

Møte mandag den 16. mars 2009 kl. 12

President: Carl I. Hagen

Dagsorden (nr. 61):

1. Innstilling fra Stortingets presidentskap om fullmakt til å oppnevne en hovedkomité for planlegging og gjennomføring av Grunnlovens 200-årsjubileum i 2014 (Innst. S. nr. 162 (2008–2009))
2. Innstilling fra Stortingets presidentskap om valg av medlemmer til styret for Domstoladministrasjonen (Innst. S. nr. 165 (2008–2009))
3. Innstilling fra Stortingets presidentskap om regler om rett til innsyn i Stortingets dokumenter (Innst. S. nr. 166 (2008–2009))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Robert Eriksson, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om en opptrappingsplan for å gjennomføre vedtatt handlingsplan for diabetes (Innst. S. nr. 135 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:114 (2007–2008))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun og Jan-Henrik Fredriksen om en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår (Innst. S. nr. 136 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:115 (2007–2008))
6. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Per Egil Evensen og Jan-Henrik Fredriksen om etablering av nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade (Innst. S. nr. 137 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:118 (2007–2008))
7. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy og Dagrun Eriksen om å sikre tilbud om habilitering og rehabilitering for cochlea-implanterte barn og voksne (Innst. S. nr. 138 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:128 (2007–2008))
8. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Kari Kjønås Kjos om fri etableringsrett og fjerning av ordningen med avtalehjemler for fysioterapeuter (Innst. S. nr. 144 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:10 (2008–2009))
9. Interpellasjon fra representanten Vigdis Giltun til helse- og omsorgsministeren:

«En publisert studie av psykiater Geir Selbæk om demente pasienter ved norske sykehjem viser at demente i sykehjem sliter med alvorlige psykiske problemer. Mange er aldri diagnostisert, og få får tilbud om adekvat behandling. Medisinbruken er overdrevet, og ofte til større hjelp for personalet enn for pasienten.

Funnene indikerer at demente i sykehjem er like dårlige som pasienter i psykiatriske sykehus. 80 pst. av sykehjemsbeboere har demens, men kun 20 pst. av de demente har plass ved skjermede enheter, og det ser ut til å være tilfeldig hvem som havner der. Studien viser at demente er en stor gruppe som er oversett, og som får for dårlig oppfølging. Man har i mange år hatt som målsetting å gi demente et godt bo- og behandlingstilbud, men studien viser at denne gruppen nærmest er glemt.

Vil statsråden sørge for opptrappingstiltak som raskt sikrer denne pasientgruppen et faglig godt behandlings- og botilbud?»

10. Interpellasjon fra representanten Sonja Irene Sjøli til helse- og omsorgsministeren:

«Ideelle og privat eide sykehus, blant annet Feiringklinikken, har et nasjonalt oppdrag for å tilby pasientbehandling. Feiringklinikken har et helhetlig tilbud innen utredning, behandling og rehabilitering av voksne hjertesyrke, de er en del av ordningen med fritt sykehusvalg, er ISO-sertifisert og er av Kunnskaps-senteret kåret som «Best i test» i 2007. De siste årene har behandlingsavtalene med Helse Sør-Øst (HSØ) og de andre regionale helseforetakene blitt redusert, blant annet fordi tilbudet i det offentlige er blitt bygget opp. Dette har ført til alvorlige driftsmessige konsekvenser for Feiringklinikken, og klinikken kan trues av nedleggelse.

Hva mener statsråden om situasjonen for de ideelle og private sykehusene generelt og Feiringklinikken spesielt, og hvilken plass mener han Feiringklinikken skal ha innenfor det offentlige helsevesen i framtida?»

11. Referat

Presidenten: Representantene Per Roar *Bredvold* og Thore A. *Nistad*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra Venstres stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Vera *Lysklætt* fra og med 16. mars og inntil videre
- fra Senterpartiets stortingsgruppe om velferdspermisjon for representanten Trond *Lode* i tiden fra og med 16. mars til og med 27. mars

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentantene, for Finnmark fylke Bjørg-Irene *Østrem* og for Rogaland fylke Magnhild *Eia*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: Bjørg-Irene *Østrem* og Magnhild *Eia* er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresidenter

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets møte i dag og for resten av innværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten foreslår Hans Frode Kielland Asmyhr og Solveig Horne. – Andre forslag foreligger ikke, og Hans Frode Kielland Asmyhr og Solveig Horne anses enstemmig valgt som settpresidenter for denne ukens møter i Stortinget.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen overbrakte 2 kgl. proposisjoner (se under Referat).

Presidenten: Representanten Trine Skei Grande vil fremsette et representantforslag.

Trine Skei Grande (V) [12:02:27]: På vegne av Gunnar Kvassheim og meg sjøl har jeg den ære å fremme et forslag om å tillate politisk reklame på norsk fjernsyn.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1 [12:02:47]

Innstilling fra Stortingets presidentskap om fullmakt til å oppnevne en hovedkomité for planlegging og gjennomføring av Grunnlovens 200-årsjubileum i 2014 (Innst. S. nr. 162 (2008–2009))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.
(Votering, se side 2293)

Sak nr. 2 [12:03:07]

Innstilling fra Stortingets presidentskap om valg av medlemmer til styret for Domstoladministrasjonen (Innst. S. nr. 165 (2008–2009))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.
(Votering, se side 2293)

Sak nr. 3 [12:03:20]

Innstilling fra Stortingets presidentskap om regler om rett til innsyn i Stortingets dokumenter (Innst. S. nr. 166 (2008–2009))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.
(Votering, se side 2294)

Sak nr. 4 [12:03:36]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik,

Robert Eriksson, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om en opptrappingsplan for å gjennomføre vedtatt handlingsplan for diabetes (Innst. S. nr. 135 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:114 (2007–2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Dette anses vedtatt.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [12:04:44] (ordfører for saken): Diabetes er en av våre folkesykdommer, og en anslår at over 250 000 mennesker i Norge kan ha diabetes. Utfordringen er at veldig mange av disse ikke har fått sin diagnose; Norges Diabetesforbund anslår at det gjelder rundt halvparten. Dette blir også påpekt i den nasjonale strategien for diabetesområdet 2006–2010, og det er derfor et viktig mål å få avslørt flere og dermed få behandlet flere.

Med en tidlig diagnose vil en unngå senskader og dermed spare de berørte og samfunnet for mye – både av plager og av økonomiske belastninger.

At det å forebygge kontra det å reparere er billigere, tror jeg hele komiteen er enig i. Spørsmålet er hvordan dette best kan gjøres.

Flertallet i komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, SV, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er enig om at forebygging av type 2-diabetes bør skje på alle de arenaer der det er mulig å fokusere på fysisk aktivitet og kosthold. Her viser flertallet til St.prp. nr. 1 for 2008–2009, der det nettopp har blitt nevnt spesielt tiltak for å få flere fysisk aktive, frukt og grønt i skolen og andre tiltak som dreier seg om et bedre kosthold i befolkningen.

En bred tilnærming til forebygging er viktig, og det dreier seg altså om mange grupper i samfunnet, og allerede fra barnsben av. Vi vet ikke hvem som er i risikogruppen før det er for sent.

Siden diabetes 2 hovedsakelig er en livsstilssykdom, må det satses på flere steder samtidig, for det er ikke slik at forebygging bare forebygger én sykdom, men det finnes mange sykdommer som har samme fellesnevner. Vi har derfor satset på ulike tiltak som vil forebygge ikke bare diabetes, men også livsstilssykdommer som f.eks. kols og hjerte- og karsykdommer.

Komiteen er enig om at fastlegens rolle med hensyn til å avdekke diabetes type 2, er viktig. Dette er også bekreftet i møter med Diabetesforbundet, som ønsker seg gode felles retningslinjer for å avsløre flere udiagnostiserte samt bedre kompetanse hos fastlegen. Komiteen mener også at aktører som bedriftshelsetjenesten og hjemmetjenesten skal være slike viktige aktører. Det er de som møter pasientene og kan stille de rette spørsmål og ta de rette prøver.

ne. Det å få på plass rutiner for hva det skal ses etter, og få retningslinjer, er derfor nødvendig.

Jeg vil også vise til det komiteen sier om at det må forskes mer på diabetes type 1, som ikke er en livsstilssykdom, men en livslang, kronisk sykdom som rammer mange barn og unge. Det er bekymringsfullt at Norge er på verdenstoppen når det gjelder barn og unge med debut av type 1-diabetes. Det bør fokuseres mer på å finne grunnen til dette. Type 1 diabetes har også store samfunnsmessige konsekvenser dersom ikke forebygging av senskader skjer tidlig, og mye er felles når det gjelder både kosthold og fysisk aktivitet. Fastlegens rolle vil her være viktig, der god kunnskap og ikke minst oppdatert kunnskap tilflytes fra spesialisthelsetjenesten. Mye av denne behandlingen bør ses i samhandlingens tegn.

Det er satt i gang flere gode tiltak som er nevnt i den nasjonale strategien. Jeg vil nevne Diafonen og gjenopprettingen av diabetesverkstedet på Aker. Men dette er tiltak som skjer i den andre enden, når folk har blitt syke. Målet må være at disse får mindre å gjøre, dvs. at færre får diabetes.

Et annet flertall i komiteen, dvs. de rød-grønne og Venstre, mener at en plan kun rettet mot diabetes ikke er nødvendig, men at dette må ses i en større sammenheng med folkehelseperspektiv og forebygging generelt. Mange som får diabetes, har også risiko for andre sykdommer, og det er viktig at dette ses i sammenheng, og ikke som et fragment.

Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at målene i nasjonal strategi vanskelig lar seg gjennomføre uten øremerkede penger til planen, og de viser til de mange uttalelser som er gjort om denne saken. Fremskrittspartiet viser i den forbindelse til sitt eget budsjett, der det er tatt høyde for dette.

Forebygging av diabetes og senskader trenger en helhetlig satsing på mange arenaer, og vi er ikke gode nok. Både innen behandling og rehabilitering mangler det tiltak som er gode nok, og heller ikke innen forebygging er tiltakene tilstrekkelige. Den psykiske belastningen ved å ha eller få diabetes, bør også være et område som vi ser nærmere på. Det er lett å legge skylden på den enkelte når diabetes oppstår eller senkomplikasjoner inntreffer, men det er flere faktorer som spiller inn – ikke alt kan forhindres, ikke alt kan forebygges, og ikke alt er noens skyld. Dette mener jeg det er viktig å ta med i debatten videre.

Statsrådets samhandlingsreform vil kanskje gi noen virkemidler, slik at partene tenker forebygging framfor reparasjon, slik at færre får sykdommen og færre får senkomplikasjoner. Målet er klart, og alle i komiteen er enige om at dersom vi gjør de rette ting til rett tid, vil færre få diabetes 2 og andre sykdommer.

Vigdis Giltun (FrP) [12:10:01]: Saksordføreren reddegjorde veldig godt for hvor mange det er som har denne sykdommen, og hvor store utfordringer vi står overfor for å kunne nå fram med god behandling og god forebygging. Det det er uenighet om, er ikke omfanget eller hva det er behov for, det er at det må økonomiske midler til for å klare den oppgaven i årene som kommer.

Målsettingen for diabetesplanen da den ble lagt fram, var jo å fange opp alle de udiagnostiserte. Man regner med at det er 125 000 udiagnostiserte, og det viser seg nå – tre år etterpå – at det er like mange. Det har ikke skjedd noen ting. Da er måloppnåelsen så dårlig som den kan få blitt. Målet med å fange opp udiagnostiserte er å gi dem behandling og lære dem hva sykdommen innebærer, slik at de ikke skal få senkomplikasjoner. Der har man altså ikke kommet noen vei.

Når det gjelder de pasientene som vet om sykdommen, er det også altfor dårlig oppfølging, og et altfor dårlig tilbud fra det offentlige for å forebygge. Hvert år må om lag 500 norske pasienter amputere deler av foten på grunn av stygge fotsår, og det koster staten minimum 300 mill. kr årlig. Norge ligger langt etter Sverige når det gjelder å ta vare på mennesker med fotproblemer. For å avhjelpe her kunne man ansatt fotterapeuter ved alle sykehusene, og man burde hatt ambulante diabetesteam ved alle sykehusene i landet. Det har ikke blitt innført, det har ikke blitt stilt noe krav om det. Statsråden har jo stadig sagt at det er en målsetting, men det er opp til sykehusene hvordan og når dette skal opprettes.

Hvor blir det av de ambulante teamene? spør jeg. Selv når statsråden skriver i bestillerdokumentet at dette skal styrkes, klarer helseforetakene å kutte i disse teamene uten at det får noen følger. Fotterapeutene må altså inn i det forebyggende arbeidet.

Så må man også fokusere mer på barn med diabetes 1. Det har vist seg at barn får veldig forskjellig oppfølging. På skolene er det også veldig tilfeldig fra klasse til klasse hvordan barn med diabetes 1 blir fulgt opp. De trenger støtte, og de trenger veiledning. Her bør det være en nasjonal standard for hvordan disse barna skal ha det i skolen, og også i barnehagen.

Innvandrere er en gruppe som viser seg å ha en høy forekomst av diabetes, spesielt visse deler av innvandrerbefolkningen og særlig kvinnene. De får heller ikke behandling og oppfølging som de klarer å nyttiggjøre seg. Der er det også en stor utfordring, og der har man heller ikke kommet særlig mye lenger enn man var da man ble kjent med disse forholdene.

Veldig mange vil få nyresvikt og behov for dialysebehandling eller transplantasjon. Senkomplikasjoner som kommer etter 15–20 år, får veldig alvorlige følger for pasienten. Det medfører også veldig store kostnader for samfunnet. Fotamputasjonene har jeg nevnt. Tap av syn er også veldig alvorlig for dem som blir rammet av det. Disse senkomplikasjonene fører til en stor endring i pasientens liv, og det koster mindre rent økonomisk å forebygge. Det spares inn mange ganger hvis man unngår at pasientene får disse senkomplikasjonene.

Det hjelper ikke bare å snakke om frukt og grønt og om forebygging ved å se på det i et folkehelseperspektiv. Det handler også om en bevisstgjøring av pasientene. Pasientene må få vite hva det innebærer å leve med denne sykdommen, og hva det innebærer hvis man ikke klarer å regulere sykdommen og gjøre de riktige tingene. Men det handler også om at det offentlige må tilby helsetjenester for å forebygge senkomplikasjoner. Det må fotbehandlin-

ger til, og man må kanskje se på en refusjonsordning, slik at de som har nevropati, f.eks., kan få en refusjon, så det blir fulgt opp. Man må sørge for at disse teamene fungerer ut mot sykehjemmene, hvor det er mange med diabetes som ikke blir ivaretatt. Det offentlige må også ta sitt ansvar, ikke bare ved å informere og si at folk skal leve riktig, mosjonere og spise riktig – selv om det er en viktig del av det – men det må følges opp med økonomiske midler. Planen har ikke vært fulgt opp med de midlene. Det er hovedårsaken til at den gode planen som ble lagt fram etter initiativ fra Fremskrittspartiet, ikke har noen særlig god effekt. Den vil heller ikke få noen bedre effekt i årene som kommer, hvis den ikke blir fulgt opp direkte med midler, slik at man følger opptrappingen og setter klare krav både til helseforetakene og til kommunene om at det må innføres tjenester for dem som har diabetes, slik at vi unngår de store utfordringene vi vil stå overfor i årene som kommer.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:15:12]: Jeg slutter meg helt og fullt til representanten Giltuns beskrivelse av situasjonen. Det er ingen tvil om at diabetes er en betydelig utfordring for folkehelsen, slik saksordføreren også redegjorde for. Mellom 90 000 og 120 000 mennesker har fått påvist diabetes i Norge. Man regner med at nesten like mange har diabetes uten at de selv eller helsetjenesten er klar over det. Norge og Norden ligger på verdenstoppen når det gjelder forekomst av type 1-diabetes, uten at vi kjenner årsakene til dette. Sykdommen medfører også risiko for senkomplikasjoner i hjerte, øyne, nyrer og føtter, som representanten Giltun også var inne på. Dette fører til store helseproblemer og forringet livskvalitet for dem som rammes.

Både det generelle folkehelsearbeidet og den spesifikke innsatsen mot diabetes er viktig i denne sammenheng. Samarbeidsregjeringen tok et krafttak for folkehelsearbeidet og fikk på plass en satsing som er videreført i denne perioden. Vi må forebygge diabetes og andre folkesykdommer bedre gjennom bedre informasjon om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet. Det er imidlertid viktig å presisere at diabetes ikke bare har sin årsak i livsstilsfaktorer, men at sykdommen også skyldes genetiske forhold. Vi må begrense helseskadene som følger av diabetes, gjennom tiltak for å stille diagnosene tidligere og behandle bedre. Som nevnt i innstillingen er det allerede etablert flere tiltak, eksempelvis etablering av Diafonen, selvhjelpsgrupper og informasjonsarbeid. Men vi må gjøre langt mer på dette området.

Fra Høyres side forstår vi forslagsstillernes utålmodighet på dette området og støtter deres intensjon om å styrke diabetesplanen med økte bevilgninger. Vi mener imidlertid at dette må vurderes i sammenheng med budsjettarbeidet, slik bevilgnings spørsmål skal håndteres.

Det må også bemerkes at statsråden og Regjeringen har skaffet seg en viss fallhøyde i denne saken, all den tid forebyggende arbeid mot diabetes er et viktig tema i statsrådens standardforedrag om samhandlingsreformen. Nå er det vel på dette området, som i Regjeringens helsepolitikk for øvrig, få konkrete tiltak. I de fleste sammenhenger skryter Regjeringen av hvor mye penger den har brukt på

helse de siste tre–fire årene, selv om statsråden nå mener at dette ikke gjør helsetjenesten bedre. Når det gjelder tilbudet til diabetikere, kan Regjeringen ikke engang skryte av å ha økt bevilgningene i særlig grad.

Hvis statsråden virkelig er så indignert som han gir uttrykk for når det gjelder det dårlige tilbudet til diabetikere, vil den siste muligheten han garantert har for å gjøre noe med dette, være i revidert nasjonalbudsjett. Høyre ser fram til Regjeringens forslag om en styrket innsats på dette området.

Laila Dāvøy (KrF) [12:18:29]: Kristelig Folkeparti startet i 2003 det viktige arbeidet gjennom folkehelsemeldingen med å fokusere på forebygging av sykdom, særlig med tanke på kost og mosjon. I den forbindelse sa daværende helseminister fra mitt eget parti følgende:

«I det moderne samfunn sitter vi og spiser oss til sykdom og tidlige død. Livsstilsrelaterte sykdommer har enorme kostnader for den enkelte i form av redusert livskvalitet og tapte leveår, og kostnadene for samfunnet bare øker. Relativt små endringer i kostholds- og mosjonsvaner kan ha stor betydning for en bedre helse og et bedre liv.»

Dette må ligge i bunnen for ulike planer og strategier for helsepolitikken.

En diabetesstrategi er et viktig tiltak for å møte utfordringene som knytter seg til dette feltet. Utfordringene er så store at det er påkrevet også med en økonomisk oppfølging av strategien. Det legges ned et stort arbeid for å lage en strategi på et felt, ut fra vurderingen om at det er store utfordringer som det må tas tak i på nettopp dette feltet. Det er derfor svært uheldig om strategiene uteblir, eller det blir en dårlig oppfølging. Det vil også gjelde flere andre nasjonale strategier, f.eks. på kols-området, nasjonal strategi for rehabilitering og habilitering, nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, nasjonal kreftstrategi og opptrappingsplan for rusfeltet. Det er min oppriktige mening at flere av disse strategiene ikke har fått nødvendig og helhetlig oppfølging. De har lite forutsigbarhet hva gjelder tidspunkt og økonomi for tiltak som er foreslått gjennomført. Det gir usikkerhet og liten forutsigbarhet.

Jeg har for øvrig merket meg at Regjeringen i liten grad legger fram handlingsplaner med konkrete tiltak der ansvar og rekkefølge på tiltak ofte nedfelles. I større og større grad bruker Regjeringen mer overordnede strategier i sitt arbeid, noe som blir mindre forutsigbart og skaper usikkerhet om gjennomføringsmuligheter og gjennomføringstidspunkter. Dette er nok også årsaken til at vi i dag behandler et forslag om en opptrappingsplan for å nå målsettingene i nasjonal strategi for diabetesområdet. Dette slutter Kristelig Folkeparti seg til.

Til slutt tar jeg opp forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti.

Presidenten: Representanten Laila Dāvøy har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [12:21:18]: La meg først gi ros til Norges Diabetesforbund, som er en svært

aktiv pådriver overfor oss i komiteen, overfor Stortinget og overfor norsk helsevesen, for at vi skal forstå hvor alvorlig diabetesepidemien er for samfunnet, og hvor alvorlig denne sykdommen kan være for den enkelte. Diabetesforbundets argumentasjon har bidratt til at Stortinget ved de to siste budsjettbehandlingene har bevilget mer for å forebygge diabetes, for at sykdommen skal oppdages tidligere, og for å hjelpe diabetikere til bedre å mestre et liv med en kronisk sykdom.

Jeg må si at det er uforståelig at samfunnet i så lang tid har satset så lite på å forebygge diabetes 2. Det er ikke på noen måte ny kunnskap som ligger til grunn for de eksemplene som helsestasjonsråder legger fram i sine foredrag, og når Bjarne Håkon Hanssen reiser rundt og snakker om folkehelse og samhandlingsreformen. Det lønner seg stort for samfunnet at det blir færre fysisk inaktive, og at de klart usunne elementene i kostholdet blir redusert. Akkurat den samme oppskriften kan også forebygge mange andre helseskader og sykdommer. Det er viktig at diabetes 2 blir oppdaget tidlig, slik at skader kan reduseres og kanskje helt unngås. Og så har vi den store gruppen som bare er i faresonen.

En annen stor oppgave handler om å hjelpe de over 100 000 som har diabetes, med å mestre sin hverdag og unngå komplikasjoner og skader. Jeg har med interesse lest siste nummer av Diabetes, som forteller om tilbud som gis ved en del av de opptrenings- og rehabiliteringssentrene som finnes. Det er mye positivt som oppnås der. Jeg ser fram til at vi skal få realisert alle de lokale mestringssentrene for alle med kroniske sykdommer som en del av kommunehelsereformen. Det er viktig at personer med samme plager treffes, utveksler erfaring og får råd og hjelp fra fagfolk der de bor, for å unngå at de må legges inn på institusjon. Jeg ser fram til den dagen da gode resultater fra forebyggende arbeid og mestringssentre presenteres med like stor stolthet som de mest moderne behandlingstilbud for dem som fortsatt vil trenge dette.

Jeg er glad for at det nå er stor enighet om behovet for å spare den enkelte og samfunnet for de store tap som oppstår når man ikke forebygger godt nok. Da kan vi bruke de gevinstene vi oppnår, til å gi bedre behandling til dem som trenger det mest. Jeg er glad for at personer som er i faresonen for å få diabetes, står først i køen til å bli vinnere når forebyggingsinnsatsen skal økes. Det er ikke mulig for noen å avlyse satsingen for akkurat denne gruppen nå.

Jeg er ikke like rolig med tanke på om viljen er sterk nok til å prioritere forebygging i vid forstand. Her må det settes inn en betydelig økonomisk innsats flere år før gevinsten kan innkasseres. Gevinsten vil komme på andre budsjettkapitler enn der utgiftene må settes inn. Jeg håper inderlig at vi kan bli opptatt av å få disse gevinstene i penger – gjennom flere leveår, friskere folk, større og sprekere arbeidsstokk, og ikke minst sprekere eldre, og at vi får endret stivbeinte måter å lage statsbudsjettet på.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:24:48]: Diabetes er jo blitt ein folkesjukdom, og det er viktig at det blir satsa meir på oppbygging av spesielt lavterskeltilbod. Dei som blir ramma sterkast, treng også dialyse. Eg trur at dialyse

heime i staden for på sjukehus vil vere eit godt verkemiddel i framtida. Alle har ansvar for eiga helse, men forebygging av diabetes handlar også om kosthaldsopplæring i skulane. Derfor har Venstre i sine budsjett sett av pengar til fleire kantiner og kosthaldsundervisning.

Det handlar også om trygge skulevegar, om gang- og sykkelvegar og om grøn resept. Det er svært problematisk at vi ikkje greier å få ned prisane på frukt og grønt i butikkane, samtidig som den billigaste maten er den mest usunne.

I Venstre er vi ikkje moralistar, vi vil at alle skal få moglegheit til å leve det livet dei vel sjølve, og har lyst til å leve. Men dei med dårlegast råd er ofte dei som har den dårlegaste helsa, så dette er eit problem. Valet er vanskelig, for den sunnaste maten også er den dyraste. Det meiner vi det er viktig å gjere noko med. Viktigare enn statleg oppdragning er det at vi legg til rette for god informasjon og kosthaldslære allereie frå barnsbein av, slik at vi i størst mogleg grad er godt rusta til å leve sunt.

Saman med Høgre støttar vi forslagsstillaranes intensjon om å sikre oppfølginga av strategiplanen for diabetes gjennom auka løyvingar til formålet, men vi trur at dette må vurderast i samanheng med ordinær budsjettbehandling, og foreslår derfor at representantforslaget blir lagt ved protokollen.

Eg tek hermed opp forslaget frå Venstre og Høgre.

Presidenten: Representanten Gunvald Ludvigsen har tatt opp forslag nr. 2.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:27:04]: Diabetes er en av vår tids store folkesykdommer. Helsedirektoratet melder at så mange som 265 000 nordmenn kan ha diabetes. Som flere har vært inne på, har halvparten av disse ikke fått stilt noen diagnose. Den sterke økningen i diabetes gjelder for svært mange land, og det er en utfordring å lage gode strategier for å bekjempe utbredelsen av denne sykdommen.

Regjeringen tar den bekymringsfulle utviklingen på alvor, og vi har satt i gang flere tiltak for å forebygge utvikling av diabetes. Diabetes er en av flere kroniske sykdommer som har sammenheng med livsstil, og det er nødvendig med innsats på mange områder for å møte utfordringene når det gjelder kroniske livsstilssykdommer. Regjeringen har satset særskilt på forebyggende tiltak innen kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt.

Før sommeren vil Helsedirektoratet lansere et sett av felles kliniske retningslinjer for diabetes – både for primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er et viktig steg for å sikre likeverdighet og helhet i oppfølgingen av pasienter med diabetes. Vi følger opp arbeidet med en informasjonskampanje som er rettet mot mennesker med økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Kampanjen skal etter planen lanseres samtidig med de kliniske retningslinjene.

Nasjonal strategi for diabetesområdet peker på at god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for å oppnå gode resultater. Det er nødvendig med god informasjonsflyt mel-

lom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten blir i stand til å mestre sykdommen. I budsjettet for 2009 foreslo vi 40 mill. kr til samhandlingstiltak innen forebygging. Her forventer vi gode prosjekter som kan gi gode løft også på diabetesområdet.

Skal vi hindre utbredelse av diabetes og hjelpe dem som har fått diagnosen, må vi satse helhetlig innen forebygging, behandling og rehabilitering. Vi må tenke nytt om hvordan helsetilbudet skal bygges opp og bli bedre til å følge opp risikogruppene.

I samhandlingsreformen, som vi vil legge fram før sommeren, er målet å komme fram til juridiske og økonomiske virkemidler som gjør at det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging og tidlige tiltak, slik at sykdommer som diabetes type 2 ikke utvikler seg til en kronisk lidelse med livstruende komplikasjoner.

La meg bare legge til at jeg har forståelse for den utålmodighet som jeg opplever ligger i representantforslaget. Det er viktig at den type planer som Nasjonal strategi for diabetesområdet representerer, følges opp av den sittende regjeringen. Jeg mener at vi kan vise fram eksempler på at vi følger opp. Det er økte bevilgninger f.eks. til fysisk aktivitet, det er økt satsing på røykestopp, det er økt satsing på kostholdstiltak, og nå kommer det altså nasjonale retningslinjer og informasjonskampanjer, og vi ser etter denne type diabetesrettede prosjekter når vi nå skal fordele midler til samhandling.

Så kan man selvfølgelig alltid diskutere om vi skulle ha gjort enda mer, og om det vi gjør, er godt nok. Men vi går nå i forbindelse med samhandlingsreformen virkelig tungt inn i de problemstillingene som er knyttet til utviklingen av livsstilsbaserte lidelser, kroniske lidelser, hele kommunehelseperspektivet, der vi bygger ut en kommunehelsetjeneste med 50 pst. flere leger, med desentraliserte, ambulante team innen rus, psykiatri, kols og diabetes, og i det hele tatt legger om hele det økonomiske systemet – dette ut fra at det vil være lønnsomt å forhindre at folk får amputasjoner som følge av diabetes, istedenfor å være verdens beste på å amputere når det har gått galt.

Ja, jeg forstår jo at opposisjonens rolle er å kritisere, men jeg mener personlig at det vi nå gjør på dette området, er en gjennomgang som er uten sidestykke i nær politisk historie. Slik at kritikken om at vi ikke tar denne helseutviklingen på alvor, må jeg si jeg ikke føler meg særlig truffet av.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Vigdis Giltun (FrP) [12:32:21]: Det er gledelig at statsråden også har engasjert seg i diabetessykdommen og de alvorlige utfordringene vi står overfor.

Det det er snakk om i denne saken, er økonomisk oppfølging av planen. Den blir, slik jeg ser det, ikke noe bedre om man overlater mer til kommunene gjennom rammeoverføringer, hvor den biten skal ivaretas. Det er heller ikke kommunene som tjener på at en fot ikke blir amputert, eller at en person ikke får nyresvikt, det er det helseforetakene, eller staten totalt sett, som er tjent med. Det er det helhetlige helseøkonomiske regnskapet vi vil se inntjeningen på.

Fremskrittspartiet er veldig bekymret for at denne planen faktisk ikke blir fulgt opp på grunn av manglende midler. Hvorfor vil ikke statsråden tilføre øremerkede midler for å få fulgt opp denne planen, slik som det har vært nødvendig med andre planer tidligere?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:33:21]: Jeg har jo svart på de spørsmålene som representanten Giltun her stiller, men hun nekter å høre svarene og fortsetter bare dermed å stille spørsmålene. Jeg skal nå prøve å svare en gang til.

Vi følger opp denne planen med konkrete midler. Jeg sa jo nettopp fra talerstolen at vi f.eks. nå lanserer en stor informasjonskampanje knyttet til denne planen. Så må jo representanten Giltun gjerne mene at det skulle vært gjort enda mer, men det blir litt meningsløst å fortsette debatten om at vi ikke gjør noe. Vi gjør altså noe, vi gjør konkrete tiltak for å følge opp denne planen. Så er det helt fritt fram å si at vi burde ha gjort enda mer. Men det er ikke sant at denne planen ikke følges opp. Den følges opp, og så får vi diskutere nivået på oppfølgingen.

Så synes jeg at representanten Giltun avslører en ganske urovekkende mangel på forståelse når det gjelder helheten i de helseøkonomiske incentivstrukturene vi har i Norge. Gjennom samhandlingsreformen skal vi synliggjøre at det vi nå gjør, er det viktigste vi kan gjøre, bl.a. for diabetesgruppen.

Laila Dāvøy (KrF) [12:34:34]: Jeg synes det er flott at statsråden har stor energi og kraft knyttet til samhandlingsreformen, det setter jeg stor pris på. Jeg tror mye av de tiltakene som vi håper kommer der, absolutt vil kunne bidra til en bedre helsetjeneste også på dette området, ikke minst når det gjelder forebygging.

Det tar kanskje litt tid før man kommer i gang, og i og med at vi vet at det nå kommer en stortingsmelding i juni, er mitt spørsmål til statsråden: Med tanke på at så mye skal løses gjennom samhandlingsreformen innenfor ulike områder, når ser statsråden for seg at de første endringene knyttet til en samhandlingsreform kan komme? Blir det i 2010, eller blir det senere?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:35:28]: Vi er ikke ferdig med verken meldingen eller budsjettet for 2010, men min ambisjon er at vi allerede i budsjettet for 2010 skal se klare grep i retning av det som stortingsmeldingen om samhandling vil handle om, altså oppbygging av en betydelig sterkere kommunehelsetjeneste. Nå avhenger jo dette litt av hva som skjer ved valget. Gitt at den sittende regjering fortsetter, er jo planen at vi nå systematisk skal innføre de grepene som vil bli skissert i samhandlingsreformen, gjennom neste stortingsperiode, men at det vil synliggjøres en start allerede i budsjettet for 2010.

Inge Lønning (H) [12:36:26]: Det var statsrådets svar til representanten Dāvøy som gjorde meg litt nysgjerrig.

Det er jo meddelt fra statsrådets side at samhandlingsreformen skal presenteres i form av en stortingsmelding, og at denne stortingsmeldingen vil bli oversendt til Stor-

tinget i juni dette år. Det innebærer jo, så vidt jeg forstår, at dette stortinget under ingen omstendighet kommer til å komme i inngrep med saken. Den nåværende helse- og omsorgskomiteé kommer heller ikke til å komme i inngrep med saken. Hvis den sittende regjering skulle bli avløst som resultat av utfallet av stortingsvalget, vil den stortingsmeldingen formodentlig ikke bli behandlet av det neste stortinget heller.

Tilsier ikke det at statsråden kanskje bør tenke seg om en gang til når det gjelder tidspunktet for å presentere en slik sak for Stortinget?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:37:35]: Vi greier ikke å bli ferdig før i juni. Vi jobber nå intenst. Vi startet arbeidet med reformen i september 2008, og legger fram en stortingsmelding i juni 2009. Jeg mener det signaliserer et stort tempo.

Så er det selvfølgelig slik at vi har et demokrati, og hvis folket ikke vil ha det flertallet man har nå, får man et annet flertall som da må ta stilling til om denne stortingsmeldingen skal bli liggende eller ikke. Mitt håp er jo at selv om det skulle bli et regjeringsskifte ved valget i høst, skal kvaliteten og innholdet i den meldingen være av en slik karakter at en eventuell ny regjering forhåpentligvis vil være positiv til å la meldingen ligge i Stortinget, slik at det nye stortinget kan behandle den så raskt som mulig. Jeg opplever jo at det ikke er noen stor tverrpolitisk uenighet om i hvilken retning vi går. Jeg får først og fremst kritikk her i salen for at det går for sakte, men innretningen på reformen, slik som den diskuteres ute, er det jo bred enighet om. Dermed er det en sjanse for at en ny regjering vil la den ligge.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

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

Olav Gunnar Ballo (SV) [12:39:09]: Det har vært interessant å følge debatten. Det inntrykket man sitter med, er jo at de 265 000 som måtte ha diabetes i Norge, har det mot opposisjonens stemmer. Det høres ut som dette kunne vært løst i revidert nasjonalbudsjett, og slik er det naturligvis ikke. Det er ikke slik at antall tilfeller av diabetes har gått opp etter at vi fikk ny regjering – og gikk ned da vi hadde den forrige. Det er jo nettopp kompleksiteten knyttet til utviklingen av diabetes man er nødt til å ta inn over seg, for det finnes ingen enkle løsninger for å snu dette på kort sikt.

Det er interessant å registrere at diabetes type 2 omtrent ikke forekom i perioden mellom 1940 og 1945, og dermed er jo dette et velstandsfenomen som sannsynligvis vil forsterke seg over år hvis man ikke klarer å snu utviklingen når det gjelder kosthold. Gunvald Ludvigsen var inne på at den dyreste maten er den sunneste. Det har han jo bare til dels rett i, for det er gjort en god del undersøkelser både i Norge og i utlandet som viser at det dessverre er slik at mange av dem som utvikler diabetes type 2, har et kosthold som i seg selv er relativt kostbart. Det kan være usunn mat, det kan være mat som inneholder ri-

kelig med sukker og som også kostnadmessig er dyr. Så det er neimen ikke sikkert at det å ha et sunt kosthold, det å spise frukt og grønt, medfører at man påfører familien større husholdningskostnader.

Så har statsråden på en god måte redegjort for de tiltak som er i ferd med å bli gjennomført. En av de virkelige store utfordringene når samhandlingsreformen skal behandles av Stortinget, vil jo være å ta den utfordringen som statsråden inviterer til, nemlig at man begynner å snu utviklingen fra et rent reparasjonssamfunn over på å tørre å forebygge i et langsiktig perspektiv der man ikke vil se resultatene om ett eller to år, men kanskje først i et ti- eller tjuetårig perspektiv. De store utfordringene når det gjelder nettopp diabetes, er at det ikke er gitt at man vil se resultater i morgen av det som settes inn i dag, man er nødt til å se det i et mye lenger perspektiv. Derfor er det også fornuftig å ta seg den tiden som er nødvendig, slik at de tiltakene som gjennomføres, er målrettede, og at man slik sett skynder seg langsomt for å oppnå noe på dette området.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 2294)

Sak nr. 5 [12:41:45]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun og Jan-Henrik Fredriksen om en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår (Innst. S. nr. 136 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:115 (2007–2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til tre replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [12:42:49] (ordfører for saken): Helse- og omsorgskomiteen var på besøk hos Norsk Pasientskadeerstatning mens vi hadde saken til behandling i komiteen, og deres første ord til oss var at pasienten står alltid i fokus. Dessverre er det slik at det feiles. Det feiles der det er folk, og feilbehandling innenfor helsetilstanden kan få mer dramatiske konsekvenser enn på de fleste andre steder. Og enhver feilbehandling av en pasient er en feilbehandling for mye. Målet i et drømmesamfunn må jo være at ingen skal feilbehandles. Men uansett kvalitetssystem vil det forekomme feil, selv med all verdens nye løsninger og ny kunnskap og ny innsikt.

Saken vi behandler, omhandler dem som har blitt feil-

behandlet, eller mener at de har fått feilbehandling, og som på den bakgrunn har klaget sin sak inn for Pasientklagenemnda. I 2008 fikk Norsk Pasientskadeerstatning 3 400 nye saker til behandling. Bak hver sak er det et menneske, et menneske som har krav på en rask og trygg saksbehandling. 3 400 saker er mye.

Forslagsstillerne og en samlet komité deler bekymringen over at saksbehandlingstiden er for lang – 421 dager fikk vi opplyst at den var i 2008. Det er svært bekymringsfullt at Norsk Pasientskadeerstatning selv ser for seg at saksbehandlingsskøen vil vokse i løpet av 2009.

Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer i innstillingen følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen om å foreta en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår.»

Regjeringspartiene og Venstre er ikke med på dette forslaget, med den begrunnelse at det har vært flere gjennomganger av NPEs virksomhet i løpet av de siste årene. Derfor ser ikke regjeringspartiene behov for flere gjennomganger. Slik vi ser det nå, kan gjennomganger fort skape mer uro og ytterligere kostnader, uten at man får gjort noe med det som virkelig er viktig, nemlig å få økt saksbehandlingskapasitet. Hele komiteen viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2008–2009, der en samlet komité ber Regjeringen om i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett å vurdere behovet for økte bevilgninger for å styrke kapasiteten ved NPE og dermed redusere saksbehandlingstiden for søknader om pasientskadeerstatning. Uansett om man er for en gjennomgang, som deler av opposisjonen er, eller ikke, er komiteen enig i hovedmålet, og det er å øke saksbehandlingskapasiteten ved Norsk pasientskadeerstatning ved hjelp av flere midler, og dermed reduseres saksbehandlingstiden for den enkelte som søker.

Som jeg begynte med, er det mange som tar kontakt og søker – jeg tror det var 1 400 personer i fjor. De som har vært utsatt for feilbehandling, har krav på et raskt og ryddig løp rundt sin erstatningssak, og det gir en samlet komité uttrykk for i denne saken.

Vigdis Giltun (FrP) [12:46:26]: Norsk pasientskadeerstatnings hovedoppgave er å avgjøre om erstatningssøker har krav på erstatning, og å fastsette erstatningens størrelse. Den skal også bygge opp en database som statistisk grunnlag for helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedringer og skadeforebyggelse, og de skal informere om pasientskadeordningen til allmennheten, pasienter og helsevesen. Slik vi ser det, er det et stort forbedringspotensial på alle tre punktene.

Komiteen har ved flere anledninger påpekt at saksbehandlingstiden i NPE er lang som følge av stor pågang av saker, og mener dette er uheldig av hensyn til dem som søker erstatning. Sivilombudsmannen har også påpekt at dette er uheldig. I dagens morgensending på NRK kunne vi høre at dette fremdeles er et stort problem, og at en saksbehandler satt med hele 90 saker.

I evalueringen av Norsk pasientskadeerstatning i 2004 framheves det at det er behov for mer direkte kontakt mel-

lom pasienten og NPE og mer informasjon til allmennheten.

Det er positivt at NPE har etablert et servicesenter for å styrke sin service til pasienter som søker erstatning, og at NPE tar imot dem som ønsker å møte personlig, og at en saksbehandler i enkelte saker drar på hjemmebesøk. Vedtakene kan også påklages til Pasientskadenemnda. Men som vi vet, er det mange pasienter som ikke kjenner til at de har disse mulighetene, og det er også mange som ikke tør å benytte seg av klageadgangen.

Fremskrittspartiet mener også at det er grunn til å se nærmere på om NPE kan oppleves som en slags motpart til erstatningssøkeren, stikk imot det som er hensikten. Vi vil påpeke at bruk av advokat i erstatningssakene over tid har endret seg, og at årsaken til utvidet bruk av advokatbistand skal være behov for spisskompetanse. Vi mener det vil være interessant å se nærmere på hvordan det orienteres om bruk av advokatbistand og hvem som får tilgang på slik bistand, og om endringene fra 2009, som medfører at det nå kun benyttes advokater med fast salærtakst, får negative følger for erstatningssøker. Tilbud om kyndig bistand som hjelper pasienten med å belyse sin sak, er viktig for å forhindre at det oppstår situasjoner hvor erstatningssøker ikke når fram med et berettiget krav på grunn av mangel på bistand.

NPE gjør sine medisinske vurderinger ved hjelp av egne rådgivende leger. Der disse ikke kan benyttes, innhentes uttalelser fra spesialister over hele landet med relevant medisinsk faglig bakgrunn. Det er den enkelte saksbehandler i NPE som finner fram til sakkyndige i den enkelte sak. Det er en selvfølge at den sakkyndige ikke er inhabil, men NPE tar ikke selv standpunkt til dette. Spørsmålet om habilitet blir overlatt til den enkelte sakkyndige. I særskilte tilfeller innhentes også uttalelser fra utenlandsk sakkyndig. Norske fagmiljøer innen ulike spesialiteter er i mange tilfeller små. Det er dermed stor sannsynlighet for at den medisinske sakkyndige i en sak kjenner den eller dem som har forårsaket pasientskaden. Det er vanskelig å kritisere egne fagkolleger, og dette kan påvirke den sakkyndiges vurdering av en hendelse der det kan ha oppstått en pasientskade. Økt bruk av sakkyndige fra andre nordiske land vil være et alternativ. Vi mener også at det bør vurderes om ordningen fungerer slik at alle erstatningssøkere får lik mulighet til å nå fram med sine krav.

Ventetiden på behandling av saker er i mange tilfeller altfor lang. Det er noe vi kjenner til, og som vi har tatt opp mange ganger. En av intensjonene med å opprette et statlig forvaltningsorgan til å ivareta erstatningssaker innenfor helsesektoren var å sørge for kort behandlingstid. For personer som har vært utsatt for feilbehandling, kan lang saksbehandlingstid være en ekstra påkjenning. Det er derfor viktig at den økonomiske kompensasjonen kommer skadelidte til gode innen så kort tid som mulig. Fremskrittspartiet mener også det er grunn til å se nærmere på praksisen hvor avkorting av erstatningsbeløpet blir begrunnet med at den skadelidte har kort levetid igjen.

Det har framkommet mange enkeltsaker som viser at ordningen har svakheter, og at pasientenes rettigheter og vilkår bør forbedres. I flere saker har skadelidte en klar for-

mening om at det skjer forskjellsbehandling, spesielt i forhold til vurderingen om skadelidte burde kjent til faren og den vurderingen som NPE foretar, hvor de konstaterer om skadelidte ville gjennomført behandlingen hvis vedkommende hadde kjent til faren. Dette blir en påstand og en vurdering som ikke alltid vil være riktig, da folk vurderer ulikt også når risiko ved en behandling er kjent.

Det har vært viktig å få på plass en helhetlig ordning som i første omgang har som oppgave å sikre pasientenes rettigheter og trygghet for erstatning når man blir utsatt for skade ved behandling i helsevesenet, og vi mener fremdeles at det er rom for forbedringer i NPE-ordningen som vil styrke den enkelte pasients rettigheter. En revidering og gjennomgang av ordningen bør derfor ha klare ambisjoner om å redusere behandlingstiden. Men det er også viktig å se på hvordan det statistiske grunnlag for helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedringer og skadeforebyggelse er tatt i bruk for å forebygge skader i framtiden.

Jeg tar herved opp forslagene i saken.

Presidenten: Representanten Vigdis Giltun har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Inge Lønning (H) [12:52:13]: La meg først få lov til å rette to små feil som i innspurten av avgivelsen i komiteen er oppstått for Høyres vedkommende. De skaper en viss forvirring for den som leser gjennom innstillingen.

Den ene feilen er at Høyre står inne i merknaden øverst på side 2 i komitéinnstillingen, som lyder slik:

«Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, mener på denne bakgrunn at det ikke er behov for å pålegge Regjeringen en ekstra omgang med gjennomgang ...».

Høyre skal *ikke* stå inne i den merknaden, og det vil den oppmerksomme leser ha skjønnet, i og med at vi er medforslagsstiller til forslag nr. 1.

Den andre feilen er at Høyre ikke er oppført som medforslagsstiller til forslag nr. 2. Det *skal* vi være. Det fremgår også hvis man leser merknaden i samme spalte på side 2 – hvor Høyre er inne sammen med Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre – som dreier seg om bruken av sakkyndige.

President! Jeg legger merke til at klokken ikke er satt i gang. Det setter jeg veldig stor pris på, men ...

Presidenten: Det var for å få rettelsene på plass før innlegget begynte!

Inge Lønning (H) [12:53:49]: Glimrende! Hjertelig takk!

Så til sakens innhold. Den er en flik av et mye større problem, nemlig at vi i Norge har et svært godt utbygd lovverk om pasientrettigheter, derunder rettigheter til å klage og å få prøvd klager. Svakheten ved et stort antall rettighetsbestemmelser er at de har lett for å bygge på en implisitt forutsetning, nemlig at det dreier seg om en selvbetjeningsbutikk. Det vil si: Rettighetene er avhengig av at rettighetshaveren er i stand til å følge dem opp

selv, og hvis rettighetshaveren enten ikke har tilstrekkelig kunnskap om sine rettigheter eller tilstrekkelige ressurser til å følge dem opp, vil det meget lett kunne oppstå sosiale skjevheter.

Det er en av grunnene til at vi i innstillingen har vektlagt at man bør se nøyere på hvorvidt endringene når det gjelder adgangen til å få juridisk bistand – jeg tenker på maksimum salærsatser – kan tenkes å få en utilsiktet sidevirkning i retning av at noen som kan ha berettiget krav på erstatning, faktisk ikke får det på grunn av mangelfull eller ikke tilstedeværende bistand. Det er i tilfelle helt uakseptabelt. I den utstrekning folk har berettigede krav, skal de også kunne være sikre på at de får faglig bistand, slik at kravene blir riktig prøvd.

Jeg er også enig med representanten Giltun i at enkelt saker som har vært fremme i mediene i den senere tid, har skapt et inntrykk av at man kan risikere ikke å få innfridd sine rettigheter på basis av formodninger om at pasientens tilstand er slik at pasienten vil komme til å avgå ved døden i løpet av kort tid. Derfor brukes det som grunnelse for at man nedsetter ganske kraftig den erstatningen pasienten har rett til. Det er for folk flest ubegripelig. Det bør det også være for lovgiver, i hvert fall et stykke på vei, fordi det er en måte å argumentere på som forsterker et inntrykk som vi også har omtalt i innstillingen, nemlig at pasientskadeerstatningsordningen er en motpart til rettighetshaverne, og at hovedformålet fra statens side er å sørge for at statens utgifter blir så lave som overhodet mulig. Det er faktisk ikke det som er formålet med opprettelsen av pasientskadeerstatningsordningen. Formålet er at rettighetshaverne skal få innfridd sine berettigede krav.

Så til det som for mitt vedkommende kanskje er det aller viktigste i denne sammenheng, nemlig de lange ventetidene. Det er ganske uakseptabelt at ordninger av dette slag skal operere med økende ventetider og økende køer. Det skaper et enda sterkere inntrykk av at rettighetshaverne egentlig ikke blir tatt på alvor. Én ting er at man må være forberedt på at man ikke får medhold. Det må man selvsagt akseptere hvis regelverket tilsier det. Det man ikke kan forvente at noen skal akseptere, er at man skal måtte vente i mange måneder på at behandlingen av saken i det hele tatt blir påbegynt. Det påfører folk som ofte fra før av er i en traumatisk situasjon, en ytterligere belastning. Den belastningen vil jeg tro subjektivt sett må oppleves som kanskje den største, nemlig opplevelsen av at her blir man ikke tatt på alvor.

Høyre foreslo i sitt alternative statsbudsjett å øremerke 2 mill. kr, med henvisning til Sivilombudsmannens ganske sterke kritikk av ventetidene. Det hadde ikke løst problemet, men det hadde i hvert fall vært et skritt i riktig retning når det gjelder å redusere de uakseptable ventetidene.

Nå har hele komiteen lagt inn i innstillingen en ganske sterk føring overfor Regjeringen om at man kommer tilbake med en løsning av dette problemet i revidert nasjonalbudsjett. Det håper jeg kommer til å skje.

Presidenten: Representanten Inge Lønning har da fjernet Høyre i oppramsingen av dem som utgjør flertallet på side 2 i innstillingen, øverst til venstre. Han har

også ført Høyre inn som en av forslagsstillerne til forslag nr. 2.

Laila Dāvøy (KrF) [12:59:39]: Det er et overordnet mål for våre helsetjenester at disse er trygge og sikre. Når det skjer feil og uheldige hendelser, er det viktig at det gis en beklagelse for det som har skjedd. Videre må det gis en erstatning der det har skjedd skader.

Det er svært alvorlig, slik jeg ser det, når Sivilombudsmannen sender melding til Stortinget om at det er lang saksbehandlingstid i Norsk pasientskadeerstatning. Å vente i flere år på å få behandlet en klage og få utbetalt erstatning oppleves av mange som en ekstra belastning. Det er svært uheldig, og jeg forutsetter at Regjeringen følger dette opp i revideringen av budsjettet i mai.

Regjeringen må foreta en gjennomgang av bruken av sakkyndige i Norsk pasientskadeerstatning. I den forbindelse har vi et forslag sammen med Venstre og Fremskrittspartiet, der vi ber Regjeringen foreta en gjennomgang av bruk av sakkyndige i saker i NPE. Vigdis Giltun forklarte på en god måte begrunnelsen for dette, så jeg skal ikke gjenta det her.

Helt på tampen vil jeg gjøre oppmerksom på at det er også en feil i innstillingen på side 2, spalte 1, 3. avsnitt: Her skal Kristelig Folkeparti ikke være med på å foreslå at representantforslaget vedlegges protokollen. Dette framgår også av det som står under «Komiteens tilråding» – der er det riktig – og Kristelig Folkeparti er med på forslag nr. 1, som er identisk med representantforslaget. Dette er en inkurie som dessverre er skjedd under avgivelsen.

Presidenten: Laila Dāvøy har også foretatt en rettelse i innstillingen.

Gunvald Ludvigsen (V) [13:01:51]: Eit av dei store momenta i denne saka er jo den lange ventetida – ei uakseptabel lang ventetid når det gjeld sakshandsaming og avgjerd i sakene. Nær sagt alle som har vore involverte i dette – Sivilombudsmannen, kontroll- og konstitusjonskomiteen – er av same oppfatning. Vi i komiteen er av same oppfatning, og til og med NPE er av same oppfatning. Det er rett og slett eit faktum at alle er einige om at her må noko gjerast. Som det òg har vore sagt før i denne debatten, har ein samla komité i Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2008–2009 bede om at Helse- og omsorgsdepartementet må vurdere behovet for auka løyvingar i samband med revidert nasjonalbudsjett for 2009. Det burde vere tilstrekkeleg klare signal til departementet.

I utgangspunktet er det jo ei god ordning vi har i dette landet med denne erstatningsordninga. Alle er vel einige om at ho har fungert bra, men det er jo slik at når folk som søker om erstatning, aldri – hadde eg nær sagt – får svar, eller blir plassert i ei køordning som er uforståeleg, blir ho oppfatta som å vere så dårleg at dersom vi ikkje klarer å løyse dette, vil jo ei i utgangspunktet god ordning kome i vanry. Vi må rett og slett få løyst opp i dette, så her er det to ting å gjere: Sakshandsamingstida må reduserast kraftig, og køordninga som har vorte etablert, må ein rett og slett kvitte seg med.

Som òg saksordføraren var inne på, har komiteen vore på besøk hos NPE, og vi har fått god informasjon om kva som er deira kvardag. Dei har hatt sine problem, og dei seier at viss dei skal halde budsjettet i år, må dei nedbe-manne – altså stikk i strid med det som eigentleg er behovet. Så her trur eg det ikkje er noko anna å gjere for Regjeringa enn å tilføre ressursar, og eg går ut frå at statsråden har det i tankane når revidert budsjett skal leggjast fram til våren.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:04:55]: Ordningen med Norsk pasientskadeerstatning – NPE – må fungere best mulig for å ivareta rettssikkerheten for den som har behov for å få prøvd sin sak. Antall nye saker har vokst med 60 pst. fra 2003 til 2006. I 2007 og 2008 har antall nye saker gått ned. Fra 2003 til 2006 økte NPEs driftsbudsjett med 35 pst. Etter det har bevilgningene til behandling av saker fra den offentlige helsetjenesten vært stabil.

Det har vært en svært høy «turn over» av ansatte i NPE i 2007 og 2008. Etaten har mistet en rekke sentrale medarbeidere, særlig jurister, selv om etaten har forsøkt å demme opp gjennom lønnspolitiske grep.

Det har dessverre bygd seg opp betydelige restanser i NPE. Nye saker er plassert i en egen køordning og er tildelt saksbehandlere etter tur. Ved utgangen av 2007 var det 1 400 saker i kø. Antallet er redusert med ca. 250 saker i 2008, og det forventes ytterligere reduksjon i 2009.

Det vil likevel ta tid før denne innsatsen blir synlig som nedgang i gjennomsnittlig saksbehandlingstid. Fram til 2008 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid ca. to år. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid økte med over 150 dager for saker som ble ferdigbehandlet i 2008.

Den lange saksbehandlingstiden er uheldig, særlig fordi resultatet har stor betydning for søkerne. Jeg har merket meg at komiteen ved behandling av statsbudsjettet for 2009 har bedt departementet om å vurdere behovet for økte bevilgninger til NPE i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2009. En slik vurdering vil bli en del av revidert nasjonalbudsjett.

I forbindelse med oppfølging av Dokument nr. 4:1 for 2008–2009 vil departementet gi en særskilt orientering til Sivilombudsmannen om utviklingen i saksbehandlingstiden og arbeidet med å avvikle køordningen.

Når det gjelder erstatningssøkers adgang til personlig møte under saksbehandlingen, opplyser NPE at det gjennomføres flere møter i året. Det skjer i NPEs lokaler, ved hjemmebesøk, som det var ca. 100 av i 2007, og det er utstrakt personlig kontakt pr. telefon. NPE erfarer at mange pasienter er fornøyd med kun å ha skriftlig kontakt. NPE holder pasienten orientert under saksbehandlingen.

Forslagsstillerne har bedt om en gjennomgang av NPEs praksis i utmålingssaker. Dersom jeg har forstått formuleringene korrekt, mener forslagsstillerne at NPEs praksis ikke har vært i tråd med gjeldende rett i flere saker. Forslagsstillerne viser til NOU 1992:6 «Erstatning ved pasientskader» der det er listet opp ulike poster som personskadeerstatningen omfatter.

Ordningen har utbetalt mer enn 4 milliarder kr i erstatning til pasienter og pårørende siden 1988. I perioden

2006–2007 ble det utbetalt nær 1 milliard kr, og i 2008 ble det utbetalt 658 mill. kr.

For tapsutmåling er det skadeerstatningsloven som gjelder. Denne loven regulerer utmåling av erstatning også på andre samfunnsområder, både i og utenfor offentlig sektor. Dessuten har rettspraksis generelt stor betydning for erstatningsutmålingen i norsk rett.

NPEs vedtak i enkeltsaker kan påklages til Pasientskadenemnda. Det er viktig av hensyn til rettsvernet. I tillegg kan Pasientskadenemndas vedtak bringes inn for domstolene. Av de avslag som fattes i NPE, blir drøyt 40 pst. påklaget til Pasientskadenemnda. 10–15 pst. av disse blir omgjort. Et svært lite antall av sakene som havner i retts-systemet, ender opp med et annet resultat for pasienten.

Jeg deler flertallets syn om at det ikke er behov for nok en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning. Klageordningen som er etablert i pasientskade-loven, er viktig for å kontrollere om NPEs praksis er i tråd med gjeldende rett. NPEs vedtak i enkeltsaker kan påklages til Pasientskadenemnda, eventuelt også bringes inn for domstolene.

Det er ikke lenge siden det ble gjort en slik gjennomgang som forslagsstillerne etterlyser. I rapporten fra 2004 fant ikke Statskonsult «systemsvikt» i NPE. Det ble påpekt at man ikke hadde indikasjoner for å si at NPE var for strenge i sin praktisering av regelverket.

Vi følger utviklingen i saksbehandlingstiden i NPE kontinuerlig og vil komme tilbake til Stortinget med en vurdering i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i år.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Inge Lønning (H) [13:10:26]: Jeg lyttet med stor interesse til statsrådens innlegg og fant det i noen henseender imøtekommende i forhold til det komiteen enstemmig har bedt om når det gjelder en vurdering i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Jeg ville ha vært glad om statsråden også ville ha bekreftet at det betyr at det ikke bare vil komme noen ord i proposisjonen i forbindelse med revidert, men at statsråden er enig i den vurdering hele komiteen legger til grunn, nemlig at det bevilgningsnivået som foreligger etter budsjettvedtaket i høst, etter all sannsynlighet ikke vil føre til noen løsning av kø-/ventetidsproblematikken.

Så var det en tilleggsbemerkning: Statsråden kommenterte ikke at området fra og med 1. januar 2009 er ganske betydelig utvidet. Det kan også tale for at antall saker kommer til å øke ganske kraftig i inneværende år.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:11:42]: Når jeg sier at vi skal foreta en vurdering av dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, er det selvfølgelig med utgangspunkt i å vurdere ressursituasjonen, altså bevilningene til NPE. Det er ingen tvil om at komiteen har noen gode poeng, og at representanten Lønning har argumentert godt for behovet for økte bevilgninger i salen i dag. Men samtidig ber jeg om forståelse for at jeg i dag ikke greier å svare entydig ja eller nei på spørsmålet om hva som kommer i revidert nasjonalbudsjett. Vi er i gang med arbeid

det med revidert nasjonalbudsjett i departementet, men vi har ennå ikke startet i Regjeringen. Denne prosessen må bare få gå sin gang. At det argumenteres godt for behovet for økte bevilgninger både fra representanten Lønning og komiteen, er det jo ingen tvil om.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

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

Gunvald Ludvigsen (V) [13:12:53]: Eg skal ikkje forlengje debatten, men eg gløynde å seie at Venstre skal inn i ein komitémerknad på side 2, tredje avsnitt, i innstillinga. Vi er einige med innstillinga i denne saka.

Det som er poenget her, og som vi har fått bekrefte i dag, er at statsråden og departementet har sett alvor i kva som trengst, at det ikkje er nye utgreingar, men rett og slett ressursar til saksbehandlingsskapasitet. Det er det som er hovudpoenget her.

Presidenten: Representanten Gunvald Ludvigsen har i en komitémerknad på side 2 i avsnitt tre i innstillingen satt inn Venstre der Kristelig Folkeparti stod tidligere.

Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 5.
(Votering se side 2295)

Sak nr. 6 [13:13:49]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Per Egil Evensen og Jan-Henrik Fredriksen om etablering av nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade (Innst. S. nr. 137 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:118 (2007–2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til tre replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:14:57] (ordfører for saken): Dette er en sak som det er bred enighet om i komiteen.

Forslagsstillerne mener det er nødvendig at det etableres et eget nasjonalt kompetansesenter for barn med hjerneskader, slik at disse barna kan få et godt tilbud i Norge.

En samlet komité understreker at barn med medfødt eller ervervet hjerneskade skal få tilbud om faglig god behandling så raskt som mulig.

Ved Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstilbudet for barn i 2006 ble det avdekket store

variasjoner og betydelige svakheter i habiliteringstilbudet, herunder tilbudet til barn med hjerneskade. En rapport fra daværende Sosial- og helsedirektoratet, publisert i juli 2005, konkluderte med at behandlings- og rehabiliteringstilbudet til mennesker med hodeskader er varierende og mangelfullt. I rapporten fremgår det bl.a. at tilbudet om tidlig rehabilitering er svakt i alle regioner, og det påpekes at det er behov for en betydelig nasjonal satsing for å styrke tilbudet.

En enstemmig komité mener at et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter vil bidra til en nødvendig styrking av tilbudet til barna, og støtter forslaget. Dette kan bidra til kompetanseutvikling og kunnskapsformidling som kan styrke tilbudet både i helseforetak og i kommuner. Komiteen mener det må vurderes om høyspesialiserte funksjoner skal lokaliseres til senteret for å sikre tilstrekkelig kvalitet i tilbudet.

Familier med barn som har medfødt eller ervervet hjerneskade, opplever ofte et svært byråkratisk og lite samordnet hjelpeapparat. Det medfører en betydelig merbelastning for både foreldre og barn. Derfor må samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene styrkes for å gi barna og deres familier et mer helhetlig og sammenhengende tilbud.

Disse foreldrene har en svært verdifull kompetanse om sine barn og deres behov og erfaring med helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig at denne kompetansen anerkjennes og tas med i utformingen av tilbudet. Det må også legges til rette for at familier kan utveksle erfaringer og dermed være en verdifull støtte for hverandre. Det er behov for oversiktlig informasjon om ulike hjelpetilbud og en bedre veiledning og støtte for familiene.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2007–2008 fremmet komiteens flertall et forslag om at det bør etableres et ressursenter for familier med barn som har ervervet eller medfødt hodeskade. Dette er ikke blitt fulgt opp av Regjeringen.

Et flertall, bestående av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer følgende forslag til vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det igangsettes et arbeid med å etablere et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser i sine merknader til det arbeidet som Regjeringen og underliggende etater gjør på dette området. De støtter ikke dette forslaget, men vil legge saken ved protokollen. Jeg regner med at de selv vil begrunne dette nærmere.

Dag Ole Teigen (A) [13:18:49]: Nå har saksordføreren redegjort for komiteens innstilling på en god måte. Som hun var inne på, er det full enighet i komiteen når det gjelder beskrivelsen av behovet for god rehabilitering til hjerneskade barn og betydningen av at det finnes et samlet fagmiljø. Dette var også et av temaene på komiteens studiereise til København for kort tid siden, der vi bl.a. besøkte Hvidovre Hospital og så på det tilbudet som gis der. Ikke minst er det av betydning at tilbu-

det kommer inn så tidlig som mulig og er spesialisert og samlet.

Komiteen viser til flere rapporter som peker på mangler og ulikheter i tilbudet som gis i dag, og det er enighet om at et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade vil kunne bidra til en nødvendig styrking av tilbudet til disse barna når det gjelder kompetanseutvikling, kunnskapsformidling, samhandling og samordning, som saksordføreren var inne på.

Regjeringspartiene har en egen merknad i innstillingen, der vi viser til at habilitering av barn er omtalt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, og at også Helseilsynet arbeider med en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Vi sier også noe om betydningen av samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, og vi bemerker at det ble varslet i budsjettet at det er iverksatt et arbeid for å få på plass et nytt system når det gjelder styring av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringspartiene har derfor et forslag om at representantforslaget vedlegges protokollen, og jeg fremmer det forslaget. Dette har selvsagt sammenheng med at Regjeringen arbeider med spørsmål som angår dette forslaget, og da er det naturlig for oss å gi Regjeringen tid til å arbeide med det. Men som vel også saksordføreren antydte, tror jeg det er rett å si at dette mer er et uttrykk for hvordan denne typen saker blir behandlet, hvordan de respektive synspunkt kommer til uttrykk i stemmegivningen, enn det er uttrykk for noen stor politisk uenighet i komiteen.

Presidenten: Representanten Dag Ole Teigen har tatt opp det forslaget han refererte til.

Vigdis Giltun (FrP) [13:21:37]: Det er et faktum at Norge ikke har noe egnet tilbud til denne pasientgruppen som vi her snakker om. I Norge er det ca. 6 000 barn mellom 0 og 7 år med medfødt eller ervervet hjerneskade, og antallet er naturlig nok langt høyere hvis man ser på aldersgruppen opp til 18 år. Mange av disse er avhengig av støtte fra det offentlige eller foreldrene sine gjennom hele livet.

Det er viktig at man får på plass et nasjonalt tilbud, at man ikke er hundre prosent avhengig av internasjonale klinikker for at disse barna skal kunne få en god behandling. Vi har vært vitne til flere saker i media hvor vi har sett foreldrenes kamp for å få hjelp til barna sine. Det er nevnt Hvidovre i Danmark, som komiteen besøkte, og hvor en norsk pasient nylig har fått behandling. Men det var en kamp som foreldrene måtte kjøre gjennom media for å få disse rettighetene oppfylt.

Sånn kan vi ikke ha det i framtiden. Vi mener at det er viktig at det skal være et godt tilbud også i Norge, i tillegg til at vi kanskje må benytte oss av utenlandsk kompetanse innimellom. Vi kjenner også til foreldre som har reist til USA, og som reiser til Russland, for å få igangsatt behandling eller lære om behandling av barna sine. Når de kommer hjem til Norge, er det ofte store problemer med å videreføre behandlingen, for de får ikke ressurser til å kunne gjøre dette. De fortsetter kampen i må-

nedsvis – og noen ganger år – før de klarer å få fortsatt behandlingene.

For å kunne få til et helhetlig behandlingstilbud mener vi det er viktig å få etablert et nasjonalt kompetansesenter – et kompetansesenter som kan bygge opp kompetansen, som kan drive med forskning, som kan gi behandling, og som også kan samarbeide med kommunene og ikke minst med foreldrene og brukerne. De sitter nemlig med en enorm kompetanse selv. Jeg har mange ganger vært kjempeimponert over foreldre til disse barna – over hvor mye de legger ned av energi og arbeid til beste for ungene sine, samtidig som de må stange hodet i veggen for å kunne få en riktig behandling.

Vi tror at dette vil være et veldig viktig tiltak, at det vil hjelpe på det helhetlige behandlingstilbudet og rehabiliteringen, og at man vil komme mye nærmere brukerne. Vi hadde faktisk håpet, siden hele komiteen er enig om at det er et behov, at man kunne slutte seg til dette forslaget og ikke bare legge det ved protokollen. For det haster, og det er ingen grunn til at Norge ikke skal kunne tilby dette til foreldre og syke barn på lik linje med land rundt oss. Vi burde ha nok kompetanse til å kunne stå for det selv.

Laila Dåvøy (KrF) [13:24:44]: Vi liker alle å tro at Norge ligger i front på alle helseområder. Men dessverre gjør vi nok ikke det. Når det gjelder å behandle barn med medfødt eller ervervet hjerneskade, har vi en lang vei å gå. Vi er rett og slett ikke gode nok. Derfor er dette representantforslaget svært viktig. De alvorlige påpekningene fra Helsetilsynet i 2006 tilsier at det haster med å få på plass både kompetanse og likeverdige, helhetlige tilbud.

Det er, som flere har vært inne på, ingen uenighet i komiteen om at vi trenger et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter på dette området. Vi har behov for den kompetanse- og kunnskapsformidling, og ikke minst den veiledning, et slikt senter kan gi. Men selv om alle erkjenner dette behovet, vil ikke regjeringspartiene være med på forslaget om å igangsette arbeidet med å etablere senteret. De viser til et igangsatt arbeid om et nytt, helhetlig system for styring av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre. Men hvordan styringssystemet skal være framover for kompetanse- og behandlingssentre, burde ikke være til hinder for å igangsette arbeidet med et nytt senter nå.

Etter min mening burde det heller ikke være nødvendig å vente på de regionale helseforetakenes innspill i oktober 2009. Behovet for et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade er jo erkjent av hele komiteen, av alle partiene. Så hvorfor skal vi da ikke påbegynne arbeidet nå? Hvis vi ikke gjør det, går det både vinter og vår før vi kommer i gang.

Komiteen ble mektig imponert da vi for kort tid siden besøkte Hvidovre Hospital i Danmark. De kunne vise til oppsiktsvekkende gode resultater ved behandling av barn med påførte hjerneskader. De kunne vise til at traumeskadede barn kunne nå et godt funksjonsnivå relativt raskt. For eksempel kunne 90 pst. gå selv etter ett år. Og her snakker vi om barn med store skader. Hvidovre Hospital prioriterer nemlig inntak og behandling av de mest skadede. Reha-

biliteringen av de kognitive funksjonene var preget av mer varierte resultater, avhengig av skadeomfanget i hjernen.

Det andre som imponerte ved Hvidovre, var det helhetlige opplegget: tidlig behandling etter at barnet var intensivt stabilisert i akuttstusykehus, deretter en gjennomsnittlig behandling på tre måneder ved Afdeling for Neurorehabilitering ved sykehuset. Men før utskrivning til et lokalt rehabiliteringssenter eller til hjemmet forelå en helhetlig handlingsplan, og møte var allerede avholdt med alle aktuelle kommunale hjelpeinstanser, sammen med barnets foreldre. Vi ble faktisk veldig imponert.

Vårt naboland Danmark har mye erfaring. Det haster med å få etablert tilsvarende kompetansemiljø i Norge. Etter min mening kan vi ikke vente, men må sette i gang så fort som overhodet mulig.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:28:14]: Barn med hjerneskade og andre barn med nedsatt funksjonsevne skal gis et godt og relevant tilbud. Dette betyr både tilstrekkelig kapasitet og tilbud av god kvalitet. Disse barna trenger et bredt planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Et godt habiliteringsresultat er både kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar.

Som en oppfølging av Strategiplan – Habilitering av barn, som kom i 2004, har det vært satt i gang en rekke utviklingsprosjekter. Hensikten har vært å styrke habiliteringstilbudet til barn og unge med funksjonsnedsettelser og deres foreldre og å utvikle ny kunnskap innen feltet. Omtrent halvparten av prosjektene har hatt som mål å utvikle intensive habiliterings- eller treningstilbud. Andre satsingsområder har vært utvikling av oppfølgingsprogram, styrking av informasjon til og opplæring av foreldre, barn og unge og habilitering av barn med kronisk sykdom.

Mye godt arbeid er i gang, men det er fortsatt mange utfordringer. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn med funksjonshemninger i 2006 viste at tjenestene mange steder fungerte godt, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Men man fant også store variasjoner i tilbudet og svakheter i habiliteringstilbudet til barn, også til barn med hjerneskade.

Forslagsstillerne mener det er nødvendig å etablere et eget nasjonalt kompetansesenter for barn med hjerneskade. Som en oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering arbeider Helsedirektoratet nå med en ny handlingsplan for habilitering av barn og unge, som skal legges fram innen 1. juli i år. Likeverdighet i tjenestetilbudet skal stå sentralt, dessuten hvordan vi kan sikre bedre kompetanse og kompetanseoppbygging til barn med hjerneskade.

Vi skal ha på plass et nytt system for styring av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet er i gang. Styrking av kompetansen til barn med hjerneskade må ses i lys av dette arbeidet. For bare å gjenta prosessen har jeg i år i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene med utgangspunkt i fastsatte kriterier bedt om at man innen 1. oktober i år ferdigstiller et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse

bør lokaliseres. Spørsmålet om oppretting av et eget nasjonalt kompetansesenter for barn og unge med hjerneska-der mener jeg er riktig å avklare i denne sammenheng, og i lys av den handlingsplanen som Helsedirektoratet legger fram 1. juli i år.

Hans Frode Kielland Asmyhr hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [13:31:58]: Vi vet at Regjeringen når det gjelder mange ulike behandlinger på helseområdet, som f.eks. hjerte- og kreftkirurgi, som krever stor kompetanse, ønsker en sentralisering av disse ytelsene. Jeg går ut fra at statsråden er enig i at hjernen ikke er noe mindre komplisert enn den øvrige kroppen. Men når det går på å behandle barn med hjerneskade, ønsker man ikke en sentralisering, og man ønsker ikke å ha et nasjonalt kompetansesenter.

Mener statsråden at man klarer å bygge opp kompetanse desentralisert for å kunne hjelpe barn med hjerne-skade?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:32:50]: Jeg har jo ikke sagt at vi ikke trenger et nasjonalt kompetansesenter. Jeg har sagt at det spørsmålet jobber vi nå med – på hvilke områder skal vi ha nasjonale kompetansesentre, og hvor skal de i så fall lokaliseres? Vi tar nå hele dette spørsmålet om kompetansesenter for barn med hjerneskade inn i det arbeidet, samtidig som vi ser det i sammenheng med en handlingsplan fra Helsedirektoratet, som nettopp har kompetanse og kompetanseoppbygging til barn med hjerne-skade som et tema. Den får vi 1. juli, og så har altså de regionale helseforetakene en frist til innen 1. oktober å komme med et helhetlig forslag til hvordan vi skal bygge opp denne type nasjonale kompetansesentre. Så får vi i lys av det gjennomføre de beslutningene vi da har fattet.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:33:56]: Som jeg var inne på i mitt innlegg tidligere, har foreldrene til disse barna en verdifull kompetanse i forhold til sine barn og deres behov, og har en bred erfaring fra helse- og omsorgstjenestene. Vi mener at denne kompetansen må anerkjennes og tas med i utformingen av tilbudene, og det må legges til rette for at familiene kan utveksle erfaringer og dermed være en verdifull støtte for hverandre. De har også behov for en oversiktlig informasjon om ulike hjelpetilbud, og bedre veiledning og støtte. Som jeg også var inne på, fremmet komiteens flertall et forslag om at det burde etableres et ressurscenter for familier med slike barn, men det er altså ikke blitt fulgt opp av Regjeringen. Da er mitt spørsmål: Hvorfor har ikke dette blitt fulgt opp?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:34:50]: Det kan vel ikke være noen tvil om at hvis vi nå beslutter at vi oppretter et nasjonalt kompetansesenter for barn med hjerne-skade, må veiledning, oppfølging og arbeid overfor foreldrene være en veldig viktig del av oppgavene til et slikt

kompetansesenter. Vi kan ikke ett sted ha et kompetansesenter for barn med hjerneska-der og et annet sted – med en annen organisasjon – ha et ressurscenter overfor oppfølging av foreldre. Dette må jo være to sider av samme sak. Derfor vil jeg si at det spørsmålet som representanten Sjøli her er opptatt av, vil være en naturlig del av de vurderingene og de utredningene vi nå gjør når vi skal beslutte om vi skal etablere et nasjonalt kompetansesenter for barn med hjerneskade.

Laila Dāvøy (KrF) [13:35:39]: Statsråden sier at det skal lages «et nytt system for styring» av kompetansesentrene. Det kan ikke jeg se har relevans i forhold til at man ikke kan sette i gang arbeidet nå. Så sier statsråden at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å se på hvilke spesialisthelsetjenester på nasjonalt og regionalt nivå man skal ha i dette landet, og det skal foreligge en innstilling i oktober. Men det skjønner jeg ikke helt, for i vår innstilling står det at komiteen – hele gjengen – «mener at et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade vil bidra til en nødvendig styrking av tilbudet». Hele Stortinget har altså sagt at det er behov for et nasjonalt kompetansesenter på dette området. Hvorfor må vi da vente på en administrativ og faglig utredning, når Stortinget faktisk i dag sier at vi har behov for det? Jeg skjønner ikke hvorfor vi ikke kan starte opp arbeidet.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:36:40]: Jeg er veldig imponert over representanten Dāvøys utålmodighet når det gjelder dette temaet. Det virker jo som om barn med hjerneskade er noe som har oppstått under denne regjeringens styringsperiode. Men det var vel noen barn med hjerneskade i forrige stortingsperiode også, da bl.a. Kristelig Folkeparti styrte Helsedepartementet, i to–tre år, så hvis det er så åpenbart at man må gjøre dette, er det veldig merkelig at man måtte vente på et regjeringsskifte før det skulle skje. Men vi tar det på alvor, og vi jobber veldig grundig med det. Jeg vil jo imidlertid tro at også representanten Dāvøy er interessert i å få en faglig vurdering av hvordan man kan tilrettelegge gode tjenester for habilitering av barn, at man er interessert i å få Helsedirektoratets handlingsplan på dette feltet, og at vi tar det inn i den prosessen som nå er for etablering av nasjonale sentre. Det gjør vi, og dermed har vi i hvert fall betydelig større framdrift på dette området enn det Kristelig Folkeparti greide å ha med fire år i regjeringssposisjon i forrige periode.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 6. (Votering, se side 2295)

Sak nr. 7 [13:37:56]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy og Dagrun Eriksen om å sikre tilbud om habilitering og rehabilitering for cochlea-implanterte barn og voksne (Innst. S. nr. 138 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:128 (2007–2008))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til tre replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen 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.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [13:39:12]: Aller først: Når det gjelder behandlingen i komiteen, føler jeg vel at mange har prøvd å strekke seg langt for å komme til en enighet, men jeg må også si at her, som i veldig mange andre tilfeller, ønsker ikke Regjeringen å gå noe videre inn på de forslagene som er kommet – det være seg om de er fornuftige eller ikke.

Opposisjonen står selvfølgelig samlet om de forslagene som foreligger. Vi er veldig enige om viktigheten av å få på plass både rehabilitering og habilitering for personer som har fått cochlea-implantat, og vi mener at vi må få et system som følger dette fra a til å, på en måte som ivaretar den enkelte det gjelder på en god måte.

Jeg regner med at regjeringspartiene klarer å svare for sine merknader selv.

La meg først begynne med å gi full tilslutning til behovet for et bedre hørselsomsorgstilbud i Norge. I dag behandler vi et svært viktig område, nemlig systemet rundt rehabilitering og opplæring av pasienter som har vært gjennom cochlea-implantasjon. Den pasientgruppen som venter på cochlea-implantat, henvises ofte til lang ventetid både for utredning og operasjon. Dette er et problem som Fremskrittspartiet har tatt opp gjentatte ganger. I tillegg vil jeg nevne behovet for at pasienter som har nytte av implantatet på begge ører, må få et tilbud om dette – det skulle bare mangle.

Det er videre grunn til å merke seg at mange av dem som får et slikt implantat etter å ha mistet hørselen i voksen alder, kan komme tilbake i jobb og dermed unngå å bli uførepensjonert, slik mange blir når de mister hørselen. Fremskrittspartiet har derfor tidligere bedt Regjeringen fremme sak for Stortinget hvor det framlegges en tiltaksplan for å sikre at samtlige av dem som har nytte av en CI-operasjon, skal kunne få tilbud om dette innenfor fastsatte tidsrammer, og at denne gruppen blir karakterisert som rettighetspasienter uavhengig av hvilken helseregion de måtte tilhøre.

Skal vi komme noen vei videre, er det viktig at vi som samfunn forstår at både opplæring, habilitering og rehabilitering er områder som må prioriteres skal vi mene noe med et inkluderende samfunn.

Rehabilitering og oppfølging av barn og voksne som har fått CI-implantat, er særdeles viktig. Dette er en avgjørende faktor for hvorvidt behandlingen vil bli vellykket eller ikke. Det er derfor grunnlag for å hevde at CI-implantater ikke får den ønskede virkning dersom det ikke er en helhetlig og god oppfølging i etterkant av selve operasjonen. Fremskrittspartiet støtter helhjertet opp om de forsla-

gene som er fremmet i representantforslaget, og mener det vil være en forutsetning for å lykkes i forhold til denne pasientgruppen.

Det er videre grunn til å merke seg at vi har fått signaler som tyder på at kvaliteten på og omfanget av rehabiliteringen og opplæringen av denne gruppen av pasienter er svært varierende ut fra hvor i landet den enkelte pasient har bostedsadresse. Dette er uakseptabelt. Fremskrittspartiet mener det er behov for systemendringer som både sikrer alle som har behov for det, barn og voksne, tilbud om CI-implantat på begge ører innenfor akseptable tidsfrister samt sørger for en god og adekvat behandling både i rehabiliterings- og opplæringsprosessen i etterkant. Systemendringene som bør foretas, er bl.a. endring av finansieringssystemet slik at man ikke får tilfeller der den enkelte kommunes eller helseregions økonomi er avgjørende for hvorvidt man får CI-implantat og oppfølging.

Det er på høy tid at problematikken rundt hørselsomsorgen blir tatt tak i av den sittende regjering. Fremskrittspartiet vil fortsette å være en sterk pådriver for dette i Norge. Og jeg gjentar: Vi må som samfunn bli langt mer inkluderende hvis vi skal klare å få en bred deltakelse av mange grupper med helseproblemer, herunder dem som har fått eller har et behov for cochlea-implantat.

Gunn Olsen (A) [13:44:34]: Faktisk er det sånn at cochlea-implantat hos barn og voksne også har vært på den politiske dagsordenen til Regjeringa de siste åra. Og det er jeg svært glad for. Det har, etter Arbeiderpartiets oppfatning, vært en positiv utvikling på dette området. Vi vil likevel gi ros til forslagsstillerne for å sette søkelyset på rehabilitering og habilitering for CI-opererte.

Forslagsstillerne har spesielt tatt for seg at det er avdekket variasjoner i hvilke muligheter CI-opererte får til å lære seg å tolke lyd og lære talespråk. Forskning viser også at barn som får en diagnose og innlemmes i habiliteringstiltak innen de er seks måneder, viser gode resultater. Blant annet med dette som bakgrunn mener forslagsstillerne det er viktig at det gis et likeverdig tilbud til CI-opererte i hele landet. Det er vi selvsagt enige i. Videre deler vi oppfatningen om at tilbudet som gis, må være av faglig god kvalitet.

I dag er det Rikshospitalet som har landsfunksjon for operasjon av CI på barn. De skal dermed også ivareta kompetansesenteroppgaver på fagområdet.

I Arbeiderpartiet er vi ikke kjent med at det i dag er problemer med ventetid for CI-operasjon for barn. Vi er kjent med at køene for barn som trenger CI, ble avvirket høsten 2006.

CI-operasjon på voksne tilbys nå på Rikshospitalet, Haukeland Universitetssykehus og St. Olavs Hospital. I 2009 skal disse tre stedene til sammen utføre 200 operasjoner. Det er fra Regjeringens side stilt krav om samarbeid mellom stedene for å redusere ventetid. Vi er sjølsagt opptatt av at Regjeringen skal følge opp en samlet komitémerknaad fra tidligere når det gjelder å kartlegge behov for habilitering og rehabilitering av CI-opererte barn og voksne. Det gir vi også uttrykk for i denne innstillingen.

Vi mener det er hensiktsmessig at det er Helsedirektoratet som foretar kartleggingen. De regionale helseforetakene er fra 2008 pålagt å innføre hørselsscreening av nyfødte ved landets fødestasjoner. Det er selvsagt et flott tiltak for tidlig å avdekke nedsatt hørsel og dermed komme tidlig til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Vi vil bemerke at Regjeringen har nedsatt Midtlyngutvalget for å se på bedre læring for barn, unge og voksne med særskilte behov. De skal avslutte sitt arbeid 1. juli 2009. Utdanningsdirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide nasjonal veileder for å bidra til at hørselshemmede barn og unge, herunder barn med cochlea-implantat, får likeverdig opplæringstilbud. Så det jobbes på flere områder med denne problemstillingen.

Avslutningsvis vil jeg gi uttrykk for at dette er et område som Arbeiderpartiet følger nøye, og som vi er svært opptatt av. Vi er av den oppfatning at bare den beste kompetanse er god nok. Vår opplevelse er at komiteen er svært samlet i sitt syn i denne saken. Når vi ikke går inn på det siste forslaget, om å opprette et kompetansesenter nå, er det med bakgrunn i det jeg nå har sagt, og at vi mener det er mest hensiktsmessig at Regjeringen kartlegger alle behov for et slikt senter før Stortinget fatter sitt endelige vedtak.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:48:29]: Forslagsstillerne fortjener honnør for forslaget om å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering for barn og voksne som har cochlea-implantat. Disse implantatene er et medisinsk framskritt som gir mange mennesker en ny mulighet for å høre og dermed kunne kommunisere med andre. Men dersom pasientene skal ha full nytte av denne behandlingen, er tilbudet om habilitering og rehabilitering helt nødvendig.

Både for hørselshemmede og andre betyr habilitering og rehabilitering en ny mulighet til å mestre hverdag og jobb og til å delta i sosialt fellesskap. Særlig for barn er det viktig at de så tidlig som mulig får hjelp til å utvikle språk og kunne kommunisere.

Vi vet jo at tilbudet om habilitering og rehabilitering svikter i mange ledd. Helsetilsynet slo i 2006 alarm om omfattende svikt i habiliteringstilbudet for barn. Dette betyr tapte muligheter for mange barn med nedsatt funksjonsevne og en krevende hverdag for deres familier. Så sent som under budsjettøringene i helse- og omsorgskomiteen i høst fikk vi dokumentert at tilbudet fortsatt er svært mangelfullt.

For Høyre er det helt avgjørende at helsetjenesten gir mennesker en mulighet til å mestre hverdagen og til å delta aktivt i arbeids- og samfunnsliv. En satsing på habilitering og rehabilitering er en investering i større frihet og bedre livskvalitet for mange mennesker. Samtidig er det god samfunnsøkonomi å redusere behovet for omsorgstjenester og trygdeytelser.

Høyre fremmet i 2007 et forslag i Stortinget om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Vi har foreslått om lag en halv milliard kroner til dette i våre alternative budsjetter de siste tre årene. Men disse forslagene har regjeringspartiene stemt imot, til tross for at de

i Soria Moria-erklæringen lovet opptrening til alle som trenger det. Det har jo også kommet ganske sterk kritikk av Regjeringen fra pasientorganisasjoner og fagforeninger for løftebrudd på dette området.

Høyre støtter forslagene i dette representantforslaget. Det bør foretas en kartlegging av hvilket tilbud om habilitering, rehabilitering og opplæring som faktisk gis. En slik kartlegging danner grunnlag for forbedringer i tilbudet.

Dernest støtter vi forslaget om at det opprettes et nasjonalt kompetansesenter for CI-opererte. Vi mener et slikt kompetansesenter kan bidra til å styrke tilbudet. Samtidig har vi fra Høyres side merket oss innspill fra foreldre til CI-opererte barn, som påpeker at et slikt kompetansesenter må ha en tverrfaglig kompetanse som favner både medisinsk, teknisk, språklig, psykologisk og logopedisk kunnskap. Disse foreldrene understreker betydningen av at tilbudet har et helhetsperspektiv på barnas behov, noe Høyre støtter fullt ut. Videre bør det etableres et samarbeid med de regionale kompetansesentrene for hørselshemmede, slik at disse tilbudene kan utfylle hverandre på en hensiktsmessig måte.

Laila Dāvøy (KrF) [13:52:02]: I likhet med representant Gunn Olsen vil jeg påpeke at det har skjedd fantastiske framskritt de siste årene, og ett av framskrittene innen den medisinske verden er at hørselshemmede og døve har fått anledning til å oppfatte lyd. Cochlea-implantat på enten ett eller begge ører muliggjør dette. Dette er et prioritert område, og hvert år får nærmere 40 barn og 200 voksne CI-operasjon. Det har vært en kraftig utvikling de senere årene, og det har derfor oppstått en relativt ny gruppe med nye behov.

På alle fødeavdelinger i Norge foretas det nå hørselsscreening av alle nyfødte. På den måten fanges det opp rett etter fødselen om et barn er hørselshemmet. CI-operasjoner foretas nå på babyer som er fra fem til seks måneder gamle. Det er flott. Dette er kjent stoff for mange. Det som er mindre kjent, er at når operasjonen er utført, er bare halve jobben gjort. CI-opererte vil ha behov for hjelp til å tolke lyd og til å begynne å snakke. Det må skje intensivt i starten, umiddelbart etter operasjonen, med trening ofte over mange år.

Den hjelpen som gis etter en CI-operasjon for å gjøre barnet i stand til å kommunisere, vil i starten være å anse som habilitering, siden den første tiden etter en operasjon er å anse som behandling i en habiliterings- og rehabiliteringsfase og derfor vil gå inn under definisjonen «helsehjelp» i pasientrettighetsloven.

Det viser seg at det er variasjoner i hvilke muligheter cochlea-implantatopererte får til å lære seg å tolke lyd og lære talespråk. Kristelig Folkeparti har derfor fremmet forslag om at Regjeringen foretar en kartlegging av hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter en CI-operasjon.

Det vil være en glidende overgang fra habilitering til at dette blir opplæring gjennom spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning. Det fremmes derfor forslag om at

Regjeringen kartlegger den tverrfaglige oppfølgingen av barn med CI fram til skolestart.

Det er svært uheldig om barn og voksne som får operert inn CI, ikke får den oppfølging de er avhengig av. Regjeringen må derfor sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjonen. En slik habilitering må sikre at en individuell plan kommer på plass, og rehabiliteringen må så snart som mulig suppleres av det lokale hjelpeapparatet.

Allerede i 2006 ble det i en rapport om CI fra – den gang – Sosial- og helsedirektoratet anbefalt at det opprettes et nasjonalt kompetansesenter for å sikre at det gis et likeverdig habiliteringstilbud til alle CI-opererte barn, og at dette tilbudet er basert på kunnskap og kompetanse. Habiliteringen må fokusere på hjelp til å tolke lyd og å lære tale og tegn.

Jeg er veldig glad for at hele komiteen har sluttet seg til tre av fire forslag i denne saken. Når det gjelder forslag nr. 4, oppfattet jeg representanten Gunn Olsens innlegg slik at det arbeidet allerede er i gang, nemlig å vurdere behovet for et slikt kompetansesenter, slik det står under IV i tilrådingen fra komiteen.

Helt til slutt har jeg lyst til å fortelle om lille Ola fra Bergen. Han fikk hjernehinnebetennelse da han var fire år. Det er ikke så veldig lang tid tilbake. Han ble operert på Rikshospitalet, og ikke så veldig lenge etter operasjonen reiste han hjem til familien i Bergen. Da var det kommunen som overtok ansvaret for rehabiliteringen. Han fikk fire til seks timer opptrening pr. uke. Foreldrene oppdaget fort at det var ingen mulighet for lille Ola til å lære talespråk. Han fikk hjernehinnebetennelsen før han kunne snakke skikkelig, men fikk operasjonen da han var ca. fire år.

Jeg håper og tror – med den viljen som er til stede i hele Stortinget i denne saken – at dette ikke vil skje flere barn framover.

Olav Gunnar Ballo (SV) [13:57:07]: I utgangspunktet er det som framkommer i forbindelse med dette representantforslaget, udelt positivt. En gruppe mennesker som tidligere ikke har kunnet høre, har fått et behandlingstilbud om cochlea-implantat som gjør at de vil kunne det, forutsatt at de etter inngrepet også får et faglig forsvarlig rehabiliteringstilbud som inkluderer trening i tale.

Det var en reportasje for ikke så veldig lenge siden på fjernsynet om et barn som hadde blitt CI-operert. I reportasjen problematiserte man at det naturligvis ikke løser alle problemene, men at man også står overfor en del nye utfordringer når operasjonen har funnet sted. I dette tilfellet opplevde barnet å komme fra et trygt miljø som døv med andre døve til et miljø med hørende, der barnet i utgangspunktet ikke hadde den nødvendige tryggheten og følte usikkerhet i det nye miljøet. Det er nettopp med utgangspunkt i den typen opplevelser det blir viktig at rehabiliteringen – opptrening i tale, trening i å høre, i å oppfatte det talte ord – kommer raskt i gang.

Det er gledelig at en samlet komité og dermed også et samlet storting er enig i intensjonene til forslagsstillerne. Dette må også være et eksempel på at opposisjonen på alle

måter tas på alvor med sine innspill, og at man har felles intensjoner. Det er jo en veldig liten nyanse mellom deres forslag, nr. 4, og det som regjeringspartiene har skrevet, nemlig at man ser det som «hensiktsmessig at Regjeringen kartlegger behovet for et kompetansesenter før Stortinget fatter endelig vedtak.»

Nå har vi altså fått høre at det kartleggingsarbeidet allerede er i gang. Dermed er det vel rimelig å si at alt det forslagsstillerne har vært opptatt av, er ivare tatt under behandlingen i komiteen. Det har vi alle grunn til å være glad for, ikke minst de som har nyttiggjort seg cochlea-implantatet og i tillegg skal gjennom rehabilitering.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [13:59:27]: Jeg vil bare løfte fram en dimensjon som ikke er blitt tatt opp i debatten til nå. I den siste fellesmerknaden vi har i innstillingen, står det:

«Komiteen vil understreke viktigheten av at barn med cochlea-implantat ikke fratras muligheten til en god opplæring i tegnspråk.»

Når vi ser på historien til tegnspråket og døvesaken, ser vi en veldig sammensatt historie, der storsamfunnet ikke alltid har den beste vandelsattest med tanke på hvordan vi har behandlet døvesaken og hvordan vi har behandlet tegnspråket i forskjellige typer sammenhenger.

Det som skjer i forhold til cochlea-implantat, er jo en revolusjon. Det er fantastisk – og alle er enige om at det er fantastisk. Men så vet man at det varierer hvor vellykket operasjonen er, og det varierer hvor mye hørsel den enkelte får. Derfor var det viktig, da vi hadde saken til behandling i komiteen, at vi også fikk med denne merknaden i innstillingen. Vi merket også under høringen at det er mange følelser i diskusjonen rundt cochlea-implantat, og ulike foreninger løftet fram forskjellige synspunkter og hadde forskjellig ståsted. Grunnen til at vi la inn denne merknaden, er at vi som samlet komité er veldig opptatt av at tegnspråket skal ha en viktig plass. Det har i år fått offisiell status – hvis jeg ikke husker helt feil – som et eget språk i Norge, og vi ser at det er viktig at man fortsatt har det. Dessverre er det slik at ikke alle som får cochlea-implantat, vil få en vellykket operasjon, og at det derfor fortsatt er behov for en god tegnspråkopplæring. Det er vanskelig å vite når operasjonen foretas, hvor vellykket den egentlig vil bli.

Gunvald Ludvigsen (V) [14:01:31]: Det er viktig at oppfølginga i etterkant av implantatoperasjon er så god som mogleg, det er vi alle enige om. Den enkeltes helsestilstand er i mange tilfelle heilt avhengig av kvaliteten i oppfølginga. Som det er sagt: Operasjonen er ein ting, men om ikkje oppfølginga er god, blir resultatet ikkje slik ein ønskjer.

Ei slik heilskapleg habilitering av ungane bør kunne følgjast opp i eit tverrfagleg samarbeid mellom Rikshospitalet, dei etablerte kompetansesentra og kommunehelsetenesten. Her er – når vi nemner alle desse aktørane – «samhandling» blitt eit skikkeleg moteord, det er det vi snakkar om å få til. Eg trur at «samhandling» er eit av dei beste orda som vi no i det heile bruker, ikkje minst in-

nafor helsevesenet, for der er det, som vi veit, så mange aktørar. Noko som dette forslaget etterspør, er kartlegging – korleis fungerer det vi alle saman har prøvd å få til? Vi har laga gode tiltak, men veit vi om dei fungerer? Derfor trur eg det er rett og nyttig det som representantforslaget her går inn for, at vi skal kartleggje og sjekke ut det tilbodet og den oppfølginga som cochlea-implantatopererte faktisk får, og om samhandlinga faktisk fungerer.

Venstre er naturlegvis einig med forslagsstillarane i at det er viktig at ein gir eit likeverdig habiliteringstilbud til cochlea-implantatopererte i heile landet basert på kunnskap og kompetanse. Likeverd og heilskapleg opplærings-tilbod er i same kategori.

Det skjedde ein del etter at kommunane tok over ansvaret for opptrening og logopedtilbod. Det hjelper jo lite å auke kapasiteten på operasjonar om ungane i etterkant ikkje kan nyttiggjere seg implantatet fordi ein f.eks. manglar tilbod om logoped. Så her er det viktig at ein har nok kapasitet i forhold til denne faggruppa.

Venstre meiner også at spørsmålet om eit nasjonalt kompetansesenter, slik det går fram av vedtaket i innstillinga, punkt IV, er viktig. Vi trur at ein bør fokusere på det. Men eg forstår det slik at her er usemja eigentleg ikkje stor mellom regjeringspartia og opposisjonen, det er vel truleg først og fremst spørsmål om nyansar.

Elles er eg einig i det som Slagsvold Vedum seier, at den siste merknaden i innstillinga ikkje er så stor, men også for Venstre er det viktig å understreke betydninga av – og retten til – teikn for tale som eit likeverdig språk, og at ein skal anerkjenne det på same måten som talespråket, med same oppfølging og opplæringstilbod.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:05:27]: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 ble lagt fram i statsbudsjettet for 2008 og fikk tilslutning i Stortinget. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal styrkes, og samhandling og koordinering skal bedres. I strategien understrekes betydninga av et nært samarbeid med områder som arbeid, utdanning og barn og unges oppvekstforhold generelt.

Som jeg sa i forbindelse med behandlingen av forrige sak, er det slik at Helsedirektoratet følger opp med en handlingsplan for habilitering av barn og unge, som kommer 1. juli 2009. Likeverdighet i tjenestetilbudet skal stå sentralt i den planen.

En samlet komité foreslår to kartlegginger. Kartleggingen av hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea-implantatoperasjoner er allerede gitt Helsedirektoratet i oppdrag i tildelingsbrevet for 2009. Kunnskapsministeren mener det er viktig å se kartleggingen av den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat får fram til skolestart i sammenheng med et annet pågående utviklingsarbeid, f.eks. oppfølging av komitémerknad fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om endringer i opplæringsloven og privatskoleloven, som er sitert i innstillingen, Innst. O. nr. 51 for 2007–2008, jf. Ot.prp. nr. 40 for 2007–2008.

Kunnskapsministeren opplyser videre at Utdanningsdirektoratet skal utarbeide retningslinjer for å bidra til at hør-

selshemmede barn og unge, med og uten cochlea-implantat, får et likeverdig og helhetlig opplæringstilbud. Det skal særlig legges vekt på hvordan førskolebarn og elever i skolen som har cochlea-implantat, kan sikres grunnleggende ferdigheter og en god talespråklig opplæring. Det er også nedsatt et eget utvalg for bedre læring for barn, unge og voksne med særskilte behov, det såkalte Midtlyng-utvalget. Utvalget skal 1. juli i år legge fram forslag til bedre organisering av og ressursbruk for en helhetlig tiltakskjede for barn og unge med spesialpedagogisk hjelp.

I likhet med komiteen er jeg opptatt av å sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjonen. Retningslinjene som utarbeides av Utdanningsdirektoratet, vil være ett av tiltakene for å sikre det.

For barn som skal ha implantat, er det spesielt viktig at forholdene ligger til rette for habilitering i kommunene etter operasjonen. Helsedirektoratet har tatt kontakt med CI-teamet på Rikshospitalet for å bidra til at det utvikles en modell for samarbeid med kommunene så snart det er besluttet at barnet skal ha cochlea-implantat. Viktige verktøy er individuell plan og koordinerende enhet i kommunen.

Til forslaget om å utrede behovet for et nasjonalt kompetansesenter for umiddelbar habilitering og rehabilitering av CI-opererte barn kan jeg opplyse at Rikshospitalet jo har dette ansvaret i kraft av at de har landsfunksjonen for CI-operasjon av barn. Det statlige spesialpedagogiske støttesystemet, Statped, skal bistå skoleeiere med å legge til rette for god opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov, herunder personer med cochlea-implantat. Hvorvidt dette skal endres vil vi ha muligheten til å kunne vurdere gjennom det arbeidet som nå skjer i de regionale helseforetakene angående styring av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialhelsetjenesten, som vi også omtalte og diskuterte grundig i forrige sak.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [14:09:40]: Når det gjelder forslag nr. 4, mener komiteens medlemmer fra regjeringspartiene at det er hensiktsmessig at Regjeringen kartlegger behovet for et slikt kompetansesenter før Stortinget fatter endelig vedtak. Er det slik å forstå at Regjeringen ikke har oversikt over behovet for umiddelbar habilitering og rehabilitering av CI-opererte barn?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:10:10]: Som jeg sa i mitt innlegg, har vi et kompetansesenter på dette området knyttet til Rikshospitalet. De har ansvaret og landsfunksjonen for CI-operasjoner av barn, og har gjennom det oppgaven som kompetansesenter.

Så er det helt sikkert slik at også på dette området kan ting gjøres enda bedre. Det har komiteen vært opptatt av. Derfor gjør vi nå nye kartlegginger, i tråd med det komiteen har ønsket seg. Og vi vil, som følge av den prosessen som en generell vurdering av et nasjonalt kompetansesenter er, vurdere om det er behov for å gjøre endringer

i den modellen vi har i dag, med Rikshospitalet som et slikt kompetansesenter.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk. Flere har heller ikke bedt om ordet til sak nr. 7. (Votering, se side 2296)

Sak nr. 8 [14:11:14]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Kari Kjønnaas Kjos om fri etableringsrett og fjerning av ordningen med avtalehjemler for fysioterapeuter (Innst. S. nr. 144 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:10 (2008–2009))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til 5 replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen, innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på talarlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter. – Det anses vedtatt.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [14:12:33] (ordfører for saken): Representantforslaget ønsker å fjerne ordningen med avtalehjemler for fysioterapeuter og gi fri etableringsrett. Dette innebærer, dersom forslaget skulle bli vedtatt, at alle fysioterapeuter får rett til refusjon etter henvisning fra lege.

Komiteens flertall, som i denne merknaden består av alle partier, med unntak av Fremskrittspartiet, er klar over at det har vært store utfordringer når det gjelder avtalehjemler og de ulemper det har ført til for nye fysioterapeuter som skal etablere seg. Fremskrittspartiet har sin egen merknad om dette.

Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet viser til den avtalen som er inngått mellom Norsk Fysioterapeutforbund, staten og KS med virkning fra 1. juli 2008. Denne avtalen er inngått nettopp for å unngå det som har vært utfordringene og skal, etter intensjonene i avtalen, forhindre at det som har skjedd før, skal skje nå.

De samme medlemmer støtter den politikken som er ført fra Regjeringens side når det gjelder å gi kommunene mer finansieringsansvar, men vi ber Regjeringen følge nøye med på dette, slik at tilbudet ikke blir dårligere for pasientene når man nå endrer finansieringen. Det er viktig at det er samsvar mellom den måten fysioterapeutene jobber på og den driftsavtalen som er inngått, noe som det nå har kommet fram ikke alltid stemmer. Etter den avtalen som nå er inngått, må kommunene i større grad synliggjøre sine prioriterte oppgaver og knytte fysioterapeutene til oppgavene som er ønsket utført. Dette mener disse medlemmer er rett vei å gå.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkepar-

ti og Venstre viser til intensjonen om bedre tilgjengelighet og en ryddig forvaltning. Høyre-representantene viser til Dokument nr. 8:3 for 2007–2008, der man ønsket å utvikle dagens system med avtaler med kommunene når det gjelder retten til å utløse krav om trygderefusjon. De tre partiene har et eget forslag, som de sikkert vil redegjøre for.

Fremskrittspartiet ønsker i forslaget sitt et system der pengene følger pasienten, fri konkurranse og valgfrihet for pasientene, men presiserer i merknaden at dette ikke skal utløse økt egenbetaling for pasientene. De har også sitt eget forslag som senere sikkert vil underbygges av dem, men de henviser både til Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund og til Norsk Fysioterapeutforbund, som gir sin tilslutning til at fri etablering er bra.

Under høringen med Norsk Fysioterapeutforbund var det imidlertid flere spørsmål enn svar med hensyn til hvordan dette skulle gjennomføres på en god måte.

Jeg vil bare gi et kort tilbakeblikk, historisk sett, når det gjelder fysioterapitjenesten. Det var tidligere en rent statlig finansiert tjeneste, og alle fysioterapeuter kunne jobbe der de ville. Kontrollen både med de faglige kriteriene og med at en etablerte seg der behovet var, manglet helt eller var mangelfull. En kunne altså etablere seg hvor en ville. Det var mange som etablerte seg i de sentrale strøkene, der fagmiljøene og etterspørselen var størst – noe som er lett å forstå. Men det igjen betydde at det ble store forskjeller når det gjaldt tilbudet – avhengig av hvor en bodde i landet, hvor stort kundegrunnlaget var, og hvor fagmiljøene hadde sete. Da kommunene overtok ansvaret for tjenesten, ble dette bedre. Det ble et mer likeverdig tilbud til alle, uavhengig av hvor en bodde.

Spørsmålet som saken dermed reiser, er om vi skal tilbake til denne formen å drive på, eller om vi skal utvikle tilbudene slik at alle får nytte av dem, uavhengig av hvor en bor. Denne saken har mange sider, som hver for seg kan være interessante å diskutere. Derfor foreligger det også tre forslag til vedtak, som hver for seg er ganske forskjellige.

Vigdis Giltun (FrP) [14:16:54]: Det framkommer stadig i ulike medier og i ulike rapporter at tilbudet til pasienter når det gjelder fysioterapibehandling, er altfor dårlig. Et oppslag i Fredriksstad Blad lørdag hadde følgende overskrift – og den burde fortelle veldig mye:

«Lange køer for fysioterapi

To – tre måneders ventetid hvis du ikke betaler timen din selv»

Den utviklingen vi faktisk har sett, er at flere og flere nå velger å betale selv, fordi de ikke orker å vente på å få fysioterapibehandling. I ventetiden blir folk sykere og sykere. Mange pådrar seg sekundærlidelser, og mange går sykmeldte i lengre tid. Dette er altså fra et oppslag i Fredriksstad Blad, og Fredrikstad er ikke en kommune som er spesielt dårlig stilt – kommunen har faktisk flere avtalehjemler enn en gjennomsnittskommune. Dette oppslaget viser hvordan det er i landet – i en gjennomsnittskommune.

Også rapporten fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at det er en stor underdekning, og at forebyggende fysioterapi og behandling av kronikere må vike for pasien-

ter som er sykmeldt, eller som kommer direkte fra sykehus. Det nevnte oppslaget viste at en 77 år gammel mann som kom fra rehabilitering etter en hjerneblødning, måtte vente i to–tre måneder for å få behandling.

Regjeringen valgte i statsbudsjettet for 2009 å endre ordningen – for å få et større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar. Og jeg spør meg da: Var det for å bedre tilbudet til pasientene, eller var det et nytt forsøk på å spare penger – ved å overlate mer ansvar til kommunene?

Fremskrittspartiet er skeptisk til at et større finansieringsansvar for fysioterapitjenesten nå er lagt til kommunene gjennom rammeoverføringer, da dette sannsynligvis vil forsterke flere av de uheldige følgene som en har sett i forbindelse med praksis knyttet til avtalehjemler. Vi er også sikre på at behandlingstilbudet vil bli ytterligere svekket når et større finansieringsansvar for tjenesten blir tillagt kommunene gjennom disse rammeoverføringene. I rapporten «Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene» framgår det at en slik endring kan føre til at fysioterapi framstår som dyrere for kommunene enn i dag, med hel eller delvis omgjøring av statlig refusjon til rammetilskudd, og at det – isolert sett – kan føre til en reduksjon i tjenestevolumet i enkelte kommuner.

Tiden er – slik vi ser det – overmoden for å innføre fri etableringsrett for fysioterapeuter med direkte refusjon fra folketrygdsystemet, noe som vil sikre den enkelte pasient valgfrihet, samt at det vil sørge for at alle fysioterapeuter med godkjent utdanning kan stille på lik linje når det gjelder å tilby tjenester som pasientene har behov for. Situasjonen er en helt annen i dag enn for 24 år siden. Det er ikke lenger mangel på fysioterapeuter, og det er også mange som ønsker å utdanne seg i den retningen – hvis det er muligheter for å etablere seg og tilby tjenester med rett til refusjon. Refusjonen må utløses etter henvisning, og en vil dermed sørge for at det er den enkelte pasients helsetilstand og rettighet som er utløsende for refusjon fra folketrygdsystemet.

Vi ber også om at det innføres et nytt refusjonssystem som gir pasientene mulighet til å velge, og at det dermed åpnes for en konkurranse mellom utøverne på like vilkår. Ved fri etableringsrett, hvor pengene følger pasienten, vil pasientene få behandling betalt av det offentlige uten lang ventetid – ikke som i dag, da veldig mange må betale selv. Det vil føre til likeverdig konkurranse. Og oppstår det konkurranse om å tiltrekke seg pasienter og holde på dem, ja da vil det bidra til å heve kvaliteten på fysioterapitjenesten og -behandlingen. Jeg vil imidlertid presisere at ordningen ikke skal medføre økte utgifter for pasientene – noe som også er blitt sagt her.

Kommunen er ansvarlig for fysioterapitjenester til alle som trenger det. Det gjelder forebyggende tjenester, skolehelsetjeneste, sykehjemstjenester osv. Det er fullt mulig for kommunene og for helseforetakene å ansette fysioterapeuter, manuellterapeuter eller annen kompetanse som de trenger. Det gjelder også institusjoner, idrettslag – alle som måtte ha behov for denne tjenesten, enten de kjøper den av en privatdrevet klinikk eller en privat aktør, eller de ansetter en som kan tilby den. Så den biten skulle være ivarettatt.

Utover dette mener vi at refusjonsordningen skal være innsatsbasert. Det vil sikre at pasienter som får henvisning til behandling, faktisk får behandling når de trenger det, slik at de unngår å gå lenge sykmeldt fordi de ikke får behandling, eller at de blir dårligere.

Jeg vil med dette ta opp Fremskrittspartiets forslag i saken. Samtidig varsler jeg at Fremskrittspartiet subsidiært vil støtte forslaget fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre – som det nest beste forslaget – samt forslaget som Kristelig Folkeparti har fremmet i salen i dag, om å vurdere virkningene av den omlagte finansieringsordningen.

Presidenten: Representanten Vigdis Giltun har tatt opp det forslaget hun refererte til, og også redegjort for Fremskrittspartiets subsidiære stemmegivning.

Inge Lønning (H) [14:22:20]: Det foreligger ingen flertallstilråding i denne saken fra komiteen. Saksordføreren har redegjort greit for bakgrunnen for det.

La meg starte der hvor saksordføreren også startet sin redegjørelse, nemlig ved å vise til at flertallet har sluttet seg til forslagsstillernes beskrivelse av problemene, utfordringene, med dagens praktisering av avtaleordningen. Det står i første spalte øverst på side 2 i innstillingen at flertallet «er kjent med de utfordringer som fremkommer i representantforslaget, når det gjelder at avtalehjemlene for fysioterapeuter kan ha skapt konkurransevridning og vansker for nye fysioterapeuter med å etablere seg». Deretter fortsetter de tre regjeringspartiene med å vise til avtalen som ble inngått mellom KS, staten og Norsk Fysioterapeutforbund 1. juli 2008, og sier at etter det disse medlemmer kjenner til, vil denne avtalen forhindre dette. Man må vel oppfatte det slik at man da mener å si at i og med denne avtalen er disse problemene borte.

Om det var noe som fremkom gjennom høringen i komiteen, var det at ingen av de som var inne til høring, deler den virkelighetsoppfatningen. Det var betydelige forskjeller mellom NFF og PFF, men på det punkt oppfattet jeg budskapet helt entydig: Ingen av dem som jobber i felten, tror at denne avtalen kommer til å fjerne de grunnleggende problemene. Og hva er de grunnleggende problemene? Jo, det er at vi utdanner svært mange dyktige fagfolk på dette området – det er et av de mest attraktive studier som finnes i det norske høyskolesystemet – men en stor andel av dem som har gjennomgått utdanningen, får ikke sjansen til å praktisere den etter at de er ferdigutdannet. Samtidig er det på pasientsiden helt åpenbart et underskudd på tilgang på rask og effektiv fysioterapibehandling. Det må bety at systemet ikke klarer å matche de forskjellige hensyn som gjør seg gjeldende, verken fra fagutøvernes side eller fra pasientenes side.

En undersøkelse utført av NFF blant 500 fysioterapeuter viser at 83,5 pst. har ventelister for behandling. Halvparten av fysioterapeutene sier at de har en ventetid på mellom en og tre måneder, og 20 pst. sier at de har lengre ventetid enn dette. Det er ganske talende tall.

Det som forbauser meg, er at regjeringspartiene konkluderer med å foreslå at representantforslaget ikke skal bifalles. Jeg ville ha forventet at man hadde strukket seg

så langt at man hadde foreslått at det skulle vedlegges protokollen, for når man er enig i at dagens situasjon er så utilfredsstillende som den er, er det for meg vanskelig å forstå at man ønsker å avvise forslaget betingelsesløst.

Fremskrittspartiets forslag, slik det fremkommer i innstillingen, går enda noe lenger enn det opprinnelige representantforslaget ved at man utvider henvisningsretten, og ved at man også presiserer at det ikke skal aksepteres økt egenbetaling fra pasientene. Grunnen til at vi ikke kan støtte det, er at dette er et forslag som roper på en konsekvensutredning – først og fremst en konsekvensutredning av de sannsynlige effektene når det gjelder fordelingen mellom tilgang på fysioterapitjenester i tettbygde strøk og i mindre tettbygde strøk. Det er bakgrunnen for at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre fremmer forslag nr. 1 – som jeg med dette tar opp – som vi mener er det forslaget som best møter den virkelighetsbeskrivelsen vi fikk gjennom høringsrunden i komiteen, og der en ber om en konsekvensutredning og gir den føring at ordningen skal sikre raske tilgang til nødvendige fysioterapitjenester samt god prioritering og ressursbruk.

Presidenten: Representanten Inge Lønning har tatt opp det forslaget han refererte til.

Laila Dávøy (KrF) [14:27:57]: Det er mange fysioterapeuter og pasientorganisasjoner som er opptatt av fysioterapitjenesten for tiden. Det gjør dette representantforslaget høyaktuelt. Og det som gjør at det i disse dager kommer en rekke bekymringsmeldinger fra hele landet nettopp fra fysioterapeuter og pasienter, er konsekvensene av Regjeringens omlegging av finansieringsordningen for fysioterapeuter. Konsekvensene, som Regjeringen ikke utredet på forhånd, slår nå inn for fullt. I rapporten «Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene» fra 1. oktober 2007 sies det helt klart at konsekvensene ikke er vurdert.

Representanten Vigdis Giltun kom med et slående eksempel fra Fredriksstad Blad i dag, nettopp når det gjelder de konsekvensene vi nå ser.

Det er to hovedproblemer, og allerede i merknadene til statsbudsjettet uttrykte vi bekymring for dette. Det ene er at fysioterapeuter med små stillingsbrøker nå drastisk får redusert sin inntekt etter at kommunene overtok deler av refusjonstilskuddet fra folketrygden. Mange av disse fysioterapeutene vil bli tvunget over i privat drift uten avtale, og pasientene vil måtte betale høyere egenandeler. Det andre er at kronisk syke pasienter blir rammet særdeles hardt. Køene vokser, og mange av disse pasientene har ikke råd til å betale høye egenandeler for å gå til fysioterapeut som ikke har avtalehjemmel. At vi allerede i dag har mangel på fysioterapeuter, gjør situasjonen for disse pasientene enda verre.

Omleggingen av finansieringsordningen som regjeringspartiene, mot opposisjonspartiernes vilje, vedtok i forbindelse med statsbudsjettet for 2009, har gjort at det nå er et skrikende behov for å se på hele avtalesystemet for fysioterapeuter. Det er derfor Kristelig Folkeparti er med de andre opposisjonspartiene på å få vurdert endringer. Vi står sammen med Høyre og Venstre om å be Regjering-

gen komme tilbake med forslag til alternativer til dagens ordning.

Etter min mening er det fire forhold som må ivaretas på en bedre måte enn det vi ser pr. i dag.

Det ene er at pasienter ikke skal måtte stå i nye køer for å få nødvendig fysioterapi. Da svekkes eller uteblir rehabilitering og habilitering – og køene vokser nå, det vet vi. Det andre er at pasientenes egenandeler ikke må økes på grunn av at fysioterapeuter får svekket sine offentlige tilskudd, slik vi nå ser skjer for dem med små driftsavtaler. Det tredje er at det må være mulig for fysioterapeuter som er nye på markedet, å etablere seg – noe dette representantskapet er særdeles opptatt av. Det siste er at det må være mulig for alle fysioterapeuter å leve av sitt eget arbeid innen en normal arbeidstid.

Helt til slutt tar jeg opp det forslaget som er utlagt i salen på vegne av Kristelig Folkeparti, nemlig om å be Regjeringen om senest i løpet av 2009 å vurdere virkningene av den omlagte finansieringsordningen for fysioterapeuter, både hva gjelder deres situasjon og pasientenes.

Presidenten: Representanten Laila Dávøy har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Gunvald Ludvigsen (V) [14:31:52]: Det som i alle fall eg meiner, og mange andre òg, er at fysioterapitenestene som vi opplever i dag, ikkje er perfekte. Vi har fått mange eksempel på det. Vi les om det, vi høyrer om det, og vi har òg fått det framvist her i salen i dag – og det gjer vi altfor ofte.

Venstre stør dette forslaget som Høgre og Kristeleg Folkeparti står bak, og vår motivasjon er jo at vi ønskjer betre tilgjengelegheit til fysioterapitenester. Vi ønskjer ryddigare forvaltning av avtalane mellom fysioterapeutar og offentlege myndigheiter. Vi ønskjer betre ressursbruk, vi ønskjer å avvikle dagens byråkratiske hindring, og vi meiner at vi får unødvendige ventetider for pasientane. Det er pasientane som må vere i fokus.

Vi trur òg at det systemet vi har, har utvikla seg slik at det får uheldige samfunnsøkonomiske konsekvensar.

Forslaget som Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre står bak, er ikkje eit forslag som er konkret i den forstand at det skisserer ei ny løysing. Det er slik, som det har blitt framført av andre her, at vi ønskjer å få ei konsekvensvurdering, og vi ber om at Regjeringa kjem opp med forslag til nye ordningar i forhold til dagens. Det er jo eit ope forslag, som heile Stortinget burde slutte seg til, etter mitt syn. Vårt forslag baserer seg vidare på – som det òg kom fram i høyringa, som andre har omtalt her – at vi ikkje trur at den nye avtalen mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund heller vil betre statusen i nokon særleg grad.

Elles vil eg heilt til slutt berre seie at eg òg er nokså overraska over at regjeringspartia ikkje vil leggje forslaget ved protokollen. No er det altså ikkje tilslutning, men ei nokså kontant avvising. Det verkar nokså overraskande, i alle fall slik eg ser det.

Olav Gunnar Ballo (SV) [14:34:56]: Det har vært interessant å følge debatten. Jeg kan huske at Gudmund

Hernes i sin tid skrev en bok som het «Hvorfor alt går galt». Da hadde han et utsagn som var som følger: Jo flere jurister, jo flere jurister. Det er jo en ting som ikke er problematisert her, og det er at det stort sett over hele landet viser seg at jo større tilgang man har på helsepersonell, jo mer bruker man dem. Derfor er jo opposisjonens beskrivelse av ventelister hos fysioterapeutene et veldig lite egnet mål på om dekningen er god eller dårlig.

En tidligere statsråd beskrev på 1980-tallet, etter å ha gjort beregninger av det, forskjellen i uttak av ressurser til spesialistbruk i ulike deler av landet. Det viste seg den gang at det var åtte ganger så stort uttak i midler – altså penger – til spesialister i det sentrale østlandsområdet som det var i Nord-Norge. En grunn til det var jo at man hadde en betydelig overetablering av privatpraktiserende spesialister som fikk driftstilskudd, men uten at det var lagt føringer for bruken av de midlene. Det har man jo heldigvis fått til senere, ved at man har bundet driftstilskuddshjemlene opp mot avtaler med helseforetakene, slik at man legger føringer for det. Men en fri etableringsrett for fysioterapeuter, uten at man på en eller annen måte skal legge forpliktelser og føringer i bunnen, at det eneste som skal være kriteriet, er at leger skriver henvisningsblanketter, vil jo veldig raskt føre til at man får veldig store geografiske forskjeller i etablering av fysioterapeuter. Det er det med all sannsynlighet allerede i dag, men det er grunn til å tro at det hadde forsterket seg ytterligere.

Når vi ser på tannlegene, ser vi at det er langt større tetthet av dem – selvfølgelig beregnet pr. innbygger – i det sentrale østlandsområdet enn det f.eks. er i griseområdet i Nord-Norge. Når det gjelder fastlegeordningen, har den virket motsatt. Den har skapt en bedre fordeling, der det til og med er noen av de minste kommunene som har den beste dekningen for å få legevaktordningen til å gå i hop. Hvis man skulle åpne for en type friere etableringsrett for fysioterapeuter, må det derfor være helt nødvendig å gjøre beregninger med hensyn til både kostnader og hvordan man ønsker å oppnå en fordeling. Ellers vil det være rene markedsmekanismer som gjør seg gjeldende. Der det bor mange, vil fysioterapeutene etablere seg, og der vil det være lett å rekruttere fordi man har folk hyppig til behandling. På en slik måte får man forskjeller i ressursbruk, noe å la det jeg beskrev at en tidligere statsråd hadde tall for på 1980-tallet. Det var Tove Strand som den gangen presenterte de tallene.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:38:03]: La meg starte med å fastslå at det selvfølgelig er kommunene som har ansvaret for fysioterapitjenesten til befolkningen. Kommunene kan følge dette lovkravet ved å ansette fysioterapeuter eller ved å kjøpe tjenesten av privatpraktiserende. De fleste kommunene har begge disse tilknytningsformene.

Før 1984 var det et fritt marked for fysioterapeuter i Norge. Enhver fysioterapeut kunne inngå en direkte oppgjørsavtale med folketrygden og motta pasientrefusjon direkte. Det er denne ordningen Fremskrittspartiet vil ha gjeninnført, og som vi altså forlot for 25 år siden.

Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984

ble fysioterapiressurser spredt i alle kommuner. Forutsetningen var at driftstilskuddet – altså kommunens andel av finansieringen – skulle utgjøre 40 pst. av fysioterapeutens inntekt. Resten av inntekten var refusjon fra trygden, 20 pst., og egenandel fra pasienten, 40 pst.

Etter 2000 begynte kommunene å inndra ledige avtaler og si opp fastlønte fysioterapeuter på grunn av dårlig kommuneøkonomi. For å unngå å finansiere tjenesten selv ble driftstilskuddet på 100 pst. splittet opp i hjemler på 20 pst. hver. Samtidig var det en forutsetning at fysioterapeutene skulle arbeide fulltid. Det betyr at når fysioterapeutene bare har en femtedel av fullt driftstilskudd, må de fylle opp med pasienter som de bare får trygderefusjon og egenandeler for. Det betyr at statens utgifter økte, og at kommunene dermed slapp unna en del av utgiftene.

Det var vanskelig for fysioterapeuter å få arbeid med kommunal tilknytning. Selv små avtalehjemler var sterkt etterspurt. Oppsplitting av hjemler var en utvei for å overlate den primære finansieringen til staten. Fysioterapeutene fikk ikke utbetalt driftstilskudd for volumet av det arbeidet de gjorde. Når en så stor del av inntektene kommer fra trygderefusjon, er det mer attraktivt å utføre oppgaver med høye takster framfor fysioterapioppgaver til grupper med sammensatte behov.

Slik var det fram til 1. juli 2008. Da satte Regjeringen et minimumskrav på 40 pst. for å inngå nye avtaler. Helse- og omsorgsdepartementet og KS har presisert overfor kommunene at fysioterapeutene skal ha en driftsavtale som samsvarer med det faktiske volum som utøves, og som kommunene har behov for.

Departementet har, som kjent, varslet en omlegging av finansieringen av fysioterapitjenesten, slik at kommunene vil få større finansieringsansvar og dermed bedre styring med tjenesten.

Mye av styringen av fysioterapitjenesten skjer gjennom det sentrale avtaleverket mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund. Avtaleverket ble reforhandlet i fjor og har gitt kommunene større styringsoppgaver. Jeg forventer at kommunene nå stiller større krav til kvalitet og prioritering av tjenesten og oppretter flere avtalehjemler som samsvarer med kommunenes behov.

Jeg mener det er feil, slik forslagsstillerne – Nesvik, Giltun, Fredriksen og Kjønås Kjos – hevder, at vi skal reversere ordningen med driftstilskudd og gå tilbake til en statlig finansiering av tjenesten. Det er ikke ubegrensede midler i statskassen til finansiering av helsetjenester. Jeg tror at fysioterapitjenesten vil være best tjent med en nær tilknytning til kommunehelsetjenesten for øvrig.

Fysioterapitjenester er en veldig viktig del av en omlegging til fordel for en kommunehelsetjeneste som fokuserer mer på forebygging og tidlig intervensjon. Derfor vil fysioterapitjenestene være en viktig del av samhandlingsreformen. Den bygger på at primærhelsetjenesten skal være grunnmuren i helsetjenesten. Og som sagt: Her vil fysioterapeutene ha sin naturlige arena innen forebygging og behandling. Ett av hovedelementene i ordningen er jo at det skal lønne seg for kommunene å behandle pasienter på lavest mulig nivå. Jeg er derfor opptatt av at vi må jobbe med finansieringssystemet for fysioterapeuter i sammenheng

med en omlegging av hele finansieringen for kommunehelsetjenesten. Jeg mener klart at dagens system ikke er bra nok. Det var nødvendig, etter min mening, med en omlegging, men ingen kan si at vi har truffet 100 pst. med det systemet som er i dag. Derfor må vi tenke oss om. Derfor må vi se det i sammenheng med den øvrige kommunehelse reformen og se finansieringen av fysioterapeutene i sammenheng med det nye økonomisystemet for kommunene.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Vigdis Giltun (FrP) [14:43:13]: Arbeiderpartiet og denne regjeringen har snakket veldig høyt om at det er det offentlige som skal betale for nødvendige helsetjenester her i landet. Når pasienter får rekvisisjon og får behandling hos fysioterapeut, er dette noe som pasientene har behov for og rett til.

I dag ser vi stadig at flere pasienter må betale denne behandlingen av egen lomme. Det er ikke noe de velger fordi de synes det er helt greit å betale for å få fysioterapibehandling, men det er fordi de trenger det.

Er statsråden egentlig komfortabel med at man nå ser at stadig flere pasienter som trenger behandling, må betale selv for å få det innen rimelig tid? Og er ikke dette stikk i strid med det Regjeringen snakker om ute i en valgkamp?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:44:11]: Jeg er vel ikke enig i den virkelighetsbeskrivelsen som representanten Giltun nå gir, for det vi jo ser, er at fysioterapiområdet er ett av de områdene i Norge der pasienter er mest skjermet for egenbetaling. Gjennom diagnoselistene ser vi at det som normalt gjelder som system for egenbetaling, ikke har samme virkning i fysioterapitjenesten. En av grunnene til at vi har måttet foreta en omlegging, var nettopp at statens kostnader knyttet til refusjon ble så veldig stor, med en økning fra noen hundre millioner for noen år tilbake til milliardbeløp før omleggingen. Når vi da må bruke milliarder fra statskassen til å refundere fysioterapitjenester, er jo ikke det akkurat et uttrykk for at det er pasientene som betaler – det er staten som må betale. Skjermingsordningene på fysioterapiområdet er mer omfattende enn de er på andre områder.

Inge Lønning (H) [14:45:26]: Jeg hadde under størstedelen av statsrådets innlegg inntrykk av at han egentlig ville konkludere med at dagens tilstand er helt perfekt. Men heldigvis tok han seg inn da han kom mot slutten av svevet, og sa at det er betydelige mangler – hvis jeg oppfattet det riktig – i den måten tingene fungerer på i dag. Det synes jeg er ryddig og greit, men jeg har to spørsmål.

Jeg går ut fra at det betyr at statsråden egentlig ønsker velkommen det forslaget som Laila Dāvøy har fremmet på vegne av Kristelig Folkeparti – altså forslag nr. 3 – hvor det bes om at Regjeringen i løpet av inneværende år foretar en skikkelig vurdering av hvorledes den nye finansieringsordningen har slått ut.

Når det gjelder det andre spørsmålet, er jeg vel kanskje ikke fullt så optimistisk med tanke på svaret. Egentlig synes jeg at konklusjonen i statsrådets innlegg burde

ha ledet nokså direkte til innholdet i forslag nr. 1, fremmet av Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre. Jeg vil gjerne høre om ikke statsråden er enig i at det kanskje kunne være rimelig.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:46:54]: For å si det slik så er intuisjonen til representanten Lønning god.

Når det gjelder forslaget fra representanten Dāvøy, som ligger på representantenes plasser i dag, mener jeg det er et arbeid vi er i gang med, og jeg har ingenting imot at det f.eks. blir oversendt til Regjeringen. Jeg kan forsikre om at det vil bli fulgt opp.

Når det gjelder forslag nr. 1, synes jeg nok at det er mer problematisk, i den forstand at jeg vil foretrekke ikke å ha så sterke føringer i det arbeidet vi nå gjør på regjeringshold.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

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

Vigdis Giltun (FrP) [14:48:09]: Jeg følte behov for å ta ordet igjen da jeg hørte Ballo, som også er lege, holde sitt innlegg her i salen i stad. Det er merkelig at han som selv er lege, viser at han har veldig liten tro på legestanden. Det er en gang slik at når pasienter oppsøker en lege som har rekvisisjonsrett, er det meningen at den legen skal kunne vurdere pasientens behov for videre behandling.

Etter hva jeg forstod av Ballos innlegg, hadde han overhodet ikke noen tro på at legene kunne vurdere behovet for behandling riktig, og at de rekvisisjonene overhodet ikke var noe verdt. Han sa også klart at en fri etableringsrett ville føre til at man ville få mange helt unødvendige behandlinger. Og da kan man jo spørre seg: Er det slik i dag at ventetidene og mangelen på fysioterapeuter med avtalehjemler blir brukt for å begrense behandlinger? Treffer ikke det ganske tilfeldig?

Det er også slik nå at det er økt egenbetaling. Selv om statsråden ikke ville innrømme det, er vi i ferd med å få et klassedelt samfunn, hvor de som har penger til å kjøpe helsetjenester selv, gjør det, mens andre må vente. Dette foregår mens vi har en regjering som påstår at den har en politikk som skal virke motsatt. Man må være totalt både blind og døv hvis man ikke ser hvilken vei utviklingen går. Det skulle ikke være så vanskelig å forstå at det ville være bedre og mer riktig å gi en bedre tilgang til behandling for pasientene. Man taler med to tunger når man sier at alle skal ha rett til gratis helsehjelp når de trenger det, samtidig som man begrenser tilbudet og tilgangen til disse tjenestene til et minimum, noe som fører til at folk ikke får nødvendig hjelp. Hvis alle som betaler fysioterapibehandling av egen lomme, hadde stilt seg i køen for å bli behandlet av fysioterapeuter som har avtalehjemler, hadde køen kanskje ikke vært på to eller tre måneder, men kanskje på fem, seks eller syv måneder.

Det er altså ikke lenger noen fare for at visse deler av landet skal bli fullstendig uten fysioterapeuter. Det er noe som blir brukt som en unnskyldning. Grunnen til at man ikke vil gå inn for den ordningen Fremskrittsparti-

et ønsker, er rett og slett at man vil spare penger. Det sa jo også statsråden noe om. Han var faktisk så ærlig at han sa at Regjeringen ikke vil bruke mer penger på dette. Men da synes jeg også at han skal være så ærlig og si at Regjeringen ikke er villig til å betale for helsetjenestene bare for dem som vil vente, og bare for dem som tilfeldigvis får tilgang til dem.

Presidenten: Å karakterisere andre representanter som blinde og døve kan ikke passere som et parlamentarisk godkjent uttrykk.

Sonja Mandt-Bartholén (A) [14:51:11]: Jeg hadde tenkt å spørre hvem som egentlig ble karakterisert som blind og døv, så det var godt presidenten påpekte det. Jeg regner meg verken som det ene eller det andre. Men vi ønsker en annen måte å gjøre dette på, og det må være helt legitimt.

Når det gjelder forslaget fra Laila Dávøy – forslag nr. 3 – ber vi om at det blir gjort om til et oversendelsesforslag, og da vil vi støtte det. Det er jo det vi er opptatt av i vår egen merknad, at det må følges godt med, at det må sjekkes opp, og at det skal ses på videre – så vi kommer til å støtte forslaget da.

Det har også vært fokusert litt på om forslaget skal bifalles eller ikke, eller om det skal vedlegges protokollen. Vi er ikke enig i forslaget, og når vi ikke er enig, må det være lov til ikke å bifalle det. Vi er enige om realitetene, ja, men vi er ikke enige om veien å gå. Derfor mener vi dette er den rette måten å gjøre det på.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [14:52:30]: I Romerikes Blad i dag kan vi lese statsrådens egen statssekretær, Dagfinn Sundsbø, fortelle om hvor viktig det er med flertallsregjeringer, for da får man til så mye. Jeg synes at denne saken faktisk viser det stikk motsatte. Jeg synes at flertallsregjeringer oftere og oftere viser oss at det hindrer sunn fornuft.

Etter at denne saken ble fremmet, har jeg fått utrolig mange mail fra både brukere og utøvere av denne tjenesten. Jeg tror aldri at jeg har fått så mange mail i noen annen sak jeg har vært med på å fremme. Dette er et veldig stort problem over hele landet.

I Romerikes Blad hadde de i oktober i fjor en sak med overskriften «Inntil 1,5 år i kø for fysioterapeut». Vi har hatt oppslag i Romerikes Blad, også det i oktober i fjor, om Lørenskog kommune som har blitt saksøkt på grunn av måten de tildeler hjemler på. Sivilombudsmanen har gitt fysioterapeuten rett, og Lørenskog kommune har tapt saken. De er dømt til å betale en erstatning og saksomkostninger.

Det er altså både måten dette systemet blir utøvd på, og de lange ventelistene som er det store problemet.

Hele Stortinget har vært bekymret over at vi har så høyt sykefravær. Vi har vært veldig bekymret over at folk blir uføretrygdet. Når vi vet at folk går sykmeldt i månedsvis, vi betaler ut sykepenger mens de venter på behandling, og vi vet at noen kommer til behandling så sent at de blir uføretrygdet, er det litt underlig at man ikke ønsker å gjøre

noe med et system vi vet ikke fungerer, som ville gitt oss innsparing.

Men statsråden var i hvert fall veldig ærlig på én sak, nemlig at det blir for dyrt å gi dette tilbudet til alle med en statlig finansiering. Regjeringen synes ikke dette er viktig nok. Da vil vi fortsatt ha høyt sykefravær. Vi vil ha en høy rate av nye uføretrygdede, og dessverre, kanskje det verste, vi vil få et samfunn som mer og mer går i en retning av at de som har penger, kan kjøpe seg friske, mens de som ikke har penger, må velge uføretrygd.

Laila Dávøy (KrF) [14:55:38]: Først en liten kommentar til representanten Ballos innlegg. Jeg reagerte også en del på det. Jeg synes det er litt for lettvindt på en måte bare å si at det er mange som kanskje har et overforbruk også av fysioterapi – det var i hvert fall det som lå under. Det er jeg dypt uenig i. Vi har enorme behov for rehabilitering og habilitering i dette landet. Vi har også en reell økning i store grupper ortopedipasienter, nyopererte. Det har skjedd en god del i landet vårt som gjør at vi trenger langt mer fysioterapi, og har trengt det i lang tid.

Så til forslaget fra Kristelig Folkeparti som er levert ut i salen i dag. Jeg synes det er fint at Regjeringen i alle fall vil ta det med som en del av det arbeidet som nå pågår med den nye finansieringsordningen. Jeg gjør det gjerne om til et oversendelsesforslag.

Presidenten: Det forslaget som representanten Dávøy fremmet, som er omdelt i salen, er gjort om til et oversendelsesforslag.

Inge Lønning (H) [14:57:03]: Jeg har behov for å føye til et par korte merknader.

Først til saksordføreren: Ja, selvsagt har alle partier full frihet til å fremme forslag i akkurat den form de selv ønsker, men andre partier har jo også adgang til å gi uttrykk for sin undring over at man velger å avvise så kategorisk som man gjør, etter at man har vært med på å konstatere at dagens situasjon langt fra er tilfredsstillende. Det er det eneste det tydeligvis er 100 pst. enighet om – også inkludert statsråden.

Så har jeg også behov for å uttrykke en viss undring over representanten Ballos innlegg. Henvisningen til Gudmund Hernes kunne man vel oppfatte som en spøk – forhåpentligvis kan den oppfattes slik. For i motsatt fall ville jo den logiske konklusjonen være at man bør begrense tilgangen på fagfolk mest mulig, nær sagt over hele landet, for på den måten får man de beste resultatene. Jeg håper at det ikke var det som var meningen. Representanten Ballos argumentasjon kan man akseptere på ett punkt, nemlig så langt som den påpeker at selvsagt dreier helsepolitikk seg også om en fornuftig forvaltning av ressurser, på dette området som på alle andre områder. Men hans argumentasjon treffer ikke i det hele tatt forslag nr. 1, fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre. Det forslaget sier jo eksplisitt at dette må settes inn i en prioriteringssammenheng. Det skal sikre fornuftig ressursbruk, men samtidig skal det sikre raskere tilgang til nødvendige fysioterapitjenester.

Høringsrunden i komiteen viste, som jeg sa i mitt inn-

legg, at det ikke er noen av dem som arbeider i feltet, som mener at dagens avtaleordning fungerer godt, og at den sikrer disse hensynene. Så vidt jeg forstod, delte statsråden også i sin konklusjon den oppfatning. Han mener heller ikke at dagens avtalesystem fungerer godt. Da kan ikke jeg fatte og begripe annet enn at det logiske måtte være at man samlet seg om å be Regjeringen om å vurdere ordninger som kan erstatte dagens krav om avtale med kommunen som et vilkår, og isteden finne frem til andre ordninger som ivaretar de overordnede hensyn. Jeg må si at jeg er forbauset over at regjeringspartiene stemmer imot. Dette er jo en tillitserklæring til Regjeringens evne til å komme opp med bedre forslag, når man konstaterer at dagens ordning fungerer dårlig.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 8. (Votering, se side 2296)

Sak nr. 9 [15:00:20]

Interpellasjon fra representanten Vigdis Giltun til hel- og omsorgsministeren:

«En publisert studie av psykiater Geir Selbæk om demente pasienter ved norske sykehjem viser at demente i sykehjem sliter med alvorlige psykiske problemer. Mange er aldri diagnostisert, og få får tilbud om adekvat behandling. Medisinbruken er overdrevet, og ofte til større hjelp for personalet enn for pasienten. Funnene indikerer at demente i sykehjem er like dårlige som pasienter i psykiatriske sykehus. 80 pst. av sykehjemsbeboere har demens, men kun 20 pst. av de demente har plass ved skjermede enheter, og det ser ut til å være tilfeldig hvem som havner der. Studien viser at demente er en stor gruppe som er oversett, og som får for dårlig oppfølging. Man har i mange år hatt som målsetting å gi demente et godt bo- og behandlingstilbud, men studien viser at denne gruppen nærmest er glemt.

Vil statsråden sørge for opptrappingstiltak som raskt sikrer denne pasientgruppen et faglig godt behandlings- og botilbud?»

Vigdis Giltun (FrP) [15:01:52]: I de senere årene har det vært en sterk økning av antall eldre, og levealderen har også økt. Samtidig har vi hatt en boreform for eldre omsorgs- og pleietrengende som har ført til at det kun er de aller sykeste som nå får sykehjems plass. Terskelen for å få en sykehjems plass er blitt betydelig høyere, og hele 80 pst. – eller ca. 35 000 eldre mennesker med demens – har sitt bo- og behandlingstilbud i et sykehjem. Vi snakker her om mennesker som er helt overlatt til den behandlingen de får ved sykehjemmet, og som ikke lenger klarer å ivareta egne behov.

Psykiater og forsker Geir Selbæk ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter har i sin doktorgrad studert medisinbruken ved 26 norske sykehjem gjennom et helt år. Over tusen sykehjemspasienter er med i undersøkelsen, og det er den største undersøkelsen som noen gang er gjort på dette fel-

let. Det ble avdekket at et stort flertall av beboerne i norske sykehjem bruker medisiner mot psykiske plager fast, til tross for usikker effekt av behandlingen, og behandlingen blir sjelden avsluttet. Geir Selbæk viser i en stor ett-årig oppfølgingsstudie at alvorlige adferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer som psykoser, depresjoner, angst og aggresjon er utbredt blant beboerne ved sykehjem.

Åtte av ti beboere har også demens, men bare 55 pst. av disse har fått en demensdiagnose. De fleste sykehjemmene har spesialavdelinger for personer med demens. Likevel bor det mer enn dobbelt så mange med demens i vanlige sykehjemsavdelinger. Blant dem som hadde demens, brukte tre av fire beboere psykofarmaka fast ved første gangs undersøkelse, og hele 89 pst. av dem brukte fremdeles dette ett år etter. Forløpet av symptomer hos dem som brukte medikamenter, og hos dem som ikke brukte medikamenter, var det samme, eller man så faktisk at de som brukte det, var blitt enda dårligere. Personer med demens er særlig utsatt for alvorlige bivirkninger ved lang tids bruk.

Selbæk og medarbeiderne sier at funnene i studien tyder på at oppfølging av pasienter i sykehjem er mangelfull. Det ser ut til å være et misforhold mellom alvorlighetsgraden av symptomene og standarden på den medisinske tjenesten. Kommunene har ikke tatt hensyn til det reelle behovet for skjermede enheter når sykehjemmene bygges eller bemannes. Veldig mange bor utenfor skjermede enheter, og de får altså ikke det botilbudet som de skulle ha. Det må ha overrasket flere enn meg å lese om hvordan tusenvis av demente i sykehjemmene daglig utsettes for behandlingssvikt og feilbehandling. Fremskrittspartiet mener dette er alvorlig og fullstendig uakseptabelt, og at slike forhold ikke kan fortsette i påvente av samhandlingsreformen eller oppfyllelse av demensplanen. Har ikke kommunene og sykehjemslegene et ansvar for at også eldre demente får rett behandling? Ville det vært mulig å fortsette en slik omfattende feilbehandling av andre pasientgrupper over tid, eller ville det kanskje ført til et skred av krav om pasientskadeerstatning?

Verken dårlig økonomi eller mangel på kompetanse ved sykehjemmene er gode nok grunner til å fortsette en systematisk feilbehandling av tusenvis av personer over tid. Jeg mener derfor at det er helt nødvendig å se på hvordan denne store alvorlige svikten når det gjelder bo- og behandlingstilbudet til demente ved sykehjemmene, kan løses raskt.

Første forutsetning for å gi riktig behandling er å få stilt riktig diagnose, og diagnosen må stilles av en spesialist. Alle som har demens, bør ha blitt diagnostisert ikke bare i forhold til om de har demens eller ikke, men også i forhold til hvilken type demens de har. Jeg kan ikke se noen grunn til at demens skal behandles annerledes enn høyt blodtrykk, hjertesvikt eller kols. Pasienten er vel ikke noe mindre verdt fordi sykdommen sitter i hjernen. Legene ved sykehjemmene har et stort ansvar for å foreskrive rett medisin, men dessverre var det bare Fremskrittspartiet som fulgte anbefalingen fra Legeforeningen om å øke legeressursene i sykehjemmene med 100 pst. Selv dette vil ikke være nok hvis enda flere pasienter skal raskere ut av

sykehussengene. Demente har ofte psykiske lidelser som en del av sin demenssykdom. Selbæks undersøkelse tyder på at disse får mangelfull oppfølging, og et tegn på dette er jo det store overforbruket av medisiner.

Leger må også få bedre kunnskap om utredning og behandling av personer med demens, og de må være mer bevisste i forhold til å benytte medikamentfrie behandlingsalternativer. Legene har ansvaret for medisineringen, men kan i liten grad følge opp pasienten. I praksis ser det ut til at det derfor er sykepleierne i sykehjemmene som har stor innflytelse på hva som velges av medisiner. Medisinerne som brukes, er ikke nødvendigvis feil i utgangspunktet, men feilen er at pasienten blir gående på de samme medisinene over tid. Bivirkningene er alvorlige, og de varierer. Noen av bivirkningene er forvirring, slapphet, de er søvnige, de har lett for å falle, og dette medfører også fare for brudd.

Det er behov for bedre kunnskap om alternative behandlingstiltak, som psykologiske og miljømessige tiltak. Kommunale, eventuelt interkommunale, team bør ha ansvaret for at denne kunnskapen tilflyter de som jobber i avdelingene, og som støtter og veileder gjennomføringen av en slik behandling. Vi trenger flere faste sykehjemsleger med spesialkompetanse som kan følge opp pasientene. Det er viktig med faglært personale, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivitører. Og personalet bør ha tilbud om gjennomføring av videreutdanning i forhold til demens. Dette må også inn i de ordinære læreplanene.

I dag jobber også mange med utenlandsk opprinnelse i sykehjemmene, men for å jobbe med eldre er språkkunnskap veldig viktig. Et skrekkelig eksempel jeg hørte for litt siden, var en utenlandsk lege som fikk lov å praktisere som pleier på et sykehjem for å lære seg norsk. Beboernes behov for å bli forstått var visst av underordnet betydning. Dette vitner om mangel på respekt for de eldre som trenger omsorg og pleie og noen å prate med.

På den ene siden er det viktig at vi får flere stillinger, og at det er en løpende kompetanseheving i sykehjemmene. Samtidig må det bli mer attraktivt å jobbe i sykehjem for leger og pleiepersonale. I dag svarer over 90 pst. av sykepleierstudentene at de ikke ønsker å jobbe med eldre eller i sykehjem, og man må spørre seg om hva som er årsaken til det. Jeg tror det er sentralt at det må foregå noe i sykehjemmene, f.eks. forskning og utviklingsarbeid. Hvis en ambisiøs sykepleier ønsker å gjøre mastergradsarbeid eller doktorgradsarbeid, bør det være like naturlig å legge til rette for dette i et sykehjem som det er i et sykehus. Fagområdet bør få større oppmerksomhet i grunnutdanningen og i videreutdanningen av leger. Spesialisthelsetjenesten når det gjelder alderspsykiatri og geriatri, må være regelmessig og forutsigbar til stede i sykehjemmene. Det vil ikke være nok å utdanne ti nye geriater årlig, slik Regjeringen legger opp til.

Til tross for at pasienter i sykehjem ofte har minst like alvorlige symptomer som pasienter i sykehus, er det problematisk å flytte dem på grunn av deres sårbarhet for miljøskifte. Da er løsningen at spesialisthelsetjenesten kommer til sykehjemmene.

Når det gjelder trivselstiltak, vil jeg vise til pleiehjem-

met Lotte, som komiteen hadde glede av å besøke for et par uker siden. Der var medisiner byttet ut med grunnleggende trivselstiltak, noe som også gjenspeilet beboernes livslengde og livskvalitet.

Det er enighet om at personer med og uten demens bør være i atskilte enheter. I dag er det dobbelt så mange med demens i vanlige sykehjemsavdelinger som det er i skjermede enheter. Sykehjemmene bør snarest tilrettelegges primært for personer med demens. Når 80 pst. har demens, er det altså de uten demens som er unntaket. Byggingen av skjermede enheter må derfor skje i tillegg til at antallet sykehjems plasser økes, slik at dekningsgraden blir minst 25 pst. for dem over 80 år.

Ved Smedstadhjemmet i Oslo har personalet jobbet aktivt med å få ned medisinbruken, og jeg kjenner også til flere andre tilfeller hvor sykehjemmene jobber aktivt med det. De har i løpet av ett år lyktes med å redusere det totale forbruket av alle slags medisiner med nesten en tredjedel. Dette skjer imidlertid svært sjelden ved norske sykehjem, ifølge undersøkelsen til Geir Selbæk.

Vi trenger en bred satsing de nærmeste årene. Mye av satsingen er nevnt i demensplanen, og den er veldig god. Men også på kort sikt må sykehjemmene nå foreta endringer. Det handler også om tradisjon og vaner som må brytes. Det er viktig at man gjør noen straktiltak og følger opp, slik at man får raske endringer. Med dagens finansiering og kommunenes frihet til selv å fastsette kvaliteten i sykehjemmene og hjemmetjenesten ser man at kommunene gjennomfører omfattende nedskjæringer i omsorgssektoren til tross for at det fra Regjeringen og Stortingets side anmodes om satsing på kvalitet og øking i antallet sykehjems plasser. Dette vil ofte ramme de svakeste og dem som ikke har mulighet for å ivareta sine rettigheter, og som ikke har ressurssterke pårørende.

Fremskrittspartiet mener at det er helt nødvendig å innføre en lovbestemt rett til sykehjems plass og minimum bemanningsnorm ved sykehjemmene. Men slik det ser ut, vil dette ha store økonomiske konsekvenser, og staten må altså ta det økonomiske ansvaret hvis man skal garantere en god kvalitet ved alle sykehjemmene.

Det er viktig at det satses målrettet i forhold til de behovene man ser de neste ti årene. Men det er ikke nok. Vi må allerede nå satse og gjøre noe med det man kan gjøre noe med, og alt handler ikke om penger. Mye handler, som sagt, om holdninger og å gi de eldre verdighet og den omsorg og pleie de trenger, slik at de slipper å gå på antidepressiver og heller får en god hverdag i sykehjemmet ved at de får en helt annen omsorg.

Jeg tar opp denne debatten, og håper at statsråden vil komme med noen innspill.

Solveig Horne hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [15:12:19]: Pasienter med langvarige og sammensatte behov, bl.a. mennesker med demens, skal ha gode og helhetlige tjenester. Her har vi fortsatt utfordringer. Derfor arbeider jeg med en ny helsereform, altså samhandlingsreformen. Samhandlings-

reformen vil legge vekt på å styrke de kommunale tjenestene og tiltak for å sikre bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging i kommunene.

Det er ingen tvil om at vi har en god helse- og omsorgstjeneste, der rundt 220 000 dyktige medarbeidere gjør en formidabel jobb hver eneste dag. Likevel er det mange pasienter som ikke får den hjelpen de trenger og har krav på. Det kan være syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer – som kols, kreft og demens. De opplever at hjelpeapparatet svikter i overgangen mellom sykehus og kommune, men også innen kommunen og innen spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene er taperne i dagens Helse-Norge. Samtidig er samhandlingsproblemet voksende, bl.a. fordi det blir flere syke eldre og flere som lever lenge med sin sykdom, bl.a. demens. I dag er tallet på mennesker med demens rundt 70 000. I 2040 vil antallet være om lag 135 000.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen vil vi foreslå økonomiske og juridiske grep for at samhandling skal skje på grunn av og ikke på tross av systemet. Målet er helhetlige pasientforløp for hver enkelt bruker og at innsatsen rettes mot forebygging, tidlig intervensjon og bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging i kommunene. Det betyr at kommunene må få en styrket rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det skal etableres nye behandlingstilbud i kommunene, som gir tilbud før, etter eller i stedet for sykehus, f.eks. observasjons- og etterbehandlingsposter.

Vi er allerede i gang med å bygge omsorgsplasser og korttidsplasser gjennom nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målet er å gi tilsagn til 12 000 omsorgsplasser innen 2015. Allerede for 2008 er det innvilget støtte til bygging av 1 000 enheter. I 2009 skal det gis tilsagn til bygging av 2 500 heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger. Dette vil bidra til et bedre botilbud for mennesker med demens

Omkring 80 pst. av dem som bor i sykehjem i dag, har en demenslidelse, men sykehjemmene er ikke bygd og tilrettelagt for dem. Vi har derfor sagt at alt som bygges med nytt investeringstilskudd, skal tilpasses denne brukergruppen. Da handler det i hovedsak om at «smått er godt». Små sykehjemsavdelinger og bokollektiv med dør ut i hagen er bedre enn gammeldagse sykehjem med store avdelinger og lange korridorer.

Samhandlingsreformen skal sikre styrking av det medisinske tilbudet i kommunene. Det er behov for flere fastleger i kommunene, og vi må styrke legetjenesten i sykehjemmene. Det vil bidra til at flere kan behandles i kommunene, sikre nærhet til hjem og lokalsamfunn og redusere unødvendige innleggelse i sykehus.

Gjennom tiltakene i Omsorgsplan 2015 er vi allerede i gang. Kommunene har fastsatt lokale normer for legedekningen i sykehjem. De har lagt planer for å øke legetjenesten med 40 pst. for å bedre det medisinske tilbudet til brukere i sykehjem. Gjennom demensplanen har vi satt i gang et eget program for å utvikle og prøve ut bedre modeller for utredning og diagnostisering av demens.

Vi har utarbeidet Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008–2012. Strategien skal ligge til

grunn for handlingsplaner i de regionale helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten har en viktig oppgave i å gi opplæring og veiledning om utredning og behandling av demens til personell i kommunehelsetjenesten. Ett eksempel er opplæring i bruk av diagnostisk verktøy. I strategien understrekes behovet for å etablere gode behandlingsforløp for eldre med mental svikt og demens. Legemiddelbruk hos eldre er et av områdene som skal gis særlig oppmerksomhet.

Samhandlingsreformen skal legge til rette for samarbeid om kompetansekrevene oppgaver. 160 000 av de 200 000 brukerne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene bor i eget hjem. Mange av disse har demens. Det er nødvendig å styrke kompetansen hos de ansatte i omsorgstjenesten som har ansvar for den daglige og ofte langvarige oppfølgingen av den enkelte bruker.

Regjeringen har iverksatt en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløftet 2015. Gjennom denne planen har vi styrket videreutdanningstilbudet innen demens og geriatri og utviklet et egen opplæringspakke for ansatte som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning. 3 200 ansatte i omsorgssektoren har nå fått opplæring om demens med midler fra denne planen.

God forebygging kan redusere omfanget av sykdom og bedre livskvaliteten for mange brukere. Tiltak og ressurser må i større grad settes inn til venstre på tidsaksen, altså forebygge og oppdage sykdom tidlig, slik at det blir mindre behov for ressurser i senere faser. Både gjennom omsorgsplanen og demensplanen har vi satt i gang tiltak for å styrke forebyggende aktiviteter. Et av tre mål i demensplanen er å øke dagaktivitetstilbudet. Dagtilbud gir mening og trivsel for den enkelte, avlastning for pårørende og kan bidra til å utsette eller hindre institusjonsopphold. I statsbudsjettet for 2009 har vi understreket at økningen i de frie inntektene skal gi rom for å starte oppbygging av dagtilbud i 2009, og vi ser at det skjer. Vi er også i gang med å utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak som supplement til andre behandlingstiltak.

Jeg vil også styrke forskningen på denne sektoren. Forskning gir kunnskap for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbudet for den enkelte og for samhandling mellom tjenesteyterne. De siste tre årene har vi økt forsknings- og utviklingsarbeidet rettet mot demens og styrket midlene til omsorgsforskning og demensforskning med til sammen 20 mill. kr. Jeg er i så henseende svært glad for studien til Geir Selbæk og andre forskningsbidrag på demensområdet.

Regjeringen tar demensutfordringen på alvor gjennom langsiktige planer for omsorgstjenesten og ved å gjøre store og nødvendige grep for å ruste opp de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Vigdis Giltun (FrP) [15:19:46]: Jeg vil takke statsråden for svaret, og for orienteringen om alle de gode tiltakene som er iverksatt. Det er veldig viktig. Mye av det er en oppfølging av demensplanen, og det er vel ingen tvil om at alle ønsker at denne gruppen skal få et mye bedre tilbud. Det som bekymrer meg, er at det går veldig sakte,

og at det er en veldig stor gruppe vi her snakker om. Men alle de tingene som statsråden nevnte, er veldig positive, og jeg ser fram til at vi fortsatt skal fokusere på dette.

Forskning er også veldig viktig. Jeg tror det kanskje aller viktigste vil bli at man kan finne en løsning på demensgåten, altså at man kan forhindre at folk utvikler demens. Da vil vi få en helt annen eldreomsorg og vil kunne bruke ressursene på en helt annen måte, og ikke minst gi alle dem som får det, et mye bedre liv.

Når det gjelder legedekningen i sykehjemmene, har Fremskrittspartiet påpekt på samme måte som Legeforeningen, at den planlagte økningen som Regjeringen har sett for seg, ikke vil være nok. Jeg skulle ønske at statsråden hadde vurdert også det litt nærmere, for statsråden har også som målsetting at flere pasienter skal tidligere fra sykehus til sykehjem. Da vil det kanskje bli ytterligere behov for leger. Heller ikke når det gjelder spesialister, utdanning av geriater og utdanning av spesialister innenfor alderspsykiatri, mener i hvert fall Fremskrittspartiet at behovet vil bli dekket med den målsettingen vi har i dag.

Det som kan gjøres på kort sikt, og som man ikke snakker så veldig mye om, er det vi så i Danmark ved pleiehjemmet Lotte. Med små grep ble de daglige rutinene endret for hvordan de behandlet beboerne – for det er jo beboer de først og fremst er. Man lot dem få styre sin egen hverdag og leve sitt liv på en så normal måte som mulig. Da ville man spare medisiner. Man ville ikke ha behov for antidepressive midler, og man vil ikke ha behov for sove- og smertestoffer i den grad man har andre steder. Sovestoffer ble faktisk trappert helt ned i løpet av tre måneder. Der har vi mye å hente, og det kan skje raskt. Holdningsendringer er kanskje ikke så lett, men dette kan skje raskt. Det er ikke noe som krever ekstra ressurser; det krever at man jobber på en annen måte, og at man tar disse beboerne på alvor.

Alle ville vært forferdelig deprimerte hvis de hadde havnet på en sykehjemsavdeling og ikke kunne bestemme når de skulle spise, ikke hva de skulle spise, ikke når de skulle stå opp, ikke når de kunne gå på toalettet eller kunne dusje, osv. Det er klart at det å endre rutinene ved sykehjemmene og la beboerne komme i fokus, vil kunne gjøre mye. Jeg håper at statsråden også tar det med, og ikke bare tenker på de andre tingene han har nevnt her.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [15:23:11]: Jeg har lyst til å starte med å si at jeg tror ikke man behøver å reise til Danmark for å finne eksempler på både god demensomsorg og god drift av sykehjem og heldøgns pleie- og omsorgsboliger. Det kan man også finne i Norge. Det er mange kommuner som har kommet veldig langt i å utvikle gode tilbud. Vi ser at når man får til små enheter og har godt faglig kvalifisert personale – tilstrekkelig personale og tilstrekkelig faglighet – får man også til gode tilbud i Norge – og det er bra. Det må vi bruke som motivasjon og inspirasjon til å jobbe videre.

Så jobbes det veldig systematisk etter en plan, der vi nå skal bygge flere enheter – iallfall 12 000 enheter fram til 2015 – og når vi er ferdig med 2009, har vi gitt tilsagn til de første 3 500. Det er viktig å si at det er med basis i søknader fra kommuner der planene er klare, og der ut-

gangspunktet nå er at med den situasjonen vi har i markedet, er det godt håp om at man kommer raskt i gang, etter hvert som det blir litt ledig kapasitet i byggemarkedet. 3 200 ansatte har fått opplæring – flere kommer. En rekke kommuner er i ferd med å etablere, vurdere og prøve ut ulike former for dagtilbud. Vi får pårørendeskoler etablert for virkelig å jobbe med de pårørende, ta vare på dem, gi dem kunnskap og gi dem innsikt i demenssykdommen. Ikke minst – det siste – skal vi også ha 12 000 flere ansatte i pleie- og omsorgssektoren fram til 2015. Det ligger oss tungt på hjertet, og vi jobber med statsbudsjettene – både det for i år, og det som vi skal lage for neste år. Så jeg mener at det er en helhetlig tenking i omsorgsplanen og i demensplanen. Det skjer mye bra, men det er fortsatt mye som gjenstår.

Når det gjelder koblingen opp mot samhandlingsreformen, har jeg fått en rapport fra Helsedirektoratet som er laget bl.a. i samarbeid med Legeforeningen, som slår fast at det er behov for 50 pst. flere fastleger enn vi har. Den økte fastlegeressursen skal brukes til bedre tid pr. pasient og til mer offentlig arbeid, f.eks. på sykehjem. Så behøver ikke det være noen lås for at man får egne sykehjemsleger. Det kan være mulig å finne modeller innenfor dette systemet som kan åpne for det, slik at det til de grader vil bidra til, tror jeg, at fagligheten i hele kommunehelse-tjenesten og pleie- og omsorgstjenesten vil styrkes i tiden som kommer.

Dag Ole Teigen (A) [15:26:34]: Demens er en av de store folkesykdommene som sammen med bl.a. kreft, kols, diabetes og psykiske lidelser vokser kraftig. Ifølge demensplanen vil antall personer med demens være dobbelt så stort om 30–35 år.

Når vi vet hvor mange det er som bor i sykehjem, og at 75–80 pst. av dem har demens i en eller annen form og grad, og når vi i tillegg teller med alle pårørende som er berørt, er det klart at dette angår veldig mange, og at det tilbudet som blir gitt, derfor engasjerer og opptar oss politikere, alle sammen. Derfor blir det også gjort et arbeid. Som en oppfølging av Omsorgsplan 2015 la Regjeringen fram en demensplan i 2007. Som Bjarne Håkon Hanssen var inne på, handlet også den nye helse reformen om å skaffe et bedre tilbud nettopp til denne type pasientgruppe – eldre med kronisk sykdom.

Det er etablert fire regionale sentre for omsorgsforskning, og statsråden nevnte også flere viktige tiltak. Slik jeg ser det, må fokus være at vi jobber aktivt i forhold til utforming av boenhetene og fellesarealene, aktivitetstilbudet og kompetansen ved hele sykehjemmet når vi vet at de som bor i sykehjem i gjennomsnitt er sykere enn før, og når demenssykdom fins i så mange forskjellige alvorlighetsgrader og sykdomsfaser.

Vi må ha et bredt fokus, og det mener jeg også at helse- og omsorgsministeren hadde i sitt innlegg. Da den daværende statsråden, Sylvia Brustad, presenterte planen, la hun vekt på tre hovedtema, og jeg vil si litt om dem.

For det første, og det var også statsråden inne på, skal sykehjem bli bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. Det blir stilt krav for å få ta del i det investerings-

tilskuddet til sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er vedtatt. Det handler om små avdelinger, utgang til hagen, færre lange, fremmede korridorer, osv.

For det andre handler det om dagaktivitetstilbud og samhandling. Mange med demens bor hjemme, og det viser tydelig hvor stor forskjell det er på dem som er litt syke, og dem som er veldig syke. Men da må også langt flere av dem få dagtilbud, stimulering og tiltak som kan holde sykdommen i sjakk så lenge som mulig. Og den satsingen som skjer på årsverk i eldreomsorgen i kommunene – 10 000 årsverk – skal også bidra til langt flere dagaktivitetstilbud.

For det tredje trakk Sylvia Brustad fram dette med kunnskap og kompetanse, pårørendeskoler osv. Demens – det å glemme fortid, det å føle at en gjerne glir litt gradvis fra hverandre – er for mange, både den det gjelder, og dem som står rundt, en skremmende diagnose. Det er det lett å forstå. Men det kan gjøres veldig mye for å skape god livskvalitet, for å skape innhold i hverdagen og for å skape mange gode stunder i mange gode år. Ifølge Sylvia Brustad var det nettopp derfor demensplanen fikk navnet «Den gode dagen».

Så det blir gjort mye bra, og mye av det ble nevnt i statsrådets innlegg. Men det er klart, som det også ble lagt vekt på, at det å skape et godt tilbud for demente ikke er noe som vi bare kan vedta, og så blir det sånn. Det er noe som det må jobbes med hele tiden, hver eneste dag. En del av kjernen i samhandlingsreformen er derfor nettopp å skape et system som bedre legger til rette for at det kan jobbes med kontinuerlig.

Til slutt, som også Bjarne Håkon Hanssen var inne på: En av de viktigste fordelene med å legge fram en helhetlig plan er at man legger til rette for et systematisk arbeid over lang tid og har et godt og helhetlig fokus på det.

Inge Lønning (H) [15:31:33]: Statsråden nevnte i sitt svar tallenes tale, og den er overtydelig. Den bekrefter at vi her står overfor en av de aller største utfordringene når det gjelder å utvikle våre helsetjenester på en riktig måte.

Demens er ikke en akutt sykdom. Det er pr. i dag ikke en sykdom som lar seg helbrede. Det er en tilstand som utvikles over tid – og undertiden utvikles langsomt over tid.

I omsorgsmeldingen som vi behandlet ved begynnelsen av denne stortingsperioden, ble det sagt at minst halvparten av alle personer med en demenssykdom i en eller annen fase bor i eget hjem. Det betyr i praksis at de er helt avhengige av nære pårørendes omsorg. I de fleste tilfeller vil den eller de nære pårørende være i noenlunde samme alder som pasienten. Det forhold at vi i dag praktisk talt ikke har noen avlastningstilbud for pårørende, innebærer at vi antagelig får et større antall pleietrengende enn det vi hadde behovd å få, og på et tidligere tidspunkt, simpelthen fordi man får to pleietrengende pasienter istedenfor en. Derfor er jeg helt enig i det som har vært påpekt av foregående talere, at det er viktig å sette inn fleksible tiltak på avlastningssiden. Det er også av hensyn til de demente som bor hjemme, viktig å utvikle meningsfulle aktivitetstilbud på dagtid. En kartlegging fra 2007 viste at

det bare var 6,5 pst. av hjemmeboende med demens som den gang mottok et slikt tilbud.

Jeg er enig med statsråden i at Geir Selbæks studie, som interpellanten viste til, i likhet med alle forskningsbidrag er å ta imot med takk. Men forskning har jo det ved seg at den svært ofte avdekker meget ubehagelige kjensgjerninger. Det er jo det som er forskningens oppgave. Denne studien avdekker en del forhold som er ganske skremmende, både når det gjelder fravær av adekvat diagnostisering av demenstilstander, og når det gjelder feilaktig bruk av medikamenter, som i svært mange tilfeller mer brukes for å ivareta en belastet arbeidssituasjon for de ansatte enn av hensyn til pasienten. Når man vet at norske sykehjemspasienter i snitt har seks–syv somatiske diagnoser i tillegg til en eventuell demensdiagnose, sier det seg selv at det å holde styr på medikamentbruken, er en av de mest krevende medisinske, legefaglige utfordringer som finnes. Derfor er etter mitt skjønn et særdeles viktig punkt å ta tak i det å styrke legedekningen i sykehjem. Det er ubegripelig at vi har organisert oss slik at det i sykehussektoren er én lege for annenhver pasient og i sykehjem i snitt er én lege pr. 180 pasienter. Jeg skal ikke si at det burde ha vært omvendt, for det ville være å drive det vel langt. Men det er en ganske meningsløs bruk av legekompentanse.

La meg også føye til at det ikke er et svar på dette å innføre obligatorisk turnustjeneste for unge kandidater i sykehjem, for det kan meget fort gjøre vondt verre. Dels kan det føre til at unge leger vaksineres på livstid mot å ønske å arbeide i sykehjem, og dels kan det føre til at man utsetter den vanskeligste pasientgruppen for de legene som har minst erfaring. Så lenge det ikke er tilgjengelig veiledningskompetanse å falle tilbake på, tror jeg dette er en farlig vei å gå. Derfor vil jeg gjerne utfordre statsråden til i sitt sluttinnlegg å si hva han har tenkt å gjøre med det forslaget Høyre har fremmet flere ganger (presidenten klubber), nemlig å lage en tilskuddsordning som i det minste (presidenten klubber) utjevner lønnsforskjellen for leger mellom det å jobbe i sykehus og det å jobbe i sykehjem.

Presidenten: Presidenten vil minne om at når den røde lampen slukner, er taletiden over.

Laila Dāvøy (KrF) [15:37:22]: Det er flott at representanten Vigdis Giltun setter demenssykdom på den politiske dagsordenen og gir oss mulighet til å belyse situasjonen for de mange som blir rammet. Det er anslått at ca. 70 000 nordmenn har denne sykdommen, og med de nærmeste pårørende er minst 250 000 mennesker direkte berørt.

Demens er en folkesykdom som angår hele samfunnet og må ikke lenger være en privatsak, preget av fortielse, skam, uvitenhet, skyld og tabubelagte forestillinger, som mange har følt at det har vært.

Kunnskapen om demens både i og utenfor helse- og omsorgstjenestene er økende, men fortsatt rapporterer pårørende om personer med demens på flyttefot både mellom forskjellige rom i avdelingen og mellom avdelinger for å løse problemet med mangel på plasser i institusjonen.

Slike ting skaper utrygghet, angst og uro hos demenssyke med språkproblemer og orienteringsvansker.

Kristelig Folkeparti er veldig glad for at Regjeringen har lagt fram Demensplan 2015 «Den gode dagen». Det er helt nødvendig å få til kompetanseheving, dagaktivitetstilbud og bedre tilpassede botilbud så raskt som mulig. Utfordringen er at Demensplan 2015 må bli mer enn pene ord på papiret, den må gjennomføres rundt om i kommunene, der mennesker med demens bor, og der de også får sine helse- og omsorgstjenester.

Jeg var veldig glad for statsrådets svar i dag. Jeg synes han påpekte svært mange gode tiltak som er i gang, og som vil komme.

Likevel, ved besøk rundt om i kommunene får jeg inntrykk av at svært mange fortsatt ikke har laget en egen plan om demens i sine omsorgsplaner, og at dette dermed heller ikke er tatt med i kommuneplanen for denne perioden, slik Demensplan 2015 forutsetter. Men jeg er også kjent med at noen kommuner allerede ved forrige rullering av omsorgsplanen la inn et eget kapittel om demensomsorg, og at de er godt i gang med å utvikle gode tilbud. Også når det gjelder samarbeid med frivillige organisasjoner om pårørendeskoler og samtalegrupper i lokale demensforeninger gjennom Nasjonalforeningen for folkehelsen, er det mye på gang.

Det er slik at det ofte er de pårørende som observerer de første symptomene og blir konfrontert med den enkeltes angst og usikkerhet. Derfor er det viktig å få utredning og diagnose så raskt som mulig – ikke minst for å sikre at personer med demens blir møtt med respekt og verdighet til tross for hukommelsessvikt og endret atferd. Som også representanten Lønning var inne på, utvikles demenssykdommen over tid, og derfor må tjenestetilbudet til enhver tid tilrettelegges ut fra den enkeltes funksjonsnivå og tjenestebehov.

Nærmere halvparten av alle personer med demens bor i eget hjem, men bare 6 pst. – 6 pst. bare – har tilbud om nødvendige og tilrettelagte dagaktiviteter. Dette er viktig for hjemmeboende personer med demens. For dem som bor alene, er det viktig å sikre tilfredsstillende ernæring og aktiviteter de enkelte føler de mestrer. For dem som bor sammen med andre familiemedlemmer, er det i tillegg viktig med avlastning og litt tid til egen disposisjon for omsorgspersonen. Det kan de få gjennom at den demente får dagaktivitetstilbud.

Når det er kjent at ca. 80 pst. av alle som bor i sykehjem, har en demenslidelse, burde det vært lagt opp til at hele gruppen fikk bo i avdelinger med seks–åtte pasienter, spesielt tilrettelagt for deres behov. Resten – 20 pst. – burde vært ved avdelinger tilrettelagt og tilpasset pasienter med andre behov. Derfor er det viktig at vi også har midler tilknyttet planer for ombygging av sykehjem til flere demensplasser.

Respekt for de demente, deres opplevelser og følelser krever både kompetanse og nok ressurser til et tverrfaglig miljøarbeid for å unngå overforbruk av beroligende midler – for å gi «Den gode dagen» til de demente, som vi alle er så opptatt av.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [15:42:41]: I forbindelse med at Sylvia Brustad la fram Demensplan 2015 brukte hun et sitat fra Sturla Stålsett. Han har sagt at demensomsorg handler ikke bare

«om den som er syk og de nærmeste pårørende. På en måte handler demensomsorgen om oss alle. Om hva slags samfunn vi vil ha. Og hvordan vi ser på menneskeverdet».

Jeg synes det er veldig godt sagt. Og hvordan vi pleier våre eldre, handler veldig mye om hva slags samfunn vi ønsker å ha.

Det er noen refleksjoner jeg lyst til å ta også etter å ha sittet og hørt på debatten. Jeg tror at jo eldre man blir, og når man også blir dement, blir de nære og trygge forhold viktigere og viktigere. Det som gikk igjen i talen til Brustad i sin tid, og som også gikk igjen statsrådets innlegg her i dag, er at «smått er godt». Senterpartiet blir beskyldt for at vi sier det i veldig mange sammenhenger, men spesielt når det gjelder demensomsorg og forholdet til eldre, er jeg sikker på at det er helt riktig å ha små og gode forhold rundt den enkelte. Det gjelder om det er i storbyen Oslo eller på tettstedet Ilseng.

Jeg har selv vært så heldig å ha to besteforeldre. Begge har fått demens, og jeg har sett hvor mye gode tilbud som også gis. For noe av problemet synes jeg, når vi hører debatten, er at vi får inntrykk av at alle får et dårlig tilbud. Men det skjer veldig mye godt i norsk demensomsorg. Allikevel er dette en av de største utfordringene som vi har nasjonalt sett. Og det er også mye som ikke er bra.

Når vi ser på tallene, blir dette en kjempetfordring i årene som kommer. I 2040 vil tallet på mennesker med demens kunne være 135 000 – dobbelt så mange som i dag. Flere har vært inne på det. Så det er et stort løft vi må få til for å klare å få et godt og trygt tilbud over hele landet.

Flere av talerne har vært innom dette med dagaktivitetstilbud og avlastningsplasser. Jeg tror det er noe av det aller viktigste, for det går veldig lang tid fra de første tegnene kommer og du begynner å glemme de første ordene, de første navnene, til du er direkte pleietrengende. Da å ha gode dagaktivitetstilbud, ha avlastningsplasser over en liten tid, sånn at familien kan få et lite pusterom, ta seg en liten ferietur, få igjen energien, tror jeg er helt avgjørende. Igjen er det de små, praktiske løsningene i hverdagen. Det tar lang tid fra man begynner å få problemer, til man er fullt ut pleietrengende.

Jeg tror også vi må se på de ordningene som er rundt den enkelte familie og de pårørende når det gjelder permisjon, lønns- og pensjonsopptjening og ikke minst praktisk og økonomisk hjelp til å tilpasse boligen i de tilfellene det er mulig og ønskelig å fortsette å bo i eget hjem.

Så er det et tema til som har vært mye oppe i dag, og det er kunnskap. Det er viktig at alle som har behov for mer kunnskap om demens, kan få delta på kurs på et eller annet vis, få utvekslet erfaringer med andre. For jeg tror noe av det vanskeligste for en ektefelle eller nærmeste familie er å være usikker på hvordan man skal takle at den man er så glad i, mer eller mindre går over i en demens tilværelse.

I forbindelse med Demensplan 2015 og Omsorgsplan 2015 har det vært sagt at i hver kommuneproposisjon skal

det foreligge en rapport om arbeidet og oppfyllelsen av det. Det viktigste vi her i Stortinget gjør, er nettopp å styrke kommunenes handlingsrom, slik at vi får nok folk til å gjøre en god jobb. For dette handler om at hver enkelt kommune får ha sine tilpasninger. Det er ikke sikkert at det er vi som sitter her i stortingssalen, som ser hva som er den beste løsningen overalt, men jeg tror at den opptrappingen vi har sett i denne perioden når det gjelder kommuneøkonomien og antall mennesker, er en veldig viktig start. Men vi må fortsette.

Gunvald Ludvigsen (V) [15:47:03]: Demente pasienter i norske sjukeheimar har alvorlege psykiske problem. Det har vi fått dokumentert mange gonger. Dei manglar diagnosar og riktig behandling. Demensomsorg har til dels dreidd seg om rein oppbevaring av menneske. Eg trur vi må vere så pass ærlege, sjølv om det har vore forbetringar etter kvart. Og det blir brukt mykje medisin – det handlar om å halde dei demente rolege meir enn at det hjelper den enkelte.

Eg må òg nemne desse tala. Alle treng å hugse tala. Som vi har hørt mange gonger i dag, har 80 pst. av sjukeheimsbebuarane demens, men det er berre 20 pst. av dei demente som får plass på skjerma einingar. Det ser òg ut som om det er litt tilfeldig kven som hamnar på dei skjerma einingane. Denne studien viser at demente er ei stor gruppe som er oversett, og som får altfor dårleg oppfølging. Dette må bekymre oss alle saman. Vi veit at det store talet på eldre som kjem til å trengje meir pleie i framtida – det er ikkje så langt fram heller, det er berre i dei nærmaste åra – kjem til å ha demens. Då er det viktig at vi har tilrettelagde opplegg også for dei personane som har lettare demens, og som bur heime. For det er også slik at det er mange som bur heime som har demens. Det krev i tillegg at ein må ha andre tilbod: Ein må ha omsorgslønn for pårørande, ein må ha tilrettelagde dagtilbod, avlastning og moglegheiter for å få assistent. Også her kjem dette ordet «samhandling» inn. Her er mange aktørar, og vi må få til ei betre samhandling mellom dei forskjellige nivåa, dei forskjellige aktørane.

I tillegg må vi naturlegvis ha større merksemd og betre forskingsgrunnlag rundt demens og psykiske lidingar blant eldre. Eg trur òg at vi må få meir utdanning for fleire yrkesgrupper innanfor demensområdet. Det gjeld sjukepleiarar, hjelpepleiarar og også andre. Andre har vore inne på at legetilbodet ved norske sjukeheimar ikkje er godt nok. Det har vi vel konstatert så mange gonger at eg berre skal seie at eg er heilt einig i det. Dei sjukaste av dei sjuke i samfunnet vårt blir avspiste med mindre enn ti minutt pr. veke. Det er i alle fall ingenting å vere stolt av.

Elles lite grann til interpellanten. Det er veldig bra at interpellanten tek opp denne diskusjonen, men korleis skal vi få betre løysingar? Eg vil nytte høvet til å seie at vi i Venstre meiner at denne gruppa eldre – altså dei demente – i alle fall vil ha store problem med å nyttiggjere seg Framstegspartiets løysingar på dette området. Rettighetsdiskusjonar er fint for dei som er i stand til å klage, men det er ofte ikkje sjuke, pleietrengande og i alle fall ikkje demente eldre.

Eg kunne ha sagt det same om stykkprisfinansierings-

systemet, som Framstegspartiet også ønskjer. Det vil heller ikkje hjelpe dei som har samansette diagnosar, og vi får ikkje fleire sjukepleiarar og hjelpepleiarar eller legar ved å krangle om kven som skal drive ein sjukeheim. Venstre meiner at organisering av eldreomsorga er lokalpolitikarane sitt ansvar så vel som at dei har ansvar for å ha eit godt tilbod til sine eldre. Det er lokalpolitikarane som har ansvar for at sjukeheimsbebuarane skal få dusje, få god nok mat og ha eit godt aktivitetstilbod, og at dei som treng det, får skjerma omsorg.

Statsråden var i innlegget sitt inne på dette med samhandlingsreforma. Vi i Venstre er veldig einige i intensjonen i det. Det trur eg at eg har sagt før, men eg skal gjenta det. Vi er som sagt heilt einige i at kommunane skal få ei sterkare stilling, for det betyr meir reelt lokaldemokrati. Men vi i Venstre trur òg at større kommunalt ansvar for helsetenestene, ikkje minst, krev sterkare og større kommunar. Eg trur at statsråden og Arbeidarpartiet er einige med Venstre i at det er ein samanheng her. Men så veit vi jo alle at Senterpartiet sit i regjering, så eg må heilt til slutt få lov til å utfordre statsråden: Kan samhandlingsreforma gjennomførast utan endra kommunestruktur?

Vigdis Giltun (FrP) [15:52:32]: Jeg vil takke for veldig mange gode innlegg i denne debatten, innlegg som gikk langt utover det jeg egentlig tenkte å debattere. Det er jo viktig å ha med helheten i demensomsorgen, både det som skjer hjemme, og det som skjer på sykehjemmene, men jeg hadde ikke tenkt å strekke det så langt som til kommunesammenslåinger og den slags.

Men det jeg skulle ønske at man ville se litt nærmere på, er behovet for sykehjemsplasser og behovet for tilrettelagte plasser. Det er 24 000 demente beboere på sykehjem i dag som ikke har en tilrettelagt plass. Da hjelper ikke det ombygningstilskuddet som er lagt til grunn for at det skal bli bedre. I tillegg mangler vi veldig mange sykehjemsplasser, og det er en realitet at fram til i fjor var det en reell nedgang i dekningsgraden når det gjelder sykehjemsplasser for dem over 80 år. Så man har veldig mye å ta igjen, og man må være realistisk hvis man mener at alle skal kunne få det bra.

Så er det dette med medisineren. Feilmedisineren er ganske alvorlig, for det fører til at de som er demente, blir mye sykere, og at de også utsetter seg for skader. Det er noe man bør se på raskt. Nå kan man ikke ta fra disse pasientene medisiner uten at det tilføres noe annet som erstatning, og der er det disse miljøtiltakene kommer inn. Det bør man fokusere mye mer på. Det bør også legene fokusere mer på, at det finnes andre løsninger, og ikke minst sykepleierne, som i stor grad står for å anbefale medisiner eller fortsette med det.

Jeg synes det er veldig alvorlig det som kom fram i rapporten. Som Lønning sa, er det ofte slik med forskningsrapporter at det kommer fram ubehagelige ting – ting som viser store svakheter. Jeg synes det er vår oppgave å ta dette litt videre. For selv om sykehjemmene er kommunenes ansvar, og selv om veldig mye av helsetjenestene er kommunenes ansvar, er det et ansvar som Stortinget har delegert. Vi har fremdeles hovedansvaret, og vi kan

ikke frasi oss det fordi om det er delegert til andre å utøve det. Når vi ser at det er stor svikt og ting som må gjøres annerledes, må man kanskje gå hardere inn enn det man har gjort til nå med å få til endringer, og endringer må skje raskere. Jeg var selv med på å planlegge byggingen av en demensavdeling i 1995, og siden det synes jeg det har skjedd veldig lite. Da skulle det være en liten avdeling på et og annet sykehjem, og så var det greit. Det går altfor sakte, og det går ut over de aller, aller sykeste, de som ikke kan ivareta sine egne rettigheter. De vet ikke hva slags medisiner de skal ha, de kan ikke si fra, de kan ikke finne fram på Internett, slik som vi andre kan gjøre, og lese at de kanskje skulle ha hatt noe annet. De er helt overlatt til legen og sykehjemsbemanningen både når det gjelder behandlingen av sykdommene sine, og når det gjelder hvordan de skal ha det i hverdagen. Der håper jeg at vi kan gi noe sterkere signaler så det skjer noe raskere, slik at denne alvorlig syke gruppen får det mye bedre enn den har det i dag.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [15:55:46]: Jeg vil også starte med å takke for en interessant debatt. Jeg er veldig enig med representanten Lønning når han sier at dette er det viktig at vi nå debatterer, fordi de utfordringene vi står overfor i årene som kommer, er formidable. Jeg må innrømme at er det noe som virkelig bekymrer meg, er det at det ikke, tror jeg, har sunket inn over det offentlige Norge hva vi står overfor av utfordringer. Jeg snakket i hovedinnlegget mitt om at det i løpet av noen år blir titusener flere demente, og det er i en periode der arbeidsstyrken går ned. Og det er ikke bare demente det blir flere av, også den generelle utfordringen i pleie- og omsorgssektoren blir større, og den skal møtes av en situasjon der vi fortsatt er langt unna kontroll på utviklingen av livsstilsrelaterte sykdommer. Så det er noen enorme utfordringer vi står overfor, og da er det selvfølgelig

viktig at landets nasjonalforsamling har debatter av denne karakter.

Så er det viktig at vi gleder oss over at ting også går i riktig retning, som jeg prøvde å si noe om i hovedinnlegget mitt. Bare en ekstra opplysning i så måte, med forbehold om at jeg nå har fått med meg alt rett: Det ble i dag lagt fram nye tall fra KOSTRA, opptellingssystemet i kommunesektoren, som sier at det i 2008 ble 1 500 flere årsverk i pleie- og omsorgssektoren i Norge. Jeg sier «pleie- og omsorgssektoren» – det betyr at noen av de ansatte ikke jobber i eldreomsorgen, men allikevel, det er klart at mange av dem jobber der, og det er en veldig positiv utvikling, klart flere ansatte. Og kanskje like viktig, av de 1 500 var det 1 300 med fagutdanning. Det bidrar til å styrke fagligheten i tjenesten.

Det siste jeg bare kort skal kommentere, er spørsmålet om legedekning. Min innfallsvinkel til det er at jeg tar til etterretning at Helsedirektoratet, Legeforeningen m.fl. har sagt at det er behov for 50 pst. flere fastleger. De skal brukes slik at de skal ha bedre tid pr. pasient, men de skal også kunne tilvises mer offentlig allmenntilleggearbeid. Jeg mener at andelen av fastlegens arbeidstid i forhold til den type arbeid bør økes fra dagens 20 pst., sannsynligvis opp mot 40 pst. Så hvis vi får over 2 000 flere fastleger, og dobbelt så mye tid til offentlig allmenntilleggearbeid, er det et godt fundament for også å styrke legetjenesten i sykehjemmene. Men det kan gjøres på mange måter. Dette sier bare noe om omfanget av ressursen. Så kan det godt være at egne sykehjemsleger bør tilpasses en slik modell, men det vil altså ha betydning hvor stor den samlede legeressursen i kommunehelsetjenesten er.

Presidenten: Sak nr. 9 er dermed avsluttet.

Møtet avbrytes nå. Nytt møte settes kl. 18 for å fortsette behandlingen av sakene på dagens kart.

Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 16.

Møte mandag den 16. mars 2009 kl. 18

President: Carl I. Hagen

Dagsorden:

Sakene på dagens kart (nr. 61)

Sak nr. 10 [18:00:33]

Interpellasjon fra representanten Sonja Irene Sjøli til helse- og omsorgsministeren:

«Ideelle og privat eide sykehus, blant annet Feiringklinikken, har et nasjonalt oppdrag for å tilby pasientbehandling. Feiringklinikken har et helhetlig tilbud innen utredning, behandling og rehabilitering av voksne hjertesyrke, de er en del av ordningen med fritt sykehusvalg, er ISO-sertifisert og er av Kunnskapscenteret kåret som «Best i test» i 2007. De siste årene har behandlingsavtalene med Helse Sør-Øst (HSØ) og de andre regionale helseforetakene blitt redusert, blant annet fordi tilbudet i det offentlige er blitt bygget opp. Dette har ført til alvorlige driftsmessige konsekvenser for Feiringklinikken, og klinikken kan trues av nedleggelse.

Hva mener statsråden om situasjonen for de ideelle og private sykehusene generelt og Feiringklinikken spesielt, og hvilken plass mener han Feiringklinikken skal ha innenfor det offentlige helsevesen i framtida?»

Sonja Irene Sjøli (H) [18:01:57]: Det overordnede målet for helsepolitikken må være å sikre at pasientene får et best mulig helsetilbud innenfor de ressursene vi har stilt til rådighet for helsetjenesten. Dette kan framstå som en selvfølgelighet, men denne interpellasjonen vil illustrere at det ikke alltid er hensynet til pasientene som styrer utviklingen av helsetilbudet.

Høyre mener at nødvendige helsetjenester skal være offentlig finansiert. Bare slik kan alle få helsehjelp uavhengig av den enkeltes økonomiske situasjon. Vi mener imidlertid at private aktører gjerne kan utføre helsetjenestene, dersom dette gir bedre kvalitet og god ressursbruk. For pasientene spiller det liten rolle om sykehuset eller klinikken som utfører behandlingen, eies av staten eller andre, så lenge de får rask og god behandling betalt av det offentlige.

Høyre mener det er positivt med et mangfold av aktører som tilbyr helsetjenester, både offentlige og private. Dette gir flere valgmuligheter for pasientene. De private representerer et nyttig og viktig korrektiv og kan bidra til at offentlige sykehus blir bedre.

Feiringklinikken ble etablert for å bidra til å redusere de lange køene av hjertesyrke som trengte behandling. Feiringklinikken er et privat, ideelt sykehus som eies av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Da sykehuset ble etablert i 1989, ble norske pasienter sendt til Skottland og England for å få nødvendige operasjoner. Investeringen til bygging av senteret er i sin helhet bekostet av pasient-

foreningen. Klinikken har imidlertid behandlet pasienter på oppdrag fra den offentlige helsetjenesten, og dermed bidratt til raskere og bedre behandling av pasientene. Klinikken har til nå operert 17 500 pasienter, og tilbyr i tillegg angiografisk utredning og utblokkning.

Feiringklinikken har også et unikt tilbud om hjerterehabilitering som gir pasientene en bedre mulighet for å mestre hverdag og jobb etter endt behandling. Klinikken finansierer selv forskning og undervisning, uten offentlig støtte.

Ifølge det offentliges egen kilde for kvalitetsvurdering, Fritt Sykehusvalg Norge, har Feiringklinikken høyere kvalitet enn de andre tilbudene innen hjerteutredning og behandling. De har færre infeksjoner og strykninger av planlagte operasjoner, og ingen korridorpasienter. Pasientene er mer fornøyd med tilbudet ved Feiringklinikken enn ved noe annet sykehus med tilsvarende behandlingstilbud.

«Pasienten må bli sjefen,» uttalte statsråden i VG 9. juli i fjor. Det er Høyre helt enig i. Vi mener at det er hensynet til pasientene og kvaliteten på behandlingen som skal styre utviklingen av helsetjenesten. Men i mange tilfeller er dette langt fra virkeligheten. Det er faktisk hensynet til å verne det offentlige tilbudet som er avgjørende for utformingen av helsetilbudet på flere områder.

I Høyres regjeringstid ble helsekøene betydelig redusert gjennom samarbeidet med de private aktørene. Vi mener at alle gode krefter må tas i bruk for å sikre raskere og bedre behandling for pasientene.

Feiringklinikken er som nevnt ikke et kommersielt sykehus, men rammes likevel av en politikk der det overordnede hensynet er å verne det offentlige tilbudet.

Til tross for den høye kvaliteten ved Feiringklinikken er det en uttalt målsetting fra de regionale helseforetakene å redusere klinikkens virksomhet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen, uttaler i en orientering til styret 8. mars 2007:

«Fra 2005 til 2006 var det en liten nedgang av pasienter fra Helseregion Øst på Feiring. Denne utvikling ønsker man fortsetter i 2007.»

I et styrenotat til budsjettbehandlingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge i september 2008 heter det:

«Pasientlekkasjen er størst for hjertebehandling på Feiringklinikken (...), Helse Nord RHF arbeider med å inngå ny avtale med Feiringklinikken for å redusere antall behandlinger og kostnadene per behandling (...).»

Det finnes flere eksempler på slike uttalelser.

En pasient tok nylig kontakt med oss, og jeg vet også med statsråden, fordi han opplevde å bli nektet muligheten for å velge tilbudet ved Feiring framfor tilbudet ved Rikshospitalet. De pasientrettighetene Stortinget har vedtatt, blir effektivt satt til side av sykehus som ønsker å beskytte seg mot konkurranse fra andre. Dette dokumenteres også av rapporter fra Helsedirektoratet og Helsetilsynet.

Den faglige utviklingen innen hjertebehandling har ført til færre kirurgiske operasjoner og økt bruk av mindre inn-gripende behandlingsformer. Dette er positivt for pasientene. Som følge av dette er det også nødvendig å omstille tilbudet om hjertebehandling. Samtidig pågår det nødven-

dig omstilling av alle funksjoner i hovedstadsområdet for å samle fagmiljø og sikre bedre utnyttelse av ressursene på tvers av institusjoner.

Spørsmålet blir imidlertid hvordan denne omstillingen skal gjennomføres, og hvilke tilbud som skal reduseres. Så langt er virksomheten ved Feiringklinikken redusert mer enn den totale nedgangen i Helse Sør-Øst. Dette skjer til tross for at tilbudet, som nevnt, har beste kvalitet og anses som det beste av pasienten selv.

Selv om det er behov for justeringer i den totale kapasiteten innenfor hjertekirurgi, er det fortsatt slik at det er ventetid, korridorpasienter og utsettelse av planlagte operasjoner ved de offentlige sykehusene. I lys av dette må det være rom for private tilbud som tilbyr kvalitativt gode tjenester.

Jeg vil utfordre statsråden til å svare på om han stiller seg bak de vurderingene som de regionale helseforetakene har gjort, nemlig at Feiringklinikken skal være salderingsposten i det omstillingsarbeidet som nå pågår i de regionale helseforetakene.

Slik situasjonen nå er for Feiringklinikken, står tilbudet i fare for å måtte legges ned, fordi sykehuset har for få pasienter til å opprettholde et forsvarlig og nødvendig driftsnivå. En nedleggelse av Feiringklinikken vil stå som et symbol på en feilslått helsepolitikk der de beste tilbudene avvikes som et ledd i offentlig imperiebygging.

Stortingskandidat Are Helseth fra Arbeiderpartiet i Akershus hadde et innlegg i Romerikes Blad 11. mars om Feiringklinikken, hvor han påpekte:

«Hvis vårt system hindrer drift av et ideelt og pasienteiet sykehus som er best på kvalitet, må vi utøve politisk systemkritikk og endre kursen. Vanskeligere er det ikke.»

Dette er jeg helt enig i. Jeg kunne ikke sagt det bedre selv.

Vi må nå gjøre alt som står i vår makt for å hindre at dette skjer. Statssekretær Sundsbø har uttalt i lokalpressen at Feiringklinikken skal bestå. Det sentrale spørsmålet er imidlertid hva Regjeringen har tenkt å gjøre for å innfri dette løftet, i en tid da tilbudet er truet. Jeg vil be statsråden om å komme med forslag til hvordan Feiringklinikken kan sikres en plass som et nasjonalt tilbud til hjertepasienter i landet også i framtiden.

Dagens finansieringssystem favoriserer offentlige virksomheter gjennom 60 pst. basisfinansiering. Høyre mener at vi må bruke finansieringsmodeller som sikrer en mer likeverdig finansiering av offentlige og private tilbud, slik at det kvalitativt beste og mest kostnadseffektive tilbudet foretrekkes.

Når det gjelder behandling av både hjertelidelser og andre helseproblemer, er det en utfordring at DRG-systemet gir incentiv for bestemte behandlingsformer. Behandling av hjertelidelser ved kirurgi gir langt bedre økonomisk uttelling for virksomhetene enn andre behandlingsformer. Dette er nok også bakgrunnen for at Hjerteresenteret under Oslo Universitetssykehus bare ønsker ferdigutredede pasienter som skal ha kirurgisk behandling.

Hvilke forbedringer mener statsråden kan gjøres i fi-

ansieringssystemet, slik at dette tilpasses faglig utvikling og hensiktsmessig behandling?

Det hevdes at de offentlige sykehusene driver mer omfattende virksomhet i form av akuttberedskap, forskning og undervisning. Men private virksomheter kan drive fullskala sykehus, slik som Diakonhjemmet og Lovisenberg Sykehus gjør i dag. Feiringklinikken vil gjerne bidra med mer forskning og undervisning dersom de får anledning til dette.

Situasjonen ved Feiringklinikken illustrerer et generelt problem, nemlig de regionale helseforetakenes dobbeltrolle som eier av egne helseforetak og bestiller av helsetjenester. Dette forhindrer en uavhengig vurdering av hvilke tilbud som er best for pasientene.

Systemet forhindrer en likeverdig konkurranse mellom offentlige og private virksomheter ut fra objektive vurderinger av kvalitet og kostnadseffektivitet. Dette fører til dårligere tilbud til pasientene og dårlig ressursutnyttelse i helsetjenesten på lang sikt. Med de utfordringene helsetjenesten står overfor både i forhold til prioriteringer og økonomisk balanse, er det avgjørende at kostnadseffektive løsninger foretrekkes.

Jeg ser fram til statsrådens svar, og spesielt til hvilken plass han mener Feiringklinikken skal ha innenfor det offentlige helsevesen i framtiden.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [18:12:14]: Som kjent får de regionale helseforetakene tilnærmet alle sine inntekter gjennom statlige bevilgninger. Dette skal sette de regionale helseforetakene i stand til å ta et samlet ansvar for å tilby befolkningen i sin helseregion spesialisthelsetjenester. Dette omtales som sørge for-ansvaret for befolkningen og følger av spesialisthelsetjenesteloven. Oppfølgingen av sørge for-ansvaret skal skje i helseforetaksgruppen eller gjennom avtaleinngåelse med andre aktører. I dette valget må det legges vekt på hvilke løsninger som gir best mulig helsetjenester for de tildelte midlene basert på behovene i helseregionen. De regionale helseforetakene må på en god måte håndtere og kombinere sørge for-ansvaret med rollen som eier av helseforetaksgruppen. Dette er et viktig bakteppe for interpellantens spørsmål.

Private aktører spenner fra små ideelle til store kommersielle organisasjoner. Feiringklinikken ble etablert som et aksjeselskap i 1989 og eies av LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Klinikken tilbyr utredning, behandling og rehabilitering til voksne med hjertesykdom. Helt siden etableringen har Feiringklinikken vært en viktig tilbyder av helsetjenester til voksne hjertesyke – først og fremst i Helse Sør-Øst, men også for de øvrige helseregionene – bl.a. gjennom retten til fritt sykehusvalg. I 2008 ble over 4 300 pasienter utredet, og ca. 2 800 pasienter ble behandlet med utblokkning, såkalt PCI, eller hjerteoperasjon. En økende andel av virksomheten er rehabilitering, og i 2008 gjennomførte ca. 350 pasienter et fireukers rehabiliteringsopphold ved Feiringklinikken.

Private aktører spiller en viktig rolle i realiseringen av helsepolitikken og skal ha forutsigbare rammer. Helse Sør-Øst RHF har driftsavtaler med fem private ideelle sykehus som er tett integrert i foretaksgruppen i

Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF er også en betydelig aktør når det gjelder kjøp av helsetjenester fra private. I 2008 kjøpte Helse Sør-Øst RHF slike tjenester for om lag 3 milliarder kr. Loven om offentlige anskaffelser setter de rettslige rammene for slike kjøp og legger føringer for ulike anskaffelsesformer.

For å håndtere kjøpene på best mulig måte har Helse Sør-Øst RHF utarbeidet en strategi for kjøp av helsetjenester fra private aktører for perioden 2008–2011. Strategien innebærer en differensiering mellom private ideelle og private kommersielle aktører gjennom valg av anskaffelsesform. Helse Sør-Øst RHF behandler Feiringklinikken som en privat ideell aktør og benytter en anskaffelsesform hvor de forhandler direkte med klinikken. For å bidra til størst mulig forutsigbarhet er det inngått en rammeavtale på fire år, som kan beskrives som en maksimalgrense i anskaffelsesloven. Innenfor denne rammeavtalen forhandles årlige ytelsesavtaler på aktivitet og økonomi. At det inngås årlige ytelsesavtaler, må ses i sammenheng med at det regionale helseforetaket må forholde seg til det årlige statsbudsjettet som gir et grunnlag for handlingsrommet i regionen.

Helse Sør-Øst RHF tar utgangspunkt i en vurdering av behov og samlet kapasitet på området når de forhandler årlige ytelsesavtaler med Feiringklinikken. Så kommer noe veldig viktig: Fram til 2004 var det en jevn økning av operasjoner for hjertesyrke, men så har antallet operasjoner falt i takt med redusert behov. Bedre forebygging og mer skånsomme behandlingsmåter er viktige årsaker til at behovet for operasjoner har gått ned. Det er en positiv utvikling som Helse Sør-Øst RHF må ta hensyn til i sine vurderinger. Helseregionen har samtidig et stort offentlig tilbud til hjertesyrke ved Oslo universitetssykehus HF, med en operasjonskapasitet som er en og en halv gang større enn ved Feiringklinikken. Dette er forhold som er tatt i betraktning i avtalen som er inngått med Feiringklinikken i 2009.

Jeg mener de private aktørene fortsatt skal være verdifulle bidragsytere til den offentlige spesialisthelsetjenesten. De skal være et supplement når det ikke finnes behandlingstilbud eller ikke er god nok kapasitet i det offentlige. Private kan også være et alternativ til det offentlige dersom det betyr lavere kostnader og/eller bedre kvalitet på tjenestene. Uansett skal bruken av private aktører være styrt av offentlige interesser og ta utgangspunkt i reelle behov.

Endringer i behov og medisinsk utvikling har konsekvenser for både helseforetakene og de private aktørene. Det betyr at de regionale helseforetakene må gjøre krevende avveininger når de skal innrette det samlede tjenestetilbudet på en best mulig måte og fordele aktiviteten mellom egen helseforetaksgruppe og kjøp fra private aktører.

I sin rammeavtale og gjennom forhandlingene med Feiringklinikken har Helse Sør-Øst RHF lagt vekt på de politiske styringssignalene om at det skal være størst mulig forutsigbarhet for private ideelle aktører. Feiringklinikken har kompetente ansatte og tilbyr tjenester med høy kvalitet. Dette er lagt til grunn som viktige momenter i Helse Sør-Øst RHF's avveininger, og Helse Sør-Øst RHF har der-

for lagt til rette for at Feiringklinikken – i en situasjon med redusert behov – fortsatt skal utgjøre et supplement og et alternativ til det offentlige tjenestetilbudet til hjertesyrke.

Sonja Irene Sjøli (H) [18:19:04]: Jeg vil takke statsråden for svaret.

Jeg er jo glad for at statsråden er positiv til de private aktører, at han understreker at de skal være et supplement og et alternativ til det offentlige tilbudet, og at han er opp-tatt av at de skal ha forutsigbare rammer. Men statsrådets svar viser – mener jeg – at han ikke har innsett alvoret i situasjonen for Feiringklinikken, som faktisk er truet av nedleggelse. Statsråden gir ingen signaler som kan sikre videre drift av Feiringklinikken. Han skyver ansvaret over på de regionale helseforetakene.

Men statsråden er eier av de regionale helseforetakene og har et overordnet politisk ansvar for spesialisthelsetjenesten. Derfor vil det være han og Regjeringen som må ta det politiske ansvaret dersom Feiringklinikken avvikles. Dersom det tilbudet som har høyest kvalitet og størst pasienttilfredshet, blir nedlagt, vil det stå som et symbol på en feilslått helsepolitikk. Jeg mener det er direkte feil å si at Helse Sør-Øst og de andre regionale helseforetakene legger til rette for en videreføring av Feiringklinikken. Tvert imot; som jeg har vist til, er det en uttalt målsetting å presse dette tilbudet ned og ut. Avtalen med de regionale helseforetakene er så kraftig redusert at klinikken nå har en kritisk lav pasientmasse. Den har hatt 40 pst. færre henvisninger av pasienter de to første månedene i år sammenlignet med i fjor. Denne negative utviklingen skyldes at alle de regionale helseforetakene – ikke bare Helse Sør-Øst – har redusert sine avtaler med Feiringklinikken.

Jeg mener at ingen tilbud skal være vernet mot omstilling, heller ikke de private. Det oppsiktsvekkende er imidlertid at det beste tilbudet blir redusert, at Feiringklinikken nærmest blir en salderingspost i det omstillingsarbeidet som nå foregår.

Er dette en politikk som helseministeren stiller seg bak? Er dette god helsepolitikk? Vil det ikke være fornuftig å beholde Feiringklinikken som et alternativ til de offentlige sykehusene? Et annet sentralt spørsmål er hvordan statsråden vil sikre at tilbudet ved Feiringklinikken ses i et nasjonalt helsepolitisk perspektiv uten at de regionale helseforetakenes kortsiktige egeninteresser er avgjørende for utformingen av tilbudet.

Statsråden gir heller ikke noe svar på de utfordringene jeg har pekt på når det gjelder de regionale helseforetakenes dobbeltrolle som eier av egne helseforetak og bestiller av helsetjenester på vegne av befolkningen.

Jeg er – som man skjønner – ikke særlig fornøyd med svaret. Jeg synes det er alvorlig at helseministeren ikke har innsett den vanskelige situasjonen som Feiringklinikken er i nå. Jeg ville være forundret om han stiller seg bak en politikk som gjør at Feiringklinikken kan bli nedlagt.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [18:22:22]: Dette er viktig. Fra min side er det veldig viktig og avgjørende å ta Feiringklinikken på alvor. Det er et viktig supplement til det offentlige helsetilbudet. Og, som jeg sa i mitt innlegg,

Helse Sør-Øst har nå inngått en fireårs rammeavtale med Feiringklinikken. Jeg vil jo forutsette at Feiringklinikken vet hva man holder på med når man inngår en fireårs rammeavtale om hvordan samarbeidet skal være mellom det offentlige og det private på dette området, og at det er alvor bak signaturen når man har gått inn i en avtale. Da kan man ikke etterpå komme på Stortingets talerstol og stille spørsmål ved hvorvidt Feiringklinikken skal drives. Feiringklinikken har selv inngått en avtale med Helse Sør-Øst for fire år, der det årlig skal forhandles om nivå – og da er jo grunnlaget at Feiringklinikken selv må tro at den skal kunne drive. Jeg forutsetter jo at de ikke er en useriøs avtalepart som inngår avtaler der de ikke tror de har tenkt å levere. Så denne avtalen er på plass. Det er jeg glad for, for Feiringklinikken er en viktig samarbeidspartner.

Så tror jeg det er et veldig viktig moment til. Om vi ser på det som har skjedd innenfor hjertefaget, ser vi at heldigvis er det slik nå at stadig flere av dem som får hjerteinfarkt, får en akutt utblokkning, altså PCI. Så hvis man ramler om her i Oslos gater nå i kveld med et hjerteinfarkt, er sjansen veldig stor for at man i løpet av en times tid befinner seg på hjertelaben på Ullevål sykehus og får blokket ut med en gang. Det er en veldig stor fordel for oss som mulige hjertepasienter. Det fører selvfølgelig også til noen utfordringer, for det samme skjer i Tromsø, det samme skjer i Bergen, og det samme skjer i Trondheim. Så det er klart at her må Feiringklinikken innse at man står overfor noen omstillingsutfordringer, for veldig mye av det som tidligere var planlagte hjerteoperasjoner, skjer nå akutt – det er en fantastisk medisinsk og teknisk utvikling som vi står overfor. Det gjør at det er helt naturlig at f.eks. Universitetssykehuset i Tromsø sier at befolkningen i Nord-Norge også skal ha dette tilbudet. Vi kan ikke da i samme grad bruke Feiringklinikken i de tilfellene der vi nå kan gi PCI på en annen måte.

Så når vi ser på ventetidene på dette området, ser vi tydelig at kapasiteten er stor, og det utfordrer oss. Ved bypass-operasjon av hjertet har Feiringklinikken en ukes ventetid – men det har også Oslo universitetssykehus. Så kapasiteten er veldig god. Når vi ser på PCI, altså utblokkning, har Feiringklinikken tre ukers ventetid – men det har også Haukeland. Så her er ikke ventetiden lang. Og vi må prise jo oss lykkelige over at behovet for denne type medisinsk aktivitet blir mindre, og at teknologien fører oss videre. Og oppi det må vi endre oss – og Feiringklinikken skal etter min mening være en del av det helhetlige tilbudet også i framtiden.

Jan Böhler (A) [18:26:02]: Jeg skal prøve å heve stemmen – vi på bakre rad hører noen appeller foran Stortinget som nesten konkurrerer med talerne her oppe.

Den saken vi diskuterer i dag, er veldig viktig fordi den er et eksempel på en ikke-kommersiell privat aktør, altså en frivillig organisasjon, som har bygd opp et viktig supplement til den offentlige helsetjenesten der vi har manglet kapasitet – siden 1989, var det vel. Da var det veldig mange pasienter som stod i operasjonsskø, og som måtte reise til England – den såkalte hjertebroen. Det er jo spesielt krevende på denne måten å bygge opp et tilbud

– et sykehus eller en klinikk – som konsentrerer seg om ett høyspesialisert område. Det gjør at man nå må gå inn på en spesiell måte når det gjelder å bygge opp kompetanse, langsiktighet, utstyr osv.

Jeg har selv hatt møter og kontakt med Feiringklinikken flere ganger underveis i denne stortingsperioden, sist i forrige uke, for å sette meg inn i problemstillingene som ligger i å utvikle tilbudet deres. Og utgangspunktet må være at de har tatt på seg et stort ansvar, tatt på seg store forpliktelser gjennom lang tid, som gjør at vi må opptre med det samme ansvar når vi håndterer dem og deres framtid. Så jeg vil vel si det sann at Feiringklinikken ikke må bli en salderingspost i de prosessene vi har i helsevesenet, men heller ikke en hellig ku.

Det er en utfordring, som helseministeren beskrev veldig godt særlig i det siste innlegget, at utviklingen på dette behandlingsområdet krever omstillinger. Det er reflektert ved at Helse Sør-Øst i sin avtale med Feiringklinikken i år har gått ned en god del i antallet DRG-poeng som de bestiller for – jeg tror det har gått ned med vel 10 pst. I tillegg har, som interpellanten har beskrevet, både Helse Vest og Helse Nord, som ikke har brukt Feiringklinikken så systematisk og ikke hatt egne avtaler, redusert antallet pasienter de har der, og ordningen med fritt sykehusvalg fungerer ikke optimalt på dette området, som på mange områder, fordi informasjonen kan være for dårlig. Så det er åpenbart en utfordring å finne det nivået som må til for at Feiringklinikken skal ha et livsgrunnlag. De har satt ned aktiviteten ganske mye siden 2002 og tatt på seg en god del av jobben når det gjelder å tilpasse aktiviteten til det nye nivået, fordi ting gjøres på bedre og mer effektive måter, slik helseministeren beskrev det, også i form av kortere liggetid. Vi bruker også operasjonssalene en større del av døgnet, noe vi bør gjøre i enda større grad i årene framover.

Det som er vrient når det gjelder denne tilpasningen for Feiringklinikken, er jo at man i så stor grad står på ett bein, nemlig hjertemedisin. Og det er jo da viktig at Helse Sør-Øst tar høyde for at tilbudet, hvis man vil trenge det som et viktig supplement også i framtiden, må ligge på et visst nivå for å kunne være en del av det helsetilbudet man har sett at man har trengt til nå. Det er viktig, når interpellanten Sjøli fra Høyre tar opp den diskusjonen, også å ha en felles prinsipiell tilnærming til det.

Når det gjelder spørsmålet om underskudd ved Feiringklinikken, er det slik – og jeg har sett på utviklingen i underskudd – at det var store underskudd i f.eks. 2002–2004. Så det er ikke bare i år at det er problemer med økonomien ved Feiringklinikken. Vi har jo et felles problem. Styresystemet vårt, som jeg regner med at Høyre fortsatt står for, er jo utformet slik at det er styret i helseforetaket Helse Sør-Øst som må ta høyde for hvordan de skal sørge for et tilbud til alle sine pasienter i dette området, og hvordan de skal innpasse Feiringklinikken i det opplegget og sørge for at Feiringklinikken er til stede, er en del av det tilbudet man åpenbart trenger også i årene framover.

Jeg ser at tiden er i ferd med å gå ut, men jeg vil si at de kvalitetsargumentene som representanten Sjøli kom-

mer med, er viktige. Jeg tror at når vi får på plass et nytt behandlingsregister innenfor hjerte- og karområdet, som helseministeren har varslet, vil vi få enda bedre grunnlag for å vurdere kvalitetsindikatorerne som vi har hatt til nå, som da vil være sammenliknbare i forskjellige deler av tilbudet.

Vigdis Giltun (FrP) [18:31:44]: Denne saken belyser hva som skjer når Regjeringen gjennomfører sin målrettede helsepolitikk, nemlig systematisk å fase ut private aktører i markedet.

Feiringklinikken har vært en pioner i 20 år. Den tok i sin tid unna hjertekøen. Det er fremdeles en klinikk som mange velger å benytte, ikke bare på grunn av ventetiden, som nå begynner å bli lik forskjellige steder, men klinikken representerer noe av det ypperste vi har når det gjelder behandling av pasienter som har hjerteklaffefeil, forsnevninger eller tette blodårer i hjertet. Klinikken er landskjent. Alle kjenner noen som har vært på Feiring. Feiring er forbundet med kvalitet, trygghet og verdighet. Den skårer høyt på pasienttilfredshet og på ulike undersøkelser. Kanskje har nettopp Feiring vært med på å heve kvaliteten innenfor det offentlige tilbudet, for det har hatt noe å måle seg mot.

Men det har vært stor usikkerhet rundt den videre driften i flere måneder nå. Det har vært varslet kutt. Det er klart at det blir en stor og vanskelig omstilling for en virksomhet som ikke driver med spesielt god økonomi. Det er lett å forstå at det er umulig å drive en arbeidsplass med 250 ansatte på korte kontrakter. Feiringklinikken må ha gode, faste og langsiktige rammer å forholde seg til for å kunne investere, for å kunne utvikle seg og for å kunne beholde og rekruttere høyt kvalifisert personale.

Statssekretær Dagfinn Sundsbø har slått fast at nedleggelse er uaktuelt. Det vil være stikk i strid med rikspolitiske føringer, sier han. Han nærmest garanterer offentlig inngripen dersom nedleggelse skulle bli aktuelt. Jeg håper at han har ryggdekning for dette løftet. Det må være veldig vanskelig for ham å kunne garantere noe, for det er faktisk de som driver det, som må avgjøre om de klarer å drive videre eller ikke.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke er en brukerorganisasjon som har utviklet dette unike behandlingstilbudet, som drives ut fra pasientenes behov, samtidig som klinikken drives økonomisk og effektivt. De har lyktes på alle områder, både når det gjelder det faglige og det medmenneskelige. Det viser seg at topp kvalitet lar seg utvikle når pasientene eier og driver sykehuset selv.

Selve helseforetaksmodellen ser ut til å være til hinder for at private klinikker fortsatt skal få utvikle seg, og at de fortsatt skal være en viktig del av behandlingstilbudet. At helseforetakene sitter både som bestiller og utfører, som det er nevnt her, er uheldig, og det viser seg at helseforetakene i stadig større grad holder pengene innenfor helseforetakene og ikke kjøper tjenester, selv om det ville være det beste for pasientene.

Fremskrittspartiet har tidligere foreslått en egen statlig finansiering utenfor helseforetakenes budsjett, da vi mener at Feiring er et helt spesielt hjertesenter med høy kompe-

tanse, som det burde være fornuftig at alle helseforetakene benyttet seg av mer enn i dag.

Den politikken vi ser blir gjennomført, fører også til at nye ikke velger å etablere seg. Det er en del aktører som har vært i markedet veldig lenge, som klamrer seg fast og prøver å drive. Vi ser at mange må gi opp, bl.a. Kure epilepsisenter, et rehabiliteringssenter for epilepsisyke, som måtte gi seg etter at deres avtaler stadig ble kuttet, slik at de ikke klarte å drive lenger. Vi ser også at nye ikke tør å etablere seg i markedet. Det er en stor svakhet. For det er nettopp de private som har vært med på å drive tilbudet, og som mange ganger har vist vei til hvordan man skal gi pasientene det beste.

Vi mener at Regjeringen iallfall har lyktes med én ting i forhold til målsettingen i Soria Moria-erklæringen, og det er å redusere bruken av private og ideelle helseleverandører. Vi håper at det blir en slutt på det til høsten, etter valget.

Inge Lønning (H) [18:36:01]: Jeg la med interesse merke til en betydelig forskjell i budskapet fra statsråden og det som ble sagt av fraksjonslederen for regjeringspartiene i helsekomiteen, Jan Bøhler. Der hvor statsråden i sitt svar virket påfallende ubekymret for situasjonen, virket representanten Bøhler påfallende bekymret. Jeg tror representanten Bøhler er den som i dette tilfellet har best ryggdekning, eller, for å si det med et annet bilde, har mest solid jordledning i forhold til den krisesituasjon Feiringklinikken befinner seg i.

Dette er jo en flik av et langt større bilde. Samarbeidsregjeringen i forrige periode reduserte helsekøene med om lag 85 000 pasienter, bl.a. gjennom å styrke samarbeidet med de private. Dette er dokumentert klart i SINTEF Helses rapport om spesialisthelsetjenesten i 2006. De rødgrønne har gått inn for å redusere bruken av private. Det fremgår av Soria Moria-erklæringen – som statsråden ikke streift i sitt svar i det hele tatt. Hvis man skal måle statsråden og Regjeringen på resultatene i helsepolitikken hittil, kan man, litt tilspisset, oppsummere det slik: økte helsekøer, vesentlig større underskudd i sykehusene, like mange korridorpatienter som før og en dramatisk økning i pengebruk. Helsekøene har økt med 65 000 pasienter fra begynnelsen av 2006 og med 36 000 bare de to siste årene. Det betyr at Regjeringens politikk har ført til at helsekøene har økt nesten like mye som Samarbeidsregjeringen reduserte dem.

Men så til det konkrete. Statsråden var påfallende generell og helt uforpliktende i sitt svar. En annen svakhet var at han forutsatte, særlig i sitt andre innlegg, at hjertebehandling dreier seg om én eneste ting, nemlig en bestemt type operasjoner. Det gjør det ikke. For nå å være helt konkret skal jeg sitere fra et brev datert 6. mars. Liv Marit Tangen, Hurdal – hun har gitt meg tillatelse til å bruke navnet – skriver at hun har hatt invalidiserende atrieflimmer siden 1999, og har hatt mange «anfall» gjennom disse årene, vanligvis tre–fire netter i uken, med en puls på 130–150 i minuttet.

«En blir jo utslitt av søvnmangel også, i tillegg til sykdommen,» som hun sier. «Arbeidsevnen er nedsatt til et minimum.»

Og så kommer det:

«Jeg har ringt til alle tenkelige instanser som fritt sykehusvalg, og alle fire sykehusene, pasientombudet, kontoret for sykebehandling i utlandet, og er pasient på AHUS. Jeg er ikke alene om dette å få avslag, det står mellom tre og fem tusen på venteliste har jeg fått opplyst.»

Det gjelder denne type behandling.

Så har hun vedlagt kopi av brev fra Rikshospitalet, der Rikshospitalet avviser henvisningen fra Ahus ved å si at de har en ventetid på tre år, og at det ikke er forsvarlig å føre opp pasienter på en så lang venteliste i det hele tatt. Det kan man være enig i.

Nå har det seg slik at jeg stilte et spørsmål til statsråden i fjor høst, og fikk svar 31. oktober, der statsråden sier at «ventetiden for ablasjonsbehandling for atrieflimmer i dag er 3 år ved Rikshospitalet, 1 ½ år ved Ullevål universitetssykehus, 1 ½ år ved Haukeland universitetssykehus og 2 år ved St. Olavs Hospital». Det må vi kunne være enige om er en uholdbar lang ventetid, som fører til svære tilleggsbelastninger for pasientene og til helt nødvendige utgifter både for samfunnet og for arbeidsgivere.

Som tidligere arbeids- og inkluderingsminister er statsråden vel kjent med de store utfordringene vi har med høyt sykefravær. Han vet også at det er viktig å sette inn behandling tidlig, fordi langvarig sykefravær ofte fører til uføretrygd. Mitt konkrete spørsmål er: Vil statsråden ta initiativ til at Feiringklinikken, som har alle forutsetninger for å bidra meget effektivt på akkurat dette området, kan få lov til å bidra til å redusere ventetider fra tre år, respektive ett og et halvt til to år, til nesten ingenting?

Olav Gunnar Ballo (SV) [18:41:26]: Det er, så langt jeg kan registrere, full enighet i denne salen om at Feiringklinikken skal bestå, og at det arbeidet som har vært gjennomført ved Feiringklinikken helt tilbake til 1989, har vært et svært vesentlig arbeid for å sikre kvaliteten på norske hjertekirurgiske inngrep. Men det er samtidig umulig å diskutere Feiringklinikken helt isolert, som enkelte gjør her – jeg synes kanskje Vigdis Giltun går spesielt langt i å gjøre det – uten å se det samlede hjertekirurgiske miljøet i Norge under ett.

Som statsråden påpekte, har det skjedd en utvikling fra åpen hjertekirurgi med ca. 4 500 inngrep i året til en gradvis nedbygging av det, samtidig som det har vært en betydelig økning i antall utblokkinger, med innsetting av stent, bl.a. Det kan ikke være sånn at man nærmest skal gjøre avtale om at det fortsatt skal gjøres åpen hjertekirurgi ved Feiringklinikken, hvis pasientene er langt mer tjent med å bli operert med stent. Men noen argumenterer her omtrent som om det var sånn man skulle gjøre det.

Jeg synes også at en del av de tallene som trekkes fram fra Feiringklinikken, blir ganske misvisende. Det skapes et inntrykk av at det er en betydelig tilbakegang i antall inngrep, og så er det kun tallene for åpen hjertekirurgi som trekkes fram. Det var 1 100 åpne hjertekirurgiske inngrep ved Feiringklinikken i 2006. Tallet var 996 i 2008, og ut fra den avtalen som er inngått nå, er det 640. Det er en betydelig nedgang. Samtidig hadde de i 2006 1 891

utblokkinger og i 2008 1 826, som er nesten det samme tallet.

Når man vet at det parallelt foregår hjertekirurgi i alle helseregionene, og at denne utviklingen skjer i alle helseregionene, handler jo ikke dette om at Regjeringen undergraver privat virksomhet. Det handler om at Regjeringen tilpasser seg den situasjonen som har utviklet seg, og der man får andre typer kirurgiske inngrep og til dels konservativ behandling i stedet. Det ville vært fullstendig meningsløst hvis man gradvis skulle bygge ned Ullevål universitetssykehus, nå Oslo universitetssykehus, der utdanning av hjertekirurger skjer, for at man i stadig større grad skulle la de inngrepene skje ved Feiringklinikken. Så kan noen si at ja, men da kan vi jo begynne å utdanne dem også ved Feiringklinikken. Jeg tror, hvis man får tenkt seg om, at man ser det meningsløse i det. Skal man da heller ikke utdanne spesialister i kardiologi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge eller, for den saks skyld, ved Haukeland sykehus? Dette handler om den totaliteten som vi er nødt til å ta hensyn til, og den balansegangen som er.

Jeg synes også at fokuseringen på utviklingen ved Feiringklinikken på noen andre områder er for mangelfull. Jeg har selv vært på Feiringklinikken og sett. Det er fantastiske lokaler der, bl.a. en rehabiliteringsavdeling med en betydelig kapasitet, som er bygd med offentlige midler, uten at det offentlige noen gang har gjort noe vedtak om at den skulle bygges. Jeg snakket med hjertekirurger der som tjente 2–3 mill. kr i året, og som syntes at det var det de burde ha. Da jeg påpekte at statsministeren tjente 1 mill. kr på det tidspunktet, sa de: Vi har mye mer å gjøre.

Det er noe med hele den kulturen, der man rendyrker økonomien og også til dels begynner å tappe det offentlige for fagfolk, noe som vi selvfølgelig ikke skal understøtte her. Det betyr ikke at man skal undergrave LHL som organisasjon eller Feiringklinikken som klinikk, men det betyr at man må møte en del av denne utviklingen med motforestillinger. Da kan man ikke helt kritikkøst si at Feiringklinikken skal være skjermet, mens resten av virksomheten skal måtte ta det, fordi det er offentlig. Hvordan vil det offentlige helsevesenet til slutt se ut? Enkelte her snakker jo som om det nærmest ikke har vært foretatt offentlige hjertekirurgiske inngrep i Norge, og at det var Feiringklinikken som startet med det. Da må jeg minne om at det var i 1983 Rikshospitalet gjennomførte sine første hjertekirurgiske inngrep.

De fagfolkene Feiring opererer med, er jo i all hovedsak hentet fra det offentlige Norge – fra Rikshospitalet, fra Ullevål, en del kommer fra Tromsø. Jeg har snakket med mange av disse hjertekirurgene. Det de beskriver, er at det har vært et lønnsnivå ved Feiringklinikken som har vært hinsides, og som har vært med på å tappe offentlige sykehus for ressurser. Heldigvis har man nå fått nedregulert det, og man har fått til avtaler som er helt fornuftige, det sier også ledelsen ved Feiringklinikken. Men det var ikke fornuftig slik det var en stund ved Feiringklinikken. Den debatten må man tørre å ta, og ikke rosemale det som om det ikke har vært noen problemer knyttet til bruken av offentlige midler ved denne klinikken.

Laila Dávøy (KrF) [18:46:22]: Først vil jeg få takke interpellanten for å reise denne interpellasjonen. Den dreier seg om Feiringklinikken spesielt, men den har også en prinsipiell side knyttet til Regjeringens håndtering av avtaler med private ideelle institusjoner – slik jeg ser det.

Det er nok ikke mange hjertepasienter i dette landet som ikke kjenner Feiringklinikken, som har drevet som hjerteklinikk helt fra 1989. Den er kjent for sin høye kvalitet og sin kompetanse. Dette kommer også klart fram hvis man går inn på nettet og ser på www.frittsykehusvalg.no, der Feiringklinikken scorer høyt – for ikke å si høyest – hva gjelder «samlet kvalitet for sykehuset», som igjen er basert på ulike kvalitetsindikatorer.

Vi er mange som nå er alvorlig bekymret for Feiringklinikken eksistens framover. Dette er, som flere har vært inne på, en institusjon som har måttet tilpasse seg endringer, med nedbemanninger og redusert kirurgisk aktivitet – for å nevne noe. Den siste tids utvikling er imidlertid så dramatisk at det er usikkert om de har driftsgrunnlag framover.

Bakgrunnen er at de regionale helseforetakene i større og større grad reduserer sine avtaler med Feiringklinikken, og sier rett ut at de skal overta mer av denne virksomheten i egne helseforetak. Spørsmålet er om dette er en politisk styrt prosess, og jeg viser til tidligere helseminister Sylvia Brustads krav i oppdragsdokumentene om å bruke private institusjoner mindre, og overta mer i det offentlige. Eller er det de regionale helseforetakene som på egen hånd får lov til å drive en langsom utpining som til sist ender opp i full stans, slik vi har sett innen rus, psykiatri og barnevernsinstitusjoner? Det at ulike statsråder ikke har grepet inn mot store reduksjoner og avvikling av ideelle institusjoner, er etter min mening oppsiktsvekkende.

La meg nevne Solbu, en psykiatrisk institusjon i Oslo, som stengte dørene i fjor høst. La meg nevne to av Kimerud Stiftelses institusjoner for rusmisbrukere, som også måtte stenge i fjor. Og la meg nevne Styve Gard for barnevernsbarn, som har fått redusert avtalen til tre – bare tre – nye barn på fire institusjoner i 2009, det er høyst usikkert hvor lenge de kan drive.

Det som kjennetegner disse institusjonene, er ikke at de har hatt et dårlig kvalitetstilbud; nei, det har vært økonomiske innsparingstiltak som har ligget bak. Og vi vet at alle institusjoner må ha et visst grunnlag for aktivitet for i det hele tatt å kunne drive – så også Feiringklinikken.

Nå er altså turen kommet til Feiringklinikken. Hadde det nå vært slik at de offentlige sykehusene generelt hadde ledig kapasitet, kunne vi forstått noe av dette. Men slik er det jo ikke. Ventetidene øker, køene øker, planlagte operasjoner på mange områder strykes i hopetall, og helseforetakene har en rekke prioriterte oppgaver de ikke får løst. Og i en slik situasjon tillater Regjeringen at en av de beste hjerteklinikkene – for ikke å si den kanskje beste – innen sine spesialfelt, står i fare for å måtte legge inn årene.

Jeg forventer faktisk at helseministeren tar klar politisk stilling til at Feiringklinikken fortatt skal drives som en del av det offentlige tilbudet, og ikke overlater dette til de regionale helseforetakene med fullmakt til å avvikle avtaler når det måtte passe dem, slik jeg

i dag har vist at de har gjort innenfor andre områder.

Helt til slutt et spørsmål til helseministeren. Hvis Helse Sør-Øst velger ikke å fornye avtalen i 2010, eller gir et så lavt oppdrag at Feiringklinikken må avvikle, vil det ikke lenger heller være en del av det frie sykehusvalget. Mener statsråden at det regionale helseforetaket, altså Helse Sør-Øst, på egen hånd kan gjøre dette?

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [18:50:48]: Interpellasjonen har skapt en god debatt her i salen i dag.

Selv har jeg sittet i styret i et eierselskap ved Lovisenberg Diakonale Sykehus fram til forrige måned, og kjenner den delen av de private ideelle sykehusene godt innenfor den diakonale virksomheten.

Vi i Senterpartiet har et stort hjerte nettopp for disse ideelle sykehusene som ligger i krysningspunktet mellom det private og det offentlige, og som gjør en stor og viktig jobb for vårt velferdssamfunn. Og vårt velferdssamfunn har jo over tid i stor grad blitt bygd opp i samspillet mellom det ideelle og det offentlige og også i forhold til det kommunale, som har bygd opp tjenester som så har blitt nasjonale offentlige oppgaver.

Det er ideelle virksomheter og kommuner som ofte har vist vei. Det kunne jeg gitt mange eksempler på. Og fortsatt er det slik at innenfor dagens helsevesen er de private ideelle organisasjonene helt avgjørende. For eksempel hadde vi fra regjeringspartiene for et par uker siden et møte med Norsk Luftambulans – helt avgjørende for den nasjonale akuttberedskapen, en ideell virksomhet med 800 000 medlemmer i ryggen som gjør en kjempejobb. Det vet alle vi som sitter i vår komité.

Når vi hører på debatten her i dag, får vi på en måte inntrykk av at noen ønsker å tegne et svart-hvitt-bilde; at de som var i regjering i forrige periode, bare er for det private, og at vi som er i regjering i denne perioden, bare er for det offentlige. Det stemmer ikke. Hvis en ser på budsjettbehandlingen nå sist høst; hvem var det regjeringspartiene la inn mer penger til? Jo, det var til de private ideelle virksomheter. Både innenfor sykehusene, innenfor Modum Bad, innenfor rus og innenfor psykiatri la vi det inn til de private ideelle. Det var det regjeringspartiene valgte å prioritere i vår behandling her i huset, så det ligger ikke noen prinsipiell motstand mot de private og ideelle. Handlingen til komiteens medlemmer har vist det motsatte.

Så til det spesielle i dagens interpellasjon, og det den avslutter med i forhold til Feiringklinikken. Selv om det nesten bare er det vi har diskutert, er det den siste setningen i interpellasjonen. Vi i Senterpartiet mener at det er viktig at Feiringklinikken fortsetter. Vår statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Dagfinn Sundsbø, har vært veldig tydelig i sine møter der ute, at det er viktig at man klarer å finne en fortsatt trygg og god basis for Feiringklinikken, men at man ser at dagens utfordringer er annerledes enn gårsdagens utfordringer, og at man skaper rom for omstillinger, slik at de kan klare å være med og løse de utfordringene vi ser i dag på grunn av at teknologien og medisinen har gått framover.

Statssekretær Sundsbø sa også under sitt besøk at det er viktig at man har mulighet til å planlegge over tid for en så stor virksomhet som Feiringklinikken, og at man må ha sikre avtaler med en viss tidshorisont å forholde seg til. Jeg støtter dette fullt ut. Helse Sør-Øst må i sin dialog og i sine avtaler sikre en forutsigbar virksomhet, slik at en kan omstille seg og kan løse de utfordringer vi står overfor.

Som jeg begynte med, er Senterpartiet opptatt av å styrke mangfoldet i det norske helsevesenet. Der hører de private og ideelle virksomhetene med. Det å skape forutsigbarhet for virksomheter som Feiringklinikken, er avgjørende hvis de skal få omstilt seg og også være en viktig aktør for folk framover.

Gunvald Ludvigsen (V) [18:54:41]: Feiringklinikken har alltid hatt ein god klang i mine øyre og så lenge eg kan hugse, ikkje minst i den delen av landet der eg har budd dei siste 25 åra – i Nordfjord i Sogn og Fjordane. Eg kjenner mange pasientar som har fått god og nødvendig helsehjelp på Feiringklinikken. Eg vil seie at dette på mange måtar er ei stadfesting av at Feiringklinikken har vore viktig for mange enkeltmenneske, vore viktig for Helse-Noreg – ikkje minst – og det har han vore i svært mange år. Han var ein pioner, som vi har høyr, og kom med eit tilbud som var heilt nødvendig for Helse-Noreg i 1989 og utover. Feiringklinikken har vore ein ressurs, og vi har etter mitt syn god bruk for han òg i framtida.

Som vi veit, er det slik at når du skal byggje opp noko, ikkje minst innanfor eit så komplisert område som vi her snakkar om, tek det tid. No er det bygd opp stein på stein over mange år, og det tek altså relativt lang tid. Dei har vist at dei har høg kvalitet, dei har eit godt tilbod. Men å rive ned, derimot, er gjort omtrent på ein blunk. Det som er det viktige no, er at departementet og statsråden ser at drifta ved Feiringklinikken er inne i ein kritisk fase.

Statsråden sa i sitt innlegg at føreseielegheit er viktig for Feiringklinikken. Han meinte vel at gjeldande rammeavtale og gjeldande ytingsavtale, som er nemnt, er gode nok. Men dersom eg skal forstå realitetane ut ifrå det som vi har høyr frå interpellanten si side, og ikkje minst det som representanten frå Feiringklinikken har gitt uttrykk for, og dersom avtalene er av ein slik karakter at klinikken står i fare for å måtte leggjast ned, slik interpellanten er inne på, kan ikkje avtalene vere gode nok sett frå Feiringklinikken si side. Eg og Venstre meiner at dette trusselbiletet som er teikna om mogleg nedlegging av Feiringklinikken, er så alvorleg at statsråden etter vår oppfatning ikkje kan unngå å gå inn i realiteten i saka og verkeleg sjekke ut kva som er faktum her, slik at ein ikkje risikerer å øydeleggje noko som er bygd opp over lang tid, og som har vist seg å vere veldig viktig for norske pasientar og norsk helsevesen.

Sverre Myrli (A) [18:58:02]: Representanten Slagsvold Vedum åpner med å si at han har «et stort hjerte». Jeg veit ikke om det kan ordnes på Feiringklinikken, men jeg har hørt at det er signaler som skal tas alvorlig, i dobbelt forstand.

Jeg er glad for at helse- og omsorgsministeren i dag har

slått fast at Feiringklinikken har sin plass i det norske helsevesenet, at de skal utgjøre et supplement til det offentlige tjenestetilbudet til hjertesjuka, og at de skal ha forutsigbare rammer. Sjølsagt kan ikke Stortinget bestemme hvilke medisinske funksjoner som skal foretas på ulike sjukehus og klinikker i Norge, men jeg vil påstå at Feiringklinikken er i en noe spesiell situasjon, all den tid Feiringklinikken bygde opp et tilbud som ikke fantes ved øvrige sjukehus. Staten har altså gjennom 20 år vært helt avhengig av den type tjenester Feiringklinikken har tilbudt, og tilbyr den dag i dag.

Parallelt med tilbudet på Feiringklinikken og utviklingen av det gjennom 20 år har de offentlige sjukehusene bygd opp tilsvarende tilbud. Når vi da er i en situasjon som kan tyde på at behovet for denne typen tjenester går nedover, vil jeg påstå at staten har en forpliktelse til å sørge for at det unike kompetansemiljøet ved Feiringklinikken videreføres. Staten har vært helt avhengig av det gjennom 20 år, og da bør staten også bidra til at tilbudet kan videreføres.

Det er på en måte en skjebnens ironi for eieren av Feiringklinikken – Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL – at behovet for hjerteoperasjoner nå ser ut til å gå nedover. Jeg sa at de offentlige sjukehusa de siste åra har bygd ut tilbudet for det vi nå snakker om. Det hører også med i den situasjonen som vi nå er i, og det som vi diskuterer nå i dag. Dersom det fortsetter å bli mindre behov for denne type tjenester, må Feiringklinikken behandles på samme måte som øvrige sjukehus. Det må være grunn til å stille spørsmål om det er naturlig at hjerteoperasjoner skal foregå, slik som i dag, på tre ulike adresser i Oslo, i tillegg til på Feiringklinikken – altså på fire fysiske steder i Oslo og Akershus. Spørsmålet er om det er hensiktsmessig. Jeg vil tru at det ikke er det. Det hører også med i hovedstadsprosessen å se på hvilke tjenester som skal tilbys hvor i hovedstadsregionen.

Jeg mener at dersom behovet for hjerteoperasjoner går ned, må tilbudet også ved de offentlige sjukehusa kunne ses på, ikke bare tilbudet ved Feiringklinikken. Her må staten klare å ha to tanker i hodet samtidig, både se på det totale tjenestetilbudet og behovet for denne type tjenester i sin helhet, og samtidig kunne signalisere at staten har behov for å videreføre – og ønsker å videreføre – Feiringklinikken som det gode kompetansemiljøet den har vært gjennom 20 år.

Sonja Irene Sjøli (H) [19:02:15]: Jeg takker for debatten.

Det som kommer klart fram, er at alle vil at Feiringklinikken skal bestå i framtiden. Alle er bekymret for situasjonen ved Feiringklinikken, unntatt statsråden, som jeg ikke synes har vist noen forståelse for det alvorlet som Feiringklinikken faktisk er i. Det er jo en kjensgjerning at antall operasjoner er lavere nå enn da avtalen med Helse Sør-Øst ble inngått. Jeg synes ikke statsråden bør skyldes på Feiringklinikken. Det er Helse Sør-Øst som har presset antallet så langt ned.

Det var befriende å høre representanten Myrli. Det innlegget kunne jeg godt holdt selv. Han sier veldig klart at

tilbudet skal bestå, og at også det offentlige tilbudet må ses på i denne sammenheng. Kanskje er det noe av det offentlige tilbudet i Oslo-regionen som bør ned, nettopp for å beholde den kompetansen og det store og sterke tilbudet som er ved Feiringklinikken.

Det er ett spørsmål jeg har lyst til å ta opp med statsråden. Det gjelder DRG-systemet, som gir incentiv for bestemte behandlingsformer. Vi vet jo at behandling for hjertelidelser med kirurgi gir en langt større økonomisk uttelling for virksomhetene enn andre behandlingsformer. Det er, som jeg var inne på i innlegget mitt, kanskje bakgrunnen for at Oslo universitetssykehus bare ønsker ferdigutredede pasienter. Hvilke forbedringer mener statsråden kan gjøres i finansieringssystemet slik at det kan tilpasses faglig utvikling og hensiktsmessig behandling?

Helt til slutt: Selv om antall statssekretærer øker nesten like mye som pasientkøene, er det ennå ikke blitt slik at vi har privatpraktiserende statssekretærer. Derfor håper jeg statsråden vil klargjøre hvorvidt statssekretær Sundsbøs garantierklæring, som det er blitt vist til gjentatte ganger her, står til troende. Jeg vil vite om statssekretæren taler på statsrådets vegne. Kan Feiringklinikken stole på at Regjeringen stiller seg bak denne garantien? Jeg synes det her har kommet ulike signaler. Den som har vært mest uklar, synes jeg, er statsråden. Ellers oppfatter jeg at representantene fra regjeringspartiene her i Stortinget har sagt at de vil at Feiringklinikken skal bestå. De signalene – også fra opposisjonen i Stortinget – håper jeg statsråden tar med seg. Det er han som er eier av sykehusene, og som står ansvarlig for tilbudene. Skulle så galt skje at Feiringklinikken blir lagt ned, er det én som sitter med ansvaret for det, og det er statsråden.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [19:05:32]: Jeg tror at det kan være behov for å repetere litt her. Altså: Det sies at jeg er uklar på hvorvidt Feiringklinikken skal drives eller ikke, og at jeg som eier av sykehusene må tydeliggjøre mitt standpunkt.

Men som jeg sa i mitt innlegg: Som eier av Helse Sør-Øst er jeg glad for at Helse Sør-Øst har inngått avtale med Feiringklinikken i mars – altså i denne måneden – om virksomhet i fire år. Det sikrer oss at vi får en Feiringklinikk i de fire årene som kommer. Det er en avtale jeg setter pris på, for Feiringklinikken er en viktig aktør i det helhetlige helsetilbudet i Norge.

Jeg må si at det er de andre innleggene som her reiser spørsmål om hvorvidt Feiringklinikken var ved sine fulle fem da de skrev under denne rammeavtalen. Jeg forutsetter jo at denne viktige samarbeidsaktøren vet hva man gjør. Man har inngått en avtale med Helse Sør-Øst om drift i fire år. Det er ikke mulig å lage en rammeavtale med lengre varighet enn det. Det er jeg glad for, for da får vi tatt vare på Feiringklinikken i årene som kommer. Jeg må si at jeg synes dette er en litt merkelig debatt. Man reiser spørsmål om hvorvidt to avtalepartnere som inngår en avtale om et samarbeid i fire år, vet hva de holder på med. Jeg forutsetter at Helse Sør-Øst vet hva de holder på med, og jeg stoler på at Feiringklinikken er en god avtalepartner. Det har de vist seg å være, og jeg har ingen grunn til å tvile på

at de er det nå også. Jeg er glad for at den avtalen er signert av begge parter. Den danner grunnlaget for drift av Feiringklinikken i de fire årene som kommer.

Så har jeg en merknad til, og den er knyttet til innlegget fra representanten Lønning og de utfordringene som gjelder pasienter med atrieflimmer. Når ventetiden er så lang som den er når det gjelder atrieflimmer, må jo det bety at man fra faglig hold ikke definerer dette som en lidelse som er så alvorlig at den kommer inn under de ulike rettighetene som pasientrettighetsloven stiller opp f.eks. til behandling i utlandet. Det er åpenbart at når ventetiden er så lang, er lidelsens alvorlighetsgrad faglig sett definert som liten.

Likevel er det en klar utfordring fra Lønning om å se om dette er noe vi bør forbedre tilbudet på, og om Feiringklinikken kan spille en rolle her. Jeg går selvfølgelig inn i det, og jeg har ingen ideologiske problemer med å vurdere om det kan finnes alternative oppgaver også for Feiringklinikken. Men hovedpoenget er: Det er inngått en fireårs rammeavtale. Det er jeg glad for. Det er mine sykehus som har inngått den, og det sikrer driften ved Feiringklinikken. Det burde vi alle glede oss over.

Presidenten: Sak nr. 10 er dermed ferdigbehandlet.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Stortinget går nå til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidentskapet hadde innstilt:

Stortingets presidentskap gis fullmakt til å sammensette en hovedkomité for planlegging og gjennomføring av Grunnlovens 200-årsjubileum i 2014, samt å vedta mandat for hovedkomiteen.

Votering:

Presidentskapets innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidentskapet hadde innstilt:

Som medlemmer og varamedlemmer til styret for Domstoladministrasjonen velges for perioden 1. august 2009–31. juli 2013:

1. Berit Brørby, Jevnaker. Varamedlem: Helge Eriksen, Harstad.
2. Carl I. Hagen, Oslo. Varamedlem: Ommund Heggheim, Alta.

Votering:

Presidentskapets innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 3

Presidentskapet hadde innstilt:

I

Regler om rett til innsyn i Stortingets dokumenter

§ 1

Alle kan hos Stortinget kreve innsyn i Stortingets saksdokumenter, journaler og lignende registre, dersom ikke annet følger av disse regler. Bestemmelsene i lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova) gjelder tilsvarende, så langt de passer, med de presiseringer og unntak som følger av disse regler. Det samme gjelder forskrift gitt med hjemmel i offentliglova, hvis ikke Stortingets presidentskap beslutter noe annet.

Begrepet «Stortinget» i disse regler omfatter – foruten Stortinget som kollegialt organ – Lagtinget, Odels-tinget, stortingskomiteene, Presidentskapet, Stortingets internasjonale delegasjoner, andre kollegiale organer som har sekretariat i Stortingets administrasjon, og Stortingets administrasjon.

§ 2

Disse regler gjelder ikke for stortingsrepresentantene, stortingsgruppene og gruppesekretariatene.

Videre gjelder reglene ikke for dokumenter hvor spørsmålet om innsyn er løst ved bestemmelse i Stortingets forretningsorden eller ved særskilt vedtak av Stortinget.

Reglene gjelder heller ikke for dokumenter som i original eller kopi også finnes hos et organ som offentliglova gjelder for, bortsett fra brev til eller fra Stortinget.

§ 3

Dokumenter som utveksles mellom Stortinget og Stortingets eksterne organer, og som gjelder et av de eksterne organers budsjett eller interne administrasjon, kan unntas fra innsyn. Stortingets eksterne organer er i denne sammenheng: Riksrevisjonen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, Ombudsmannsnemnda for Forsvaret, Ombudsmannsnemnda for sivile vernepliktige, Stortingets kontrollutvalg for etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste og stortingsoppnevnte granskingskommisjoner og utredningsutvalg.

Dokumenter som utveksles mellom Stortinget og et forvaltningsorgan, og som gjelder budsjettet for Stortinget eller et av de andre organene som er nevnt i første ledd, kan også unntas fra innsyn.

§ 4

Dokumenter som utveksles mellom to organer som nevnt i § 1 annet ledd, er som hovedregel åpne for innsyn. Dokumenter som er utarbeidet av sekretariatet for en stortingskomité, Stortingets presidentskap, en av Stortingets internasjonale delegasjoner eller et annet kollegialt organ som har sekretariat i Stortingets administrasjon, til bruk for organet, kan unntas fra innsyn. Dersom et organ ber et annet organ om uttalelse, kan både brevet der det bes om uttalelse og uttalelsen unntas fra innsyn. Et dokument som

utveksles mellom Stortingets presidentskap eller Stortingets administrasjon og en tilsatt i administrasjonen, kan unntas fra innsyn.

§ 5

Møteprotokoll for de kollegiale organer som er omhandlet i § 4 annet punktum, kan unntas fra innsyn.

§ 6

Har et organ som offentliglova gjelder for, påført et dokument påtegning om at det er unntatt fra innsyn etter offentliglova, kan det i Stortinget uten videre unntas fra innsyn.

§ 7

Opplysninger som er undergitt taushetsplikt i henhold til instruks for tilsatte i Stortingets administrasjon, er unntatt fra innsyn.

§ 8

Stortingets elektroniske journal skal gjøres tilgjengelig for allmennheten på Internett i samsvar med § 6 i offentliglova av 17. oktober 2008.

§ 9

Stortingets direktør bestemmer hvilke stillingsinnehavere i administrasjonen som kan avgjøre anmodninger om dokumentinnsyn. Den som har fått avslag på en anmodning om innsyn, kan påklage avslaget til direktøren når avgjørelsen er truffet av en tjenestemann som er underordnet direktøren. Avgjørelser truffet av direktøren kan påklages til Presidentskapet.

II

Ikrafttreden mv.

Disse regler trer i kraft den 1. april 2009, bortsett fra § 8, som trer i kraft samtidig med § 6 i offentliglova.

Fra det tidspunkt reglene trer i kraft, oppheves Regler om dokumentoffentlighet for Stortinget, vedtatt av Stortinget 14. juni 2000.

Med virkning fra 1. oktober 2009 skal «Lagtinget, Odelstinget,» utgå av § 1 annet ledd.

Votering:

Presidentskapets innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 4

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

- forslag nr. 1, fra Laila Dævøy på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 2, fra Gunvald Ludvigsen på vegne av Høyre og Venstre

Det votes først over forslag nr. 1, fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med fremleggelsen av Revidert nasjonalbudsjett for 2009 om å legge frem en opptrappingsplan for å nå målsettingene i nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ble med 71 mot 29 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 19.12.21)

Presidenten: Det votes så alternativt mellom komiteens innstilling og forslag nr. 2, fra Høyre og Venstre. Forslaget lyder:

«Dokument nr. 8:114 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Robert Eriksson, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om en opptrappingsplan for å gjennomføre vedtatt handlingsplan for diabetes – vedlegges protokollen.»

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:114 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Robert Eriksson, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om en opptrappingsplan for å gjennomføre vedtatt handlingsplan for diabetes – bifalles ikke.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Høyre og Venstre ble innstillingen bifalt med 51 mot 49 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 19.13.00)

Votering i sak nr. 5

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

- forslag nr. 1, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 2, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Her er det en rettelse i forhold til det som står i innstillingen. Høyre skal også være medforlagsstiller.

Det votes først over forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre – og altså Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av bruk av sakkyndige i saker i Norsk pasientskadeerstatning.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 53 mot 47 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 19.13.50)

Presidenten: Det votes så over forslag nr. 1, fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å foreta en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 60 mot 40 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 19.14.14)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:115 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun og Jan-Henrik Fredriksen om en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 6

Presidenten: Under debatten har Dag Ole Teigen satt frem et forslag på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Dokument nr. 8:118 (2007–2008) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Per Egil Evensen og Jan-Henrik Fredriksen om etablering av nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade – vedlegges protokollen.»

Det votes alternativt mellom dette forslaget og komiteens innstilling.

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det igangsettes et arbeid med å etablere et nasjonalt kompetanse- og behandlingssenter for barn med hjerneskade.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstre-

parti og Senterpartiet ble forslaget bifalt med 58 mot 42 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 19.15.19)

Votering i sak nr. 7

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.

II

Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat får frem til skolestart.

III

Stortinget ber Regjeringen sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjon.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

IV

Stortinget ber Regjeringen utrede behovet for et nasjonalt kompetansesenter for umiddelbar habilitering og rehabilitering av CI-opererte barn.

Presidenten: Det er Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre som står bak innstillingen, og presidenten antar at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsker å stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble med 53 mot 47 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 19.16.03)

Votering i sak nr. 8

Presidenten: Under debatten er det satt frem tre forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Inge Lønning på vegne av Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre
- forslag nr. 2, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet
- forslag nr. 3, fra Laila Dávøy på vegne av Kristelig Folkeparti

Forslagene nr. 1 og 2 er inntatt i innstillingen på side 3, mens forslag nr. 3 er omdelt på representantenes plasser i salen.

Forslag nr. 3 er under debatten omgjort til et oversendelsesforslag og lyder i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen om senest i løpet av 2009 å vurdere virkningene av den omlagte finansierungsordningen for fysioterapeuter, både hva gjelder fysioterapeuter og pasienter»

Presidenten foreslår at forslaget oversendes Regjeringen uten realitetsvotering. – Det anses vedtatt.

Det votes over forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for å bedre tilgangen på fysioterapibehandling og gi pasientene større valgfrihet, ved at ordningen med avtalehjemler for fysioterapeuter fjernes og erstattes med en ordning hvor alle fysioterapeuter får muligheten til å behandle pasienter med rett til refusjon etter henvisning fra lege eller annet helsepersonell med henvisningsrett. Den nye ordningen skal ikke medføre økt egenbetaling fra pasientene.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 19.16.50)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 1, fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremlegge forslag til ordninger som erstatter dagens krav om avtaler med kommuner som vilkår for at privatpraktiserende fysioterapeuter kan tilby offentlig finansierte helsetjenester. Ordningen må sikre raskere tilgang til nødvendige fysioterapitjenester, samt god prioritering og ressursbruk.»

Presidenten: Fremskrittspartiet har varslet at de støtter forslaget subsidiært.

Votering:

Forslaget fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 55 mot 45 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 19.17.14)*

Presidenten: Inge Lønning har bedt om ordet til stemmeforklaring.

Inge Lønning (H) [19:18:02]: Jeg vil nesten anmode presidenten om å vurdere hvorvidt det ikke hadde vært mer korrekt å stemme alternativt mellom innstillingen og forslag nr. 1, som vi nettopp voterte over. For det dreier seg jo vitterlig om et alternativ.

Presidenten: Presidenten har intet imot å ta voteringen en gang til, hvis det er ønske om det. Er det noen som vil motsette seg at vi tar voteringen en gang til og voterer

*Se alternativ votering neste side, voteringsutskrift kl. 19.19.37.

alternativt mellom innstillingen og forslag nr. 1? – Det er det ikke. Da gjør vi det.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:10 (2008–2009) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen og Karin Kjønås Kjos om fri etableringsrett og fjerning av ordningen med avtalehjemler for fysioterapeuter – bifalles ikke.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble innstillingen bifalt med 53 mot 47 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 19.19.37)

Presidenten: I sakene nr. 9 og 10 foreligger det ikke noe voteringstema.

Sak nr. 11 [19:19:50]

Referat

1. (151) Fullmakt til å stille statsgaranti for lån fra Norges Bank til Seðlabanki Íslands (St.prp. nr. 47 (2008–2009))

Enst.: Sendes finanskomiteen.

2. (152) NRK-plakaten – dekning av valg (St.meld. nr. 18 (2008–2009))

Enst.: Sendes familie- og kulturkomiteen.

3. (153) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli om raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten (Dokument nr. 8:54 (2008–2009))

Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen.

4. (154) Pensjonar frå statskassa (St.prp. nr. 46 (2008–2009))

Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.

5. (155) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Borghild Tenden, Trine Skei Grande, Leif Helge Kongshaug og Gunnar Kvasheim om en nasjonal ordning med elektronisk «køfri»-billett på kollektivreiser (Dokument nr. 8:55 (2008–2009))

6. (156) Nasjonal transportplan 2010–2019 (St.meld. nr. 16 (2008–2009))

7. (157) Oslopakke 3 trinn 2 (St.meld. nr. 17 (2008–2009))

Enst.: Nr. 5, 6 og 7 sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.

8. (158) Interesser, ansvar og muligheter. Hovedlinjer i norsk utenrikspolitikk (St.meld. nr. 15 (2008–2009))

Enst.: Sendes utenrikskomiteen.

Presidenten: Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37 a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 19.21.
