.

Henvisningen til datoen 30. april 2008 sikter til det bemerkelsesverdige at dette forslaget ble fremmet på en litt hastverkspreget måte, som Presidentskapet gikk med på. Det ble referert i Stortinget og sendt over til komite samme dag som forslaget ble levert til Stortinget. Den samme dag ble det både fra statsministeren og fra helseministeren i Stortingets spørretime kategorisk avvist å gjøre det forslaget ber om, nemlig å intervenere i forhold til det vedtaket Helse Sør-Øst da hadde gjort, om å stanse byggeprosjektet og demontere det som allerede var reist, og dermed avskrive de titalls millioner kroner som allerede var brukt på planlegging av prosjektet.

En uke senere hadde Regjeringen snudd, og det er prisverdig. Det er ingen skam å snu. Det er kanskje greiere å bruke den fjellvettregelen enn den man brukte 30. april, nemlig å grave seg ned i tide.

Komiteen har forsøkt å finne ut av hva det er som har ført til det gledelige resultat, og et stykke på vei har vi funnet svaret – det er også nedskrevet i innstillingen – men bare et stykke på vei. Det som fremdeles er uavklart, er hva innholdet i samarbeidet mellom Kreftforeningen og helseforetaket går ut på. Det var heller ikke Kreftforeningen i stand til å gi noe svar på under høringen. De henviser til at det skal man komme tilbake til den 19. juni, etter at man har styrebehandlet dette.

Det er pekt på fra opposisjonens side at man i presentasjonen av dette samarbeidet langt på vei har beskrevet et prosjekt som er annerledes og har en helt annen profil enn sykehotellprosjektet hadde. Derfor har vi funnet det nødvendig å understreke at man må være varsom så man ikke her i den gode saks tjeneste kommer i skade for å fordoble et tilbud som allerede eksisterer, nemlig det som Radiumhospitalet har bygget opp ved Mesnalien.

Det andre som er uavklart, er hva man har gjort med alle de ti tilbudene som man inviterte til, og som man mottok. Det fremkom under høringen at tilbyderne ikke har hørt et kvadder etter at de leverte inn sine tilbud. Det er ikke gitt noen begrunnelse for hvorfor man har takket nei til tilbud som ville ha ført til at man hadde sluppet å belaste de offentlige budsjettene, som man nå gjør, med den virkning at skjevdelingen mellom helseregionene blir enda mer iøynefallende. Det fremgår ikke hvorfor man har takket nei til slike tilbud, og det fremgår heller ikke hvorfor man har satsset utelukkende på samarbeidet med Kreftforeningen – hva som er begrunnelsen for det, eller hva dette samarbeidet innholdsmessig kommer til å bety. Derfor håper jeg at statsråden i sitt innlegg i debatten nå kanskje vil kunne gi svar på noe av det som i høringsrunden ikke ble besvart.

Dag Ole Teigen (A) [13:47:41]: Jeg vil begynne med å si at jeg tror det er bred enighet om at ideen om å bygge et sykehotell ved Radiumhospitalet er god. Å kunne benytte seg av et eget sykehotell ved selve sykehuset er god økonomistyring i den forstand at alternativet er å leie dyrere rom andre steder, på byens hoteller. Men det viktigste er at for pasienter som kommer langveis fra for å få dagbehandling, og som i mange tilfeller gjennomgår en tøff behandling, som f.eks. cellegift, vil muligheten til å overnatte og å kunne ha et eget hotellrom i nærheten av sykehuset utvilsomt være et gode. Under høringene karakteriserte noen et slikt rom som en oase der man kan få tid til seg selv i andre omgivelser enn på selve sykehuset.

Jeg er enig med saksordføreren i at dette er en svært spesiell sak. Som regjeringspartiene har framhevet i merknadene, er årsaken til at saken om sykehushotell er blitt så problematisk, at styret i Rikshospitalet HF konstaterer at det var skjedd alvorlige brudd på regelverket i forbindelse med igangsettingen av prosjektet. Derfor måtte byggearbeidet innstilles i påvente av nye avklaringer.

Det er avgjørende for budsjettstyringen i foretakene at brudd på reglene for investeringer ikke blir tolerert. Dette må markeres på en tydelig måte. Samtidig var det i et så spesielt tilfelle som dette viktig å finne en løsning der byggeprosjektet ble fullført, slik at samfunnets midler kunne bli benyttet på en så god måte som mulig, ikke bare i forhold til sykehuset, men også i forhold til de helhetlige prioriteringene som Helse Sør-Øst har gjort når det gjelder investeringer. Jeg vil derfor berømme statsråden for den løsningen som er valgt, og for at den kom raskt på plass.

I Arbeiderpartiet synes vi også det er positivt at flere private engasjerte seg for å få sykehotellet realisert, og drift av hotellet vil senere settes ut til private. Dette er et eksempel på en form for samspill mellom det offentlige og det private som vi synes er bra.

Det er også veldig bra at Kreftforeningen har engasjert seg for å gjøre det nye sykehotellet så godt som mulig. Som jeg allerede har vært inne på, vil mange av de pasientene som skal bruke det nye sykehotellet, være i en krevende livssituasjon. Likemannsarbeid og nærhet til de tilbudene Kreftforeningen kan gi, vil kunne være viktig for mange av disse pasientene.

Som saksordføreren var inne på, har komiteen også omtalt begrepet «Radiumhospitalet», som er et kjent begrep internasjonalt. Radiumhospitalet er Nord-Europas største kreftsenter, og vi skal være stolte av de fagmiljøene som finnes ved det sykehuset. Som det ble redegjort for, kom det fram under høringen et sterkt ønske om at begrepet «Radiumhospitalet» ble videreført, og komiteen har bedt om at det følges opp.

Til slutt vil jeg bare si at jeg er glad for at komiteen har kommet fram til en enstemmig innstilling, og for at Regjeringen nå har fått til en løsning som ser ut til å være god.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:50:45]: Denne saken må omtales som selve kroneksemplet på hvor dårlig noe kan håndteres i innledningsfasen. Saken kom svært skjært ut, men heldigvis har press og innspill både utenfra og in-

ternt i dette huset og det som statsråden til slutt heldigvis har kommet med, gjort at vi kan få en løsning som både er til å leve med og ikke minst gjør at tilbudet ved Radiumhospitalet vil kunne bli bedre.

Representantforslaget fra representanten Siv Jensen og meg selv ble fremmet onsdag 30. april. Samme dag ble følgende uttalt av Jens Stoltenberg i spørretimen:

«Hvis statsråder skal begynne å gå inn i enkeltbeslutninger i størrelsesorden 30–40 mill. kr, er det systemet ødelagt. Da har vi ødelagt det systemet som gir oss mer helse, både fordi vi bevilger mer penger enn vi har gjort før, og fordi vi bruker pengene bedre.»

Videre uttalte statsministeren følgende:

«Jeg som statsminister kommer ikke til å gå inn i den type enkeltbeslutninger. Jeg er ikke prinsipielt imot at private driver det, men for meg som statsminister er det veldig viktig for å få økonomisk styring med sykehusene, at vi respekterer det systemet som skal skape styring. Griper vi inn i denne type enkeltbeslutninger, ødelegger vi det systemet.»

Så må jeg også få lov til å sitere statsråd Sylvia Brustad fra samme spørretime:

«Jeg vil også minne om at Helse Sør-Øst er i ferd med å gjennomføre et omstillingsprogram i tråd med det oppdraget som er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst har understreket at det i dette arbeidet er viktig å sikre en god utnyttelse av den samlede kapasiteten til helseforetakene i foretaksgruppen. Det er derfor lite ønskelig å binde opp investeringsmidler i pasienthotellet før en har kommet lenger i den helhetlige planlegginga.»

Dette er sitat fra Stortingets spørretime den 30. april, altså samme dag som dette forslaget ble fremmet. Bakgrunnen for at forslaget ble fremmet, var at også statsråd Brustad, sammen med styreformann i Helse Sør-Øst, Hanne Harlem, var i Redaksjon EN uka i forveien. Der sa man at riving av stillaset ved Radiumhospitalet ikke ville bli stanset, ei heller nedriggingen av brakkeriggen. Det ville gå som planlagt. Slik gikk det heldigvis ikke, men vi står igjen med en rekke spørsmål, spørsmål som vil kunne bli besvart i forbindelse med kontrollkomiteens arbeid, som nå er i gang med dette. Jeg skal ikke gå inn i det arbeidet. Det er det andre som skal gjøre, og jeg skal ikke blande meg inn i det.

Men jeg må få lov til å komme med et par kommentarer knyttet til det som har skjedd. Det er jo underlig at etter at Helse Sør-Øst og ikke minst styret ved Radiumhospitalet hadde brukt månedsvis på arbeidet knyttet til denne saken, så får eventuelle private tilbydere 36 timer på å fremme et tilbud på i størrelsesorden kanskje 140, 150, 160 millioner. Og så i ettertid har de ikke hørt et kvadder om hvordan dette har gått. Hvorfor er ikke disse kalt inn til et møte med statsråden?

Jeg tror nok at det var relativt mange i helse- og omsorgskomiteen som fikk mange spørsmål knyttet til den høringen komiteen hadde. For i media fikk vi framstilt at avtalen med Kreftforeningen om bygging av dette sentret var «done deal» – det var på plass. Så sier altså Kreft-

foreningen: Nei, hvordan dette skal bli, skal vi ta stilling til 19. juni.

Helt avslutningsvis: Jeg forventer og håper nå at statsråden sørger for at oppfølgingen av navnet Radiumhospitalet nå virkelig blir gjort.

Laila Dávøy (KrF) [13:56:21]: I enhver helsesak må vi som politikere løfte fram pasientene. Det gjelder også saken om pasienthotellet på Radiumhospitalet. Det er knapt noen som kan forstå logikken i å la 30 til 40 mill. kr gå tapt, penger som kan gå til bygg som kommer kreftpasienter til gode. For de aller fleste mennesker er dette svært mye penger, og jeg tror at budskapet om at ingen skal ta seg til rette, likevel er nådd fram. Alle skal følge lovverket, også i helseforetakene. Men, når det er sagt, så gjenstår det ennå uavklarte spørsmål omkring denne saken, som nå også vurderes i kontroll- og konstitusjonskomiteen.

I skriftlig spørsmål datert 18. april i år stilte jeg statsråden spørsmål om hvilke vurderinger om overnattingskapasitet og pasientgrunnlag som lå til grunn for avgjørelsen om ikke å fullføre pasienthotellet. I svaret fra statsråden ble det vist til at det i Helse Sør-Øst er etablert kriterier for evaluering og prioritering av investeringssaker. Blant disse kriteriene var pasientgrunnlag, kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse.

I pressemeldingen fra Helse Sør-Øst etter vedtaket om å stoppe byggingen av pasienthotellet ble det vist til at det er konstatert generell overkapasitet på senger i hovedstadsområdet. Og et sentralt spørsmål er da: Er det slik at det er overkapasitet pr. i dag, eller er dette en vurdering som er relatert til fremtidig kapasitet, som igjen er basert på endringer i bruken av sykehusene? Jeg har lyst til å dvele litt ved dette, for det er viktig.

I den pågående hovedstadsprosessen benyttes det grunnlagsmateriale fra SINTEF Helse om hva sengebehovet i området vil være i årene framover. Det er fra flere instanser påpekt feil i dette materialet, og det vil være sterkt beklagelig dersom det planlegges for et for lavt antall senger. Det vil kunne medvirke til press om kortere liggetid og økt antall korridorpasienter, noe som vil gå ut over kvaliteten. Det vil også ha innvirkning på lokalsykehusenes rolle og funksjon.

I SINTEF-rapporten som ligger til grunn for kapasitetsvurderingene i Helse Sør-Øst, legges det opp til kortere liggetider. Noen av forslagene for å få ned liggetidene er relativt drastiske. Det kan medføre press, særlig på syke eldre mennesker. Dersom reiseveien blir lengre, kan det bli belastende for eldre mennesker å reise fram og tilbake, f.eks. samme dag som de får sykehusbehandling, og ikke alle bor sammen med noen som kan observere dem hjemme etter behandling.

Kutt i liggetiden forutsetter samtidig en kraftig opprusting i antall sykehjemsplasser, særlig korttidsplasser, noe det er mangel på allerede i dag. Vi vet at det foreligger et behov for ca. 20 000 plasser i kommunene fram til 2015, mens Regjeringen legger opp til kun 12 000 nye sykehjemsplasser. Spørsmålet er om dette tallet er basert på at det faktisk legges opp til et kraftig kutt i liggetiden på sykehusene, ikke bare i Helse Sør-Øst, men kanskje ellers i

landet. Jeg synes det er behov for en avklaring på dette, fordi ikke minst eldre mennesker har mer sammensatte behov enn yngre pasienter i sykehus. Så mitt spørsmål på tampen av dette innlegget blir hva egentlig kapasitetsbehovet er i Helse Sør-Øst, som nå står i den situasjonen de står i, hva gjelder internt i sykehusene, men ikke minst hva gjelder pasienthotell. Og har innholdet i et nytt pasienthotell, som vi vet lite om i dag, sammenheng med planene om reduksjon i liggetid?

Statsråd Sylvia Brustad [14:00:45]: La meg først minne om at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar både for investeringer og for drift i egen region. Inkludert i dette ansvaret har styrene sjølsagt fullmakt til å igangsette nødvendige investeringer. For eksempel i Helse Sør-Øst er det meldt inn behov for ca. 19 milliarder kr. Sånn er det også ellers i landet – om det ikke er så store beløp, er det i hvert fall ønsker og behov i mange-milliarder-kroners-klassen.

Jeg vil innledningsvis vise til det innlegget jeg hadde i høringa 20. mai. På tross av denne sakas forhistorie med igangsetting av bygging uten godkjenning eller finansiering, er jeg glad for at vi fant en løsning til beste for landets kreftpasienter.

Det faktum at Rikshospitalet HF satte i gang byggeprosjektet, i strid med kjente og gitte fullmakter – der bl.a. staten kunne stå overfor et tap på flere titalls millioner kroner – skapte en svært vanskelig situasjon. Det var Helse Sør-Østs ansvar å vurdere hva som ville være den beste oppfølginga av saka. Styret i Helse Sør-Øst behandlet som kjent sak om framtidige investeringer i regionen i sitt møte 17. april, og ut fra en samlet vurdering prioriterte ikke de sjukehotellet på Rikshospitalet. Helse Sør-Øst har nå bestemt at de skal ha en ekstern og uavhengig gjennomgang av saka. Det syns jeg er klokt.

Hva er så endret? – Jeg hører at flere snakker om datoen 30. april. Jo, i etterkant av dette kom det innspill bl.a. fra Kreftforeningen, og det ble innledet dialog mellom Kreftforeningen og Helse Sør-Øst. Det åpnet opp for muligheten for å gjøre prosjektet til noe mer enn et rent overnattingstilbud, som også sikrer fleksibilitet og god integrering mot resten av sjukehuset. Det var dette som videre gav grunnlag for de vurderinger fra Helse Sør-Østs side som førte fram til henvendelsen til departementet 8. mai i år om økte lånerammer. Samlet vurdert fant departementet det riktig i den krevende situasjonen det var, å bidra til å løse saka gjennom forslaget til lånebevilgning som nå ligger til behandling her i Stortinget.

Rikshospitalet HF har i foretaksmøte den 21. mai fått ansvar for den videre oppfølging og realisering. Det gjelder også samarbeidet med Kreftforeningen.

Med grunnlag i oppmerksomhet fra private aktører inviterte Rikshospitalet HF dem til å komme med innspill til løsning i forhold til å kunne fullføre byggeprosjektet. Det hadde vært mulig, men krevende. Regelverket for dette – som ble vedtatt under den forrige regjering – er nemlig strengt. Regelverket skal sikre at det holdes kontroll på det samlede investeringsnivået i helseforetakene. Tilbakemelding til de ti private interessentene er gitt

i brev av 22. mai 2008 fra styreleder ved Rikshospitalet HF.

Jeg merker meg at deler av komiteen har uttrykt bekymring for at det kommende tilbudet skal gå på bekostning av tilbudet som gis ved Montebello-Senteret i Mesnali. Jeg mener at disse to tilbudene har forskjellige formål som vil kunne utfylle hverandre og ikke er i konkurranse med hverandre. Årlig rammes om lag 25 000 mennesker av kreft, og vi ser at denne forekomsten dessverre er økende. For å sikre pasienter og deres pårørende kvalitative behandlings- og rehabiliteringsforløp er det behov for ulike tilbud.

Montebello-Senteret er som kjent en egen stiftelse og et landsdekkende rehabiliteringssenter for kreftpasienter og deres pårørende. Senteret har en faglig samarbeidsavtale med Rikshospitalet, og har også et nært samarbeid med Kreftforeningen. De tilbyr kurs for dem som har eller har hatt kreft, og deres pårørende, i tillegg til egne kurs for fagpersonell. Montebello-Senteret har et nettverk av fagfolk spredd over hele landet, som leies inn til å gjennomføre de ulike kursene.

Prosjektet, slik det nå er skissert av Helse Sør-Øst i samarbeid med Kreftforeningen, innebærer at det utvikles et tilbud hvor det skapes en arena for satsing på rehabilitering, læring og mestring, likemannsarbeid mv. Dette tilbudet skal sjølsagt være pasientfokuseret og integrert med øvrig behandling på Radiumhospitalet. Tilbudet skal omfatte både pasienter som er inne til behandling ved sjukehuset, og dem som overnatter på sjukehotellet. Dette tilbudet vil være et supplement til og ikke komme i konflikt med kursvirksomheten som gis ved Montebello-Senteret. Jeg mener det også vil være naturlig å trekke på kompetansen fra Montebello-Senteret i den videre utforminga.

Når det gjelder navnespørsmålet, har jeg sjølsagt merket meg komiteens merknad. Jeg har allerede vært i kontakt med Helse Sør-Øst og vil komme tilbake med en løsning på denne saka i nær framtid.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [14:05:51]: Jeg vil gripe fatt i det som statsråden var inne på avslutningsvis, nettopp bruken av begrepet «Radiumhospitalet» som merke- og navn. For nå har man brukt år etter år på å skape et miljø nettopp ved Radiumhospitalet. Dette er kjent både i Norge og internasjonalt, man har store samarbeidsprosjekter bl.a. knyttet til senter i USA og i andre land, og det norske Radiumhospitalet er kjent for å være et kvalitetsmessig svært godt tilbud, med godt kvalifisert personell og god forskning knyttet til sykehuset. Statsråden sier hun vil komme tilbake til det i nær framtid. Kan statsråden si litt mer? For Stortinget, som står bak dette – det er en enstemmig komitemerknad – er det litt viktig nettopp å få vite hvordan man har tenkt å gripe dette an. Begrepet er ute av helseforetaksnavnet, det har forsvunnet fra brevlogoer og andre ting, og derfor stiller vi spørsmålet: Hva kan vi konkret forvente oss i denne saken?

Statsråd Sylvia Brustad [14:07:01]: Jeg kan slutte meg til Nesviks utsagn både om viktigheten av Radiumhospitalet og den utrolig bra kompetansen som er der, og sjølsagt også merkenavnet Radiumhospitalet – det er det ingen tvil om.

Nei, det jeg kan si, er det jeg sa i innlegget, og det er at jeg hører sjølsagt både hva Stortinget sier, og ser hva som er skrevet. Jeg har allerede hatt møte med Helse Sør-Øst om navnet, og vi tar sikte på at det blir funnet en løsning i denne saka i nær framtid.

Inge Lønning (H) [14:07:48]: Jeg la merke til at statsråden brukte uttrykket at det kom «innspill bl.a. fra Kreftforeningen». Det er offentlig kjent at man inviterte til innspill, og fikk ti. Men det var utelukkende innspillet fra Kreftforeningen man fant det bryet verdte å føre en dialog om, og det er frem til denne dag ikke avklart hva tilbudet går ut på, i hvert fall har ikke komiteen fått kjennskap til det. Derfor har vi i innstillingen etterlyst begrunnelsen for at man har valgt å satse på akkurat dette innspillet til fortrensel for de øvrige. I hvert fall et av de andre tilbudene – det er også offentlig kjent – ville ha innebåret at hele investeringsrisikoen hadde blitt båret av private, og at man ikke hadde stilt noe krav til helseforetaket om å inngå noen kjøpsavtale for et bestemt antall plasser engang, dvs. man hadde ikke kommet i strid med noe regelverk noe sted, men man hadde sluppet å belaste de offentlige investeringsrammene med 110 mill. kr. Hvorfor takket man nei til det?

Statsråd Sylvia Brustad [14:09:01]: Nå er det jo, som representanten Lønning veldig godt vet, ikke jeg som har hatt verken forhandlinger med eller snakket med de private, eller hatt den direkte dialogen, bortsett fra et møte med Kreftforeningen, så vidt jeg husker, sammen med Helse Sør-Øst. Det er de som har foretatt den vurderinga. De private aktørene meldte sin interesse, de fikk komme med sine innspill og ha et møte. De har fått svar på den henvendelsen. Det jeg forholdt meg til som eier, var at Helse Sør-Øst kom til meg med et opplegg som var noe mer enn et overnattingstilbud. De hadde et samarbeid med Kreftforeningen, og det at dette var noe mer, at vi var i en så særdeles krevende situasjon som vi var, der vi stod overfor bl.a. et tap i størrelsesorden flere titalls millioner kroner, gjorde at Regjeringa foreslo en økning i lånebevilgningen, for det betyr at vi kan få et enda breiere tilbud for pasientene. Dette kommer til å bli realisert hvis Stortinget slutter seg til det, enten med Kreftforeningen eller uten. Men det blir enda bedre hvis de er med.

Gunvald Ludvigsen (V) [14:10:16]: Vi må jo kunne seie at her har det vore mykje rot og dårleg handverk både frå styre og administrasjon i desse forskjellige helseforetaka, og då statsministeren kom på banen her den 30. april, blei det ikkje så mykje likare, vil eg seie. Det er ingen som kan vere stolte av det som skjedde.

Men ein ting som eg noterte meg at statsministeren sa den 30. april, var følgjande:

«Hvis statsråder skal begynne å gå inn i enkeltbe-

lutninger i størrelsesorden 30–40 mill. kr, er det systemet ødelagt. Da har vi ødelagt det systemet som gir oss mer helse» osv.

Det systemet han snakkar om, er jo då helseforetaksreforma. Spørsmålet mitt er: Er det no endeleg slått fast at systemet har spela fallitt?

Statsråd Sylvia Brustad [14:11:21]: Nei, systemet har ikke spilt fallitt. Men jeg vil si at dette var jo en ganske umulig sak, og jeg er litt overrasket over at det ikke er flere som også snakker ganske mye om hva som var den ulykksalige forhistorien til denne saka, nemlig at noen igangsatte et prosjekt uten tillatelse og fullmakter. Det var det som satte oss alle i en meget vanskelig og en meget krevende situasjon.

Så til det som ble sagt både fra statsministerens side og meg den 30. april. Ja, det står vi sjølsagt fast på, men det som skjedde etter det, var at Helse Sør-Øst kom til oss og presenterte et helt nytt konsept, som var noe mye mer enn et overnattingstilbud. Det er slik dette systemet er, at de kommer til oss, presenterer det, og de bad om å få utvidede lånerammer. Da vurderte vi det slik, ut fra den situasjonen som var oppstått, med alle de elementer som ligger inne i det, også bokstavelig talt, at det var riktig å foreslå overfor Stortinget å utvide lånerammene for å få dette på plass til beste for kreftpasientene. Så håper jeg at vi aldri noensinne kommer opp i en lignende situasjon, for det er ikke slik vi skal ha det i helsevesenet.

Laila Dævøy (KrF) [14:12:39]: På høringen om denne saken ble Kreftforeningen bl.a. spurt om hva de ønsket at det nye hotellet skulle innholde, og vi fikk veldig lite svar på det. Når statsråden i dag sier at det vil bli forskjellig fra Mesnalia, som flere av oss er usikre på om vil komme i konflikt med det nye pasienthotellet, er spørsmålet mitt: Kan statsråden si hva det er som gjør at hun er helt sikker på at det blir store forskjeller her? Og hva er i så fall forskjellen mellom Mesnalia og det tilbudet som vi skal få på det nye sykehotellet? For nå har jo tiden gått, og jeg antar at departementet kanskje har jobbet litt mer med det etter høringen vi hadde.

Statsråd Sylvia Brustad [14:13:35]: Det er Helse Sør-Øst og Rikshospitalet HF og deres styre som nå arbeider videre i samarbeid med Kreftforeningen for å realisere innholdet i det tilbudet som skal komme ute på Radiumhospitalet, som blir noe mer enn et overnattingstilbud. Når jeg mener at dette ikke er i konkurranse med Montebello/Mesnalia, som før øvrig er et veldig bra tilbud, er det bl.a. ut fra at forekomsten av kreft dessverre er økende hvert eneste år. Det betyr at enda flere vil ha behov for ulike tilbud, og jeg opplever at det tilbudet som skal gis, sjøl om en ikke er helt ferdig med alt innhold der, ikke vil være i konkurranse med Mesnalia. Vi trenger rett og slett begge deler, og det vil vi gjøre også flere steder i landet av hensyn til de mange som blir rammet av kreft og deres pårørende. Så jeg er ikke bekymret for det, vi trenger begge deler, og det er mange som trenger den type tjenester, av ulik art.

Harald T. Nesvik (FrP) [14:14:36]: Jeg skjønner selvfølgelig at både statsministeren og statsråden har følt dette som en relativt vanskelig sak, men det får nå være, så får vi se hva historien vil bringe.

Spørsmålet mitt til statsråden er en videre oppfølging av det representanten Dāvøy tok opp. Dette er nemlig svært viktig, for det nye opplegget ved Radiumhospitalet er et helt annet prosjekt enn det det opprinnelig var framstilt som. I høringen i komiteen om denne saken fikk man nærmest inntrykk av at dette ville være omtrent det samme tilbudet som var der. Og når jeg sier «fikk man nærmest inntrykk av», var det selvfølgelig fordi undertegnede var en av dem som stilte spørsmål, og som altså fikk inntrykk av det.

Spørsmålet mitt til statsråden er følgende: Vil statsråden som foretaksmøte ta et initiativ overfor Helse Sør-Øst og sørge for at man får en dialog mellom styret ved Montebello-Senteret på Mesnalia og styret for Rikshospitalet-Radiumhospitalet som sikrer at dette ikke blir konkurranse?

Statsråd Sylvia Brustad [14:15:52]: Til det siste: Jeg vil sjølsagt i min dialog med Helse Sør-Øst sørge for at det jeg nå har sagt her i salen, blir fulgt opp. Det ligger i sakens natur.

Når det så gjelder hva dette tilbudet på Radiumhospitalet vil bli, er det helt klart at det vil bli mye mer enn et overnattingstilbud. Det vil være forebygging, rehabilitering, læring og mestring, og det kan være lindring – integrert i det tilbudet som for øvrig gis der.

Når det gjelder Kreftforeningen og deres svar i saken, må jo de snakke for seg sjøl. Det jeg forholder meg til, er at de har gitt uttrykk for at de gjerne vil samarbeide om dette. Det er den dialogen Rikshospitalet nå har med dem, og jeg synes det er veldig bra hvis de vil være med på det. Men om de skulle bestemme seg den 19. juni – hvilket vi sjølsagt ikke håper, for vi vil gjerne ha dem med – for ikke å være med, med sin kompetanse, kommer dette uansett til å bli realisert til beste for kreftpasientene.

Presidenten: Replikskordskiftet er omme.

De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Inge Lønning (H) [14:17:14]: Komiteens flertall har i innstillingen skrevet følgende:

«Komiteens flertall vil bemerke at det ville ha vært en fordel om det hadde foreligget en begrunnelse for den finansierings- og samarbeidsmodell som er valgt.»

Etter statsrådens innlegg i salen i dag etterlyser jeg fremdeles den begrunnelsen. For det statsråden sa i replikkordskiftet nettopp, var jo faktisk at grunnen til at man snudde trill rundt i løpet av en uke og gikk med på noe som den 30. april ifølge statsministeren ville underminere hele systemet for det norske helsevesen, var at man fikk presentert et annet prosjekt. Det er oppsiktsvekkende, fordi dette sykehotellprosjektet jo har versert i seks år i beslutningssystemet i helseforetaket, og ingen har stilt spørsmål ved prosjektet som sådant. Det man har stilt spørsmål ved,

var finansieringen, altså hvorvidt Helse Sør-Øst var villig til å prioritere dette og gi tillatelse til bygging av det. Og så, i løpet av noen få timer, er man altså villig til å komme opp med 110 mill. kr til et helt annet prosjekt – med den begrunnelse at det er et annet prosjekt enn det man har brukt seks-syv år på å planlegge.

Da komiteen under den åpne høringen spurte hva prosjektet gikk ut på, var det komplett umulig å få et svar. Kreftforeningen sa at de aldeles ikke hadde noe klart svar på hva deres rolle skulle være, og hva prosjektet skulle gå ut på. Det ville man muligens få den 19. juni, etter styrebehandling. Da må man ha lov til å spørre om kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget.

Det statsråden sier i dagens debatt, må jo interessere kontrollkomiteen ganske kraftig når de skal fortsette med å forsøke å komme til bunns i hva slags beslutningsprosess dette egentlig har vært, og hvem det er som har snakket med hvem for å få til de løsningene som man da omsider skal komme ut med.

Jeg håper også at man i den prosessen vil kunne få et svar på hva som var grunnen til at den tidligere styrelederen i helseforetaket fant det nødvendig å nedlegge sitt verv i protest mot at han ble overkjørt av en overordnet instans. Det er vel og bra at man iverksetter eksterne vurderinger – jeg har ingenting imot at man gjør det – men dette er en sak for Stortinget. Og jeg håper at kontrollkomiteen ikke gir seg før den har kommet til bunns i saken.

Statsråd Sylvia Brustad [14:20:29]: Jeg trur ikke det er sagt særlig mye annet her i dag enn det jeg svarte i høringen, og som jeg også har svart i skriftlig brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen. Jeg skal sjølsagt svare på alle de spørsmål som medlemmene der eller andre stortingsrepresentanter til enhver tid måtte ha om denne saken.

Jeg er litt overrasket over Høyres kjøp, særlig med tanke på uttalelser både fra representanten Lønning og andre i denne saken i en tidligere fase. Det kunne ha vært interessant å få et resymé av det. Det er viktig å si at den styringsmodellen vi har, tilsier at det til enhver tid er det gjeldende regionhelseforetaket som har ansvar for sine investeringer, og som gjør sine prioriteringer. Og da vi svarte i spørretimen den 30. april, var det på bakgrunn av det vedtak som var fattet den 17. april.

Så er det jo sånn at det i ettertid var mulig. De kom til oss med et konsept som var noe annet enn et overnattingstilbud, det var noe mer. Det var en meget krevende situasjon. Og det var jo i den spesielle situasjonen de bad om en økning av sine lånerammer for å kunne gjennomføre bygginga og dermed unngå å realisere et betydelig tap.

Jeg trur at uansett hva en til sjuende og sist hadde gjort i denne saken, hadde det blitt galt for noen. Jeg har oppfattet det sånn at det var mange, både i denne salen og utenfor, som sa ganske klart og tydelig fra at det ikke ville bli forstått dersom man rev stillasene og lot det som lå rundt på lagringsplasser i Steinkjer, på Flisa og andre steder, bli liggende urørt. Så hørte jeg også veldig mange som sa: Dere må se å få dette sjukehotellet, eller hva det måtte bli, opp. Når det så kommer opp, reiser det seg en storm fra

mange andre steder i landet som sier at når en får det til i Oslo, ja, da må en få det til andre steder i landet også. Og så kommer dette at det blir konkurranse med Montebello-Senteret.

Jeg tror at uansatt hva som hadde blitt konklusjonen i denne saken her, høres det ut som om det er mange nok som forsøker å lage mye ut av det. Men jeg håper, som sagt, at vi aldri kommer i en slik situasjonen. Jeg skulle like å se den hotelleier som planla å bygge hotell i Alta og på Fagernes, og så var det noen som fant ut at vi allikevel skulle ha et i Trysil – uten at en på forhånd hadde fullmakter og godkjenning til det. Det er det vi egentlig snakker om her, og så blir fokuset: Hvem er pianisten, og hvem er det som er de andre? Det er veldig interessant.

Jorodd Asphjell (A) [14:23:15]: Det var vist til noen fjellvettregler her i innledningen av debatten: Kunsten er å grave seg ned. Men det er også en viktig fjellvettregel å si fra hvor man skal. Ut fra debatten her er det i hvert fall vanskelig å se hvor enkelte vil hen.

Hvem er det som har ansvaret – har Venstre og Kristelig Folkeparti spurt om i sine innlegg. Det gjelder både direktøren, styret og de som har ansvaret i Helse Sør-Øst, og som iverksatte dette uten å ha de nødvendige fullmakter. Det er jo der det ligger.

Da debatten gikk på det sterkeste, pekte alle på at nå måtte vi finne en løsning, og at Regjeringen måtte handle snarest for å sikre at dette sykehotellet blir bygd, fordi det er et stort behov for det. Nå handlet Regjeringen meget raskt, må jeg si. Når en hører debatten her, handlet de kanskje for raskt, fordi private ikke har fått lang nok tid på sine anbud, ikke har fått svar på sine anbud, og fordi det nå er inngått nye avtaler med en privat ideell organisasjon osv. Da er det også galt. Når det her vises til at både fagligheten og kvaliteten, tilgjengeligheten og kapasiteten blir bedre gjennom det som er framforhandlet, er det også galt. Hva ønsker en i forhold til dette? Jeg vil si at dette resultatet ikke har kommet på grunn av opposisjonen, men på tross av opposisjonen. Her har Regjeringen tatt ansvar og gått inn i en dialog.

Når det nå pekes på at dette kommer i konkurranse med Montebello/Mesnalia, ja, da er plutselig konkurranse et problem. Enkelte roper til stadighet at det offentlige trenger private aktører for å få en større konkurranse, men når det nå er blitt et utvidet tilbud, skal konkurransen avklares gjennom forhandlinger og møter, og det er jo en merkelig måte å gjøre det på.

Det var snakk om dette med finansiering. Representanten Lønning viste til at hvis det var private som tok hele ansvaret, slapp Rikshospitalet å ha noe ansvar for kostnadene knyttet til plassene. Jeg trodde at vi skulle bygge dette sykehotellet for å fylle disse sengene med pasienter som er lagt inn på Rikshospitalet og Radiumhospitalet, og at man ikke skulle se til andre steder.

Her snakkes det også om at styreformannen var overkjørt og gikk av den grunn. Hele opposisjonen ropte at Regjeringen måtte gripe inn. Og når Regjeringen griper inn og styrelederen går, føler enkelte at da er man plutselig overkjørt i denne saken.

Det var sagt av representanten Lønning at dette har tatt seks–sju år. Så vidt jeg ser av sakspapirene, var første ideen sådd i 2003 – og det er fem år siden. På tross av det har de ikke klart å ta de nødvendige beslutningene. Det settes i gang uten det. Jeg synes at statsråden og Regjeringen har håndtert dette på en god måte, på tross av at saken er håndtert dårlig fra Helse Sør-Øst sin side.

Inge Lønning (H) [14:26:47]: Representanten Asphjell viste til den løsningen som er fremforhandlet. Problemet for oss andre i salen er jo at vi kjenner ikke til noe som er fremforhandlet, og på uttrykkelige spørsmål har ingen kunnet svare på hva som er fremforhandlet. Årsaken til det er jo ganske enkelt at man ikke er ferdig med forhandlingene. Derfor har man ikke noe sammenligningsgrunnlag i det hele tatt.

Jeg er enig med statsråden på ett punkt. Dette er veldig interessant, sa hun. Ja, det er virkelig veldig interessant. Men jeg har bruk for å få statsrådets bekreftelse på det spørsmålet som jeg har stilt et par ganger. Jeg skal stille det fra den andre siden: Er statsrådets understrekning av at det er et helt nytt og annerledes prosjekt Regjeringen har sagt ja til enn det som hadde vært på beddingen i fem–seks år, slik å forstå at hvis man ikke hadde kommet på å kalle det for et annet prosjekt, som ingen har sett innholdet i, ville Regjeringen fortsatt ha sagt nei? Da ville statsministerens og helseministerens standpunkt i spørretimen den 30. april ha vært det samme pr. i dag, og riggene ute på Radiumhospitalet hadde for lengst vært revet.

Jeg imøteser svar på det spørsmålet med stor interesse, for hvis svaret er at man da hadde sagt nei til å realisere prosjektet og insistert på at det som var påbegynt, skulle rives, ja, da blir det jo virkelig spennende å få vite hvorledes man i løpet av noen timer kan kjøpe et nytt prosjekt og være villig til å fullfinansiere det offentlig – et prosjekt som ingen kjenner innholdet i.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [14:28:50]: Det kan jo være litt artig å høre debatten mellom Asphjell og Lønning om hvorvidt det var fem eller seks år siden planen om å bygge et sykehushotell først så dagens lys – men det er vel egentlig uinteressant om det er fem eller seks år siden.

Så må jeg si at når representanten Asphjell her berømmer sin egen regjering og snakker om hvor fantastisk de har behandlet denne saken, må jeg minne om at bakgrunnen for hele debatten faktisk er et representantforslag fra Harald T. Nesvik og Siv Jensen. Det er grunnen til at vi har debatten her i dag. Det er også en vesentlig grunn til at Regjeringen snudde. Men det er ikke bare Fremskrittspartiet som skal ha skryt for det. Det skyldes også det øvrige medietrykket som ble lagt på denne saken i Norge. Vi er glad for at det har blitt en løsning på saken. Det er vi meget godt fornøyd med. Men man må forstå at det blir stilt noen spørsmål vedrørende saksbehandlingen når det er så mye løst som ligger og flyter der ute, når verken helseforetaket eller Kreftforeningen kan komme med noe konkret på en åpen høring, og når vi som politikere først vil få greie på hva som egentlig ligger i planene deres, den 19. juni.

Når vi samtidig vet at alle de andre som var interessert i å gjennomføre en lignende type byggeprosjekt, ikke har hørt et kvadder – som det blir sagt her – må også medlemmer fra regjeringspartiene forstå at det blir stilt noen spørsmål rundt denne saksgangen.

Statsråd Sylvia Brustad [14:31:17]: La meg først oppklare en åpenbar misforståelse: Det er nå sagt flere ganger av flere talere fra opposisjonen at de private tilbyderne ikke har fått svar. Det har de fått. Det er riktig at de ikke hadde fått det under høringa, men de har fått det etterpå.

Så hører jeg at representanten Fredriksen og andre prøver å ta æren for at dette blir bygd – og det er lov, det.

Jeg skal svare på alle de spørsmål som måtte komme fra kontroll- og konstitusjonskomiteen og andre. Men jeg er helt uenig når det her sies at en ikke aner noe om hva dette tilbudet vil inneholde, når jeg som ansvarlig statsråd har sagt at det kommer til å bli noe mer enn et overnattingstilbud, og også har sagt noe om hva det for øvrig kommer til å inneholde for kreftpasienter og deres pårørende. Jeg mener også at helseforetaket har sagt det tydelig. Kreftforeningen har også sagt at de ønsker noe i den retning, men de skal ha noen møter for å avklare dette. Jeg vil så sterkt jeg kan understreke at dette tilbudet, hvis Stortinget slutter seg til vårt forslag, kommer til å se dagens lys også om Kreftforeningen bestemmer seg for ikke å være med.

Hva var så den nye situasjonen? Jo, det ble presentert et konsept som var noe annet enn bare et overnattingstilbud. Men det var det faktum at Helse Sør-Øst kom til oss og bad om penger, altså om lånemidler, som var nytt. Det hadde ikke de gjort tidligere. Da de kom til oss, er det klart at vi forholdt oss til den saken, og ut fra de grunner jeg har forsøkt å redegjøre for, fant vi altså at det måtte vi være med og bidra til.

Så dette var en helt ekstraordinær situasjon. Jeg mener at det Helse Sør-Øst nå har bestemt seg for, er veldig klokt. Det er å få en ekstern og uavhengig gjennomgang av hele denne saken for på den måten å lære av det som har skjedd, og det trur jeg det er behov for.

Harald T. Nesvik (FrP) [14:33:32]: Dette skal ikke være noen debatt om hvem som har æren for det ene eller det andre. Jeg har ikke tenkt å gå inn på den linjen. I det forrige innlegget mitt refererte jeg bare hva som ble sagt onsdag den 30. april. Så har vi sett hva som skjedde i ettertid, at man, heldigvis, har snudd trill rundt – og all ære for det.

Som i forrige sak fikk vi også et hyggelig innlegg fra representanten Jorodd Asphjell, som ut fra sitt ståsted summerte opp hvordan han så på denne saken. Jeg håper representanten Asphjell bare kom med en forsnakkelse, og jeg håper at det han sa, ennå ikke er skrevet ned – slik at også det er klarert. Representanten Asphjell sa, knyttet til at styreleder ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet måtte gå, at da Regjeringen grep inn og fikk sparket styrelederen, ja, da reagerte opposisjonen på det også.

Jeg håper representanten Asphjell forsnakket seg. Hvis

ikke blir det i hvert fall en sak for kontrollkomiteen, og det skal bli interessant. Så jeg håper det var en forsnakkelse.

Representanten Asphjell sa også at denne saken har fått en god avslutning på tross av opposisjonen. Jeg minner da om hva statsministeren og statsråd Brustad sa i Stortinget den 30. april, og ikke minst hva som ble sagt av styreleder Hanne Harlem i Helse Sør-Øst og statsråd Brustad i Redaksjon EN uken før, nemlig at det ikke var noen grunn til å stanse rivingen av brakkeriggen og det stillaset som var der oppe. Det skulle gå sin gang.

Til glede for kreftpasientene får denne saken heldigvis nå sin løsning, og det skal vi være glad for. Men det er grunn til å stille spørsmål om hva dette andre – så forskjellige – prosjektet faktisk er. Representanten Lønning har helt riktig påpekt det i sine innlegg i dag, for det var jo ingen ting som var klart da komiteen stilte spørsmål om dette på høringen. Statsråden har helt åpenbart annen informasjon enn det komiteen har fått, fordi komiteen fikk beskjed om at den endelige beslutningen om dette skulle tas på styremøtet 19. juni. Så statsråden må da sitte med annen informasjon enn det Stortinget har fått i sin høring.

Det som kritikken har vært knyttet til, er at man når det gjelder de ti andre alternative tilbudene, ikke hørte et kvadder så lenge prosessen var i gang. Det er i ettertid man har fått et brev, og det var etter at det var tatt en avgjørelse. Det er det man har kritisert.

Statsråd Sylvia Brustad [14:37:01]: Nå tror jeg nok representanten Nesvik gjengir noe fritt fra en viss TV-debatt. Men det jeg helt klart vil si, er at jeg ikke har hatt noen kontakt med styrelederen ved Rikshospitalet i denne saken. Jeg har ei heller hatt noen som helst befatning med direktørens avgang. Og så greier representanten Asphjell veldig godt å svare for seg sjøl, men jeg fant behov for å understreke det.

Så er det som kjent møte i Kreftforeningen den 19. juni. Det er deres arena, og ikke vår arena. Så får vi se hva som kommer ut av det. Men jeg er helt sikker på at det kommer til å bli et bra tilbud på Radiumhospitalet uansett, og det mener jeg faktisk er det aller viktigste i denne saken – til beste for kreftpasientene.

Så til det med de private. Det er helt klart at det hadde vært mulig hvis Helse Sør-Øst hadde ønsket det, å få til en løsning med private. Men det hadde vært krevende, ikke minst ut fra det regelverket som den forrige regjeringen bestemte i forhold til hvor man har lov til å ta opp lån. Det ville da vært et annet opplegg enn det som nå ligger på bordet. Det var i denne situasjonen Helse Sør-Øst mente at det opplegget de har gått inn for, og bedt regjering og storting om penger til, er et bedre opplegg for pasientene. Det var også på den bakgrunn Regjeringen foreslo for Stortinget at det gis lånemidler til dette.

Jorodd Asphjell (A) [14:38:44]: Det er ingen tvil om at man har vært opptatt av å få på plass et sykehotell hvor man skal gi viktige pasientgrupper et godt tilbud, men når det skjer, dreier man debatten bort fra det og over til hva som har skjedd underveis. Det er det ingen tvil om.

Det er pekt på den foretaksmodellen vi har i dag, med

regionale helseforetak og lokale helseforetak som har et ansvar i forhold til sine investeringer og sin drift. Hvis statsråden skulle gripe inn i alle enkeltvedtak, i alle saker – om det er fødetilbud eller investeringsprosjekter osv. – hadde denne foretaksmodellen spilt fallitt. Når representanten Lønning peker på at styrelederen gikk, var min replikk at Regjeringen måtte gripe inn i saken og få ordnet opp i biten om sykehotellet – og når Regjeringen grep inn i saken og løste dette, valgte styrelederen å gå av. Det var ikke slik at styrelederen gikk i dialog med statsråden, men styreledelsen følte at dette var overkjøring av ledelsens fullmakter, slik jeg har forstått det. Hvis jeg har uttalt meg feil, beklager jeg det. Men jeg synes at det er dette som ligger i hele foretaksmodellen, at statsråden ikke skal gripe inn i enkelt saker som sådan, for da mister man styringen med det.

Inge Lønning (H) [14:40:40]: Representanten Asphjell har nok rett på ett punkt, nemlig at han har fått feil tak i dette. Blant annet har han ikke styr på kronologien. For styrelederen i helseforetaket la ned sitt verv lenge før saken var kommet dit hen, også før direktøren ble avsatt av styret. Det spørsmålet som ikke er besvart, er: Hvorfor fant han det nødvendig å gjøre det? Jeg har aldri forestilt meg at det skulle skyldes at statsråden skulle ha grepet inn og bedt ham om det. Derimot er det mye som tyder på at sentrale personer i Helse Sør-Øst har utøvet et betydelig press. Det illustrerer jo i så tilfelle et grunnproblem i den nåværende modell, nemlig at det er veldig lett å drive ansvarsfraskrivning ved å skyve ansvaret et nivå opp eller et nivå ned ettersom det passer.

Grunnen til at jeg bad om ordet en gang til som saksordfører er at statsråden ikke besvarte mitt spørsmål om det er slik å forstå at man ville ha opprettholdt sitt negative standpunkt dersom ikke Helse Sør-Øst hadde kommet på den ideen å kalle prosjektet et helt nytt prosjekt, og presentere det i en retorikk som sier at det er noe annet, men som vi hittil ikke har fått presentert noe substansielt innhold i. Jeg tolker vel statsrådets taushet på dette punkt som en beklivelse. Da ville man ikke ha realisert prosjektet i det hele tatt. Det er det jeg har karakterisert som oppsiktsvekkende, for da har man opprettholdt et nei til et prosjekt som hadde vært planlagt gjennom mange år, og som ingen hadde hatt en eneste faglig innvending imot. Innvendingen dreide seg utelukkende om den manglende finansiering. Så klarer man i løpet av noen få timer å komme opp med et splitter nytt prosjekt og si at da er det helt ok å bruke penger på det. Så skal man planlegge det etterpå og finne ut hva innholdet er. Det er veldig lite betryggende.

Så må jeg også få lov til å etterlyse et svar på mitt spørsmål, for iallfall ett av de tilbudene – de ni øvrige er jo ikke alle sammen kjent for offentligheten i det hele tatt – var av en slik art at de ikke kolliderte med det regelverket som statsråden hele tiden henviser til at den forrige regjering innførte, fordi det medførte ingen bindinger, verken på investeringsiden eller på driftssiden. Da må man jo ha lov til å stille spørsmålet: Hvorfor takker man nei til et slikt tilbud til fordel for en normal statlig finansiering av det samme, eventuelt med en ørliten vri som gjør

at man kaller det noe annet enn før? Nettoforskjellen er 110 mill. kr. Jeg trodde i dagens situasjon at det hadde en viss interesse for en helseminister å kunne slippe å bruke 110 mill. kr av offentlige midler.

Presidenten: Harald T. Nesvik har hatt ordet to ganger i debatten og får ordet til en kort merknad på inntil ett minutt.

Harald T. Nesvik (FrP) [14:44:02]: Jeg vil bare gi representanten Jorodd Asphjell en mulighet til å gi en korrekt framstilling av hva som har skjedd eller ikke skjedd. I og med at kontrollkomiteen nå har saken til behandling, er det viktig å få fram at ting har skjedd i den rekkefølgen som de faktisk har skjedd – ikke minst at det er samsvar mellom det som er sagt av regjeringspartiene fra denne talerstolen, og det som statsråden har sagt som svar på spørsmål. Jeg utfordrer representanten Asphjell på følgende: Sist representanten Asphjell hadde ordet her, sa han at styrelederen for Rikshospitalet-Radiumhospitalet gikk av etter at Regjeringen hadde grepet inn i saken. Det er svært viktig at det blir gitt svar på dette. Statsråden sa at så ikke hadde skjedd, mens Asphjell sa at dette hadde skjedd. Jeg håper at representanten Asphjell kan avkrefte at inn gripen skjedde før styrelederen valgte å gå av.

Statsråd Sylvia Brustad [14:45:22]: Når representanten Lønning prøver seg på tolking, er det verdt å lytte.

Det som er saken, er at jeg på det tidspunktet orienterte om at Helse Sør-Øst kom til eieren, som var oss, og bad om å få lånemidler, slik at de kunne realisere det prosjektet de hadde. Det er det vi har forholdt oss til, og det er det vi har tatt stilling til.

Når det så gjelder spørsmålet om de private, er det det å si at det var ingen av de private som stilte opp med noen gave – dvs. at det var, meg bekjent, ingen av de forslag som lå på bordet som var helt gratis.

Nå er det slik at sjøl om representanten Lønning ikke vil høre at det var den forrige regjering som stadfestet det regelverket som gjorde det krevende, men ikke umulig, for Helse Sør-Øst å vurdere et opplegg med private, så er det det som er riktig. Ja – det hadde nok vært mulig å få til et opplegg med de private ved at de bygde, og at en leide noen plasser. Men det som ikke var mulig – ifølge det regelverket den forrige regjering stadfestet – var at private bygde, og at en på permanent basis leide alle rommene, f.eks. Så er det en del andre ting også i kjølvannet av det. Men dette har vært Helse Sør-Østs vurdering. De har altså presentert et annet opplegg, og det var det de kom til oss for å få lånemidler til. Det var også da det ble en sak på mitt bord.

Thorbjørn Jagland hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Jorodd Asphjell har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Jorodd Asphjell (A) [14:47:13]: Først må jeg si at enten det er det offentlige eller det private som bruker 110 mill. kr for å bygge ut, er det kostnadene knyttet til å kjøpe plassene som er det vesentlige. De kostnadene tror jeg nok vil bli de samme uansett. Men her virker det som om det er prinsippet om at det er de private som skal få bygge framfor det offentlige, som er vektlagt.

Til representanten Harald T. Nesvik må jeg si at det nok er riktig det han sa om kronologien, og som statsråden bekreftet fra talerstolen.

Inge Lønning (H) [14:48:05]: Jeg synes nok statsråden beveget seg farlig nær grensen til å villedde Stortinget når hun nok en gang henviste til det regelverket som ble fastsatt av den forrige regjering.

Under den åpne komitehøringen ble det uttrykkelig bekreftet av den ene private tilbyder som møtte til høring, at det tilbud de hadde levert, ikke innebar noen garantier på investeringsiden fra staten. Det ville ikke innebære noen kjøpsforpliktelse, i noen størrelsesorden, på permanent basis fra helseforetakets side. Da er det relativt drøyt at statsråden forsøker å fremstille det som om det skulle være regelverket som var til hinder for at man takket ja til et slikt tilbud.

Statsråd Sylvia Brustad [14:49:13]: Jeg har ikke villedt Stortinget. Jeg har sagt nå flere ganger, både i høringa og i dag, at det hadde vært mulig dersom Helse Sør-Øst hadde ønsket det, å få til et opplegg med private. Men det hadde vært krevende.

Så skjønner jeg at representanten Lønning ikke vil høre om hvorfor det hadde vært krevende. Men under den regjering Høyre satt i, var det altså slik at lån i det private markedet ikke var lov. Og finansiell leasing er å betrakte som det. Jeg har aldri sagt noe annet enn at det hadde vært mulig – sjøl innenfor det krevende regelverket – å få til en løsning med det private, men Helse Sør-Øst ville ikke det. De presenterte et annet konsept, og det er det vi har forholdt oss til.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet, og debatten i sak nr. 2 er avsluttet.
(Votering, se side 3613)

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Stortinget skal nå votere i sakene nr. 1 og 2.

Votering i sak nr. 1

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

- forslag nr. 1, fra Gunn Olsen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 2 og 3, fra Gunvald Ludvigsen på vegne av Fremskrittspartiet og Venstre

- forslagene nr. 4 og 5, fra Jan-Henrik Fredriksen på vegne av Fremskrittspartiet
- forslag nr. 6, fra Gunvald Ludvigsen på vegne av Venstre

Det vil først bli votert over forslagene nr. 4 og 5, fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fjerne alderskravet for å kunne komme inn under legemiddellassistert rehabilitering (LAR), og i stedet legge større vekt på den enkelte rusmiddelmissbrukers misbrukshistorie.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre en egen godkjenningsordning for rusbehandlingsinstitusjoner.»

Votering:

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 79 mot 27 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.57.45)

Presidenten: Det vil så bli votert over forslag nr. 6, fra Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen senke aldersgrensen for deltagelse i LAR til 20 år, men deltagelse bør fremdeles vurderes individuelt.»

Fremskrittspartiet har varslet at de støtter forslaget subsidiært.

Votering:

Forslaget fra Venstre ble med 77 mot 27 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.58.06)

Presidenten: Det vil så bli votert over forslagene nr. 2 og 3, fra Fremskrittspartiet og Venstre.

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at fastleger kan søke om LAR-behandling for sine pasienter.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for et forsøksprosjekt hvor fastleger med spesiell kompetanse og interesse for ruspasienter kan gis anledning til å dele ut gratis egnet medikamentell behandling (tilsvarende subutex, subuxone eller lignende). Prosjektet skal overvåkes av Helsetilsynet og evalueres etter to år.»

Votering:

Forslagene fra Fremskrittspartiet og Venstre ble med 76 mot 27 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.58.21)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber Regjeringen sørge for at rusavhengige får raskere tilbud om behandling gjennom å utnytte kapasiteten i private rusinstitusjoner. Behandlingstilbud må ikke avvikles uten at alternative tilbud er etablert og ventetiden er betydelig redusert.

II

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at helse-tjeneste innen rusfeltet blir tellende for leger til å skaffe seg spesialistkompetanse.

III

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at man innenfor rusfeltet får på plass en modell som gir ruspasienter time til poliklinisk eller annen behandling innen 24 timer etter avrusning. I tillegg gis sykehuset eller behandlingsstedet rett til å beholde pasienten til det er mulig å skaffe behandlingsplass, så fremt pasienten selv ønsker det.

IV

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at det etableres en ny rusakutt i hovedstadsområdet.

V

Stortinget ber Regjeringen legge frem en opptrappingsplan for rusfeltet med tilstrekkelige økonomiske midler.

Presidenten: Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har framsatt følgende forslag:

«Dokument nr. 8:75 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Gunvald Ludvigsen, Trine Skei Grande, Odd Einar Dørum og André N. Skjelstad om en ny behandlingseenhet for rusmiddelbehandling – vedlegges protokollen.»

Det vil bli votert alternativt mellom komiteens innstilling og dette forslaget.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble forslaget bifalt med 56 mot 50 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.59.34)

Votering i sak nr. 2

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:107 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik og Siv Jensen om å sørge for realisering av sykehotell ved Radiumhospitalet/Montebello – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Sak nr. 3 [15:00:01]

Referat

(274) Årsmelding fra styret for Pensjonsordningen for stortingsrepresentanter - Budsjettåret 2007 (Dokument nr. 16 (2007-2008))

Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.

Presidenten: Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Ønsker noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 15.01.