

Møte torsdag den 28. mai 2009 kl. 10

President: Carl I. Hagen

Dagsorden (nr. 90):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet (Innst. S. nr. 240 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen, Kari Kjønås Kjos og Ib Thomsen om etablering av hospice (Innst. S. nr. 224 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:37 (2008–2009))
3. Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:
«Det har våren 2009 vært lyst ut anbud i alle de fire regionale helseforetakene på behandlingsplasser for rusmiddelavhengige. Dette har vært krevende prosesser for ideelle institusjoner som har levert inn tilbud. Anbudsprosessene i de fire RHF-ene har gått parallelt, noe som har hindret institusjoner i å legge inn tilbud i flere regionale helseforetak samtidig, siden de må ha en vedståelsesfrist på tilbudet. Dermed risikerer institusjonene å ikke få avtaler, dersom de taper i det helseforetaket der de la inn tilbud. I noen regionale helseforetak har det vært forhandlinger, i andre ikke. Til tross for rom i regelverket for å unnta ideelle helse- og omsorgsinstitusjoner fra anbudsreglementet har det ikke vært gjort.
Hvilke tiltak vil statsråden iverksette for å sikre hensiktsmessige avtaler med ideelle institusjoner?»
4. Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem (Innst. S. nr. 189 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:5 (2008–2009))
5. Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler (Innst. S. nr. 227 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:7 (2008–2009))
6. Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av omstilling i forsvarssektoren (Innst. S. nr. 229 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:6 (2008–2009))
7. Innstilling fra justiskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Arne Sortevik, Bård Hoksrud og Jan Arild Ellingsen om utvidet innsyn i korrespondanse mellom departementer og ytre etater (Innst. S. nr. 251 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:42 (2008–2009))
8. Referat

Presidenten: Fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe

foreligger søknad om permisjon for representanten Thore A. Nistad i dagene 28. og 29. mai for å delta på Barentskonferanse i regi av Nordisk Råd i Russland.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, Morten Ørsal Johansen innkalles for å møte i permisjonstiden.
3. Morten Ørsal Johansen innvelges i Lagtinget for den tid han møter for representanten Thore A. Nistad.

Presidenten: Morten Ørsal Johansen er til stede og vil ta sete.

Representanten Åse Gunhild Woie Duesund vil fremsette et representantforslag.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [10:01:48]: Jeg har den glede å fremme et representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy, Dagrun Eriksen, Hans Olav Syversen og meg selv om å øke engangsstønaden ved fødsel og adopsjon fra om lag 0,5 G (ca. 35 000 kr) til 2 G (ca. 140 000 kr) for å legge til rette for flere fødsler.**Presidenten:** Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1 [10:02:20]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet (Innst. S. nr. 240 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009))**Presidenten:** Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 5 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene: Arbeiderpartiet 20 minutter, Fremskrittspartiet 15 minutter, Høyre 10 minutter, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre 5 minutter hver.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil fem 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) [10:03:32] (ordfører for saken): Innledningsvis vil jeg som saksordfører gi honnør til komiteen for arbeidet med stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet». Det er blitt foretatt betydelige forbedringer i forhold til Regjeringens forslag. Vi vet at en god og trygg opplevelse gjennom svangerskap, fødsel og barseltid er avgjørende for å sikre god helse for mor og barn, fami-

liens trivsel og mestringsevne og dermed en god start på familielivet.

Forekomsten av komplikasjoner, skader og dødsfall er svært lav i Norge sammenlignet med mange andre land. Til tross for dette er det flere forbedringsmuligheter på flere områder.

Problemene i forbindelse med sommerstengte fødeavdelinger, for liten kapasitet og overfylte fødeavdelinger, rapporter om nestenulykker, en økning i avviksmeldinger og mangel på jordmødre både ved fødeavdelingene og i kommunehelsetjenesten er blitt tatt opp i Stortinget flere ganger i løpet av de siste tre årene, uten at det har medført noen nevneverdige forbedringer. Det må utarbeides langsiktige planer i samarbeid mellom helseforetak og kommuner for å sikre et godt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, som også sikrer beredskap og forsvarlige tilbud i ferier og høytider.

Stortingsmeldingen viser til at jordmortjenesten i kommunene er mangelfull og geografisk skjevfordelt. Små stillingsbrøker er en stor utfordring i mindre kommuner, og det fører til dårlig tilgjengelighet, begrensede muligheter for faglig utvikling og vanskelige arbeidsforhold for jordmødrene. Komiteen mener derfor det er behov for å styrke svangerskapsomsorgen, og da særlig jordmortjenesten.

Regjeringen skisserer i stortingsmeldingen to modeller for organisering av den lokale jordmortjenesten, kommunalt eller statlig ansvar, men vil utsette avgjørelsen til framleggelsen av den bebudede samhandlingsreformen.

Jeg er derfor svært tilfreds med at regjeringspartiene i Stortinget, sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter Høyres forslag om at det må tas stilling til organiseringen av den lokale jordmortjenesten nå, og at den fortsatt og som hovedregel må være et kommunalt ansvar. Et kommunalt ansvar vil være den best egnede forvaltningsmodellen for å sikre nærhet og tilgjengelighet til tilbudet for brukerne i hele landet. En videreføring av det kommunale ansvaret legger bedre til rette for en lokal tilpasning av tilbudet for å sikre kontinuitet i oppfølgingen gjennom tiden før og under svangerskap, barseltid og spedbarnstid og barnets oppvekst. Det legger også bedre til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom de kommunale tjenestene, og er i tråd med at vi ønsker å styrke primærhelsetjenesten generelt. Selv om den lokale jordmortjenesten som hovedregel skal være et kommunalt ansvar, kan det inngås avtaler om ulike former for ansvarsfordeling på tvers av kommuner og helseforetak. Samarbeid vil kunne bedre tilgjengeligheten og ikke minst styrke kvaliteten. Komiteen understreker at avtalene må sikre klare ansvarsforhold og ryddige arbeidsforhold for jordmødrene.

Det er bred enighet om at jordmortjenesten må styrkes, og at det må utarbeides planer for å sikre økt rekruttering av jordmødre, og komiteen ber derfor Regjeringen fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet.

Komiteens flertall, alle unntatt Fremskrittspartiet, støtter Regjeringens forslag om å overføre ansvaret for følgetjenesten til de regionale helseforetakene, og at følgetjenesten samordnes med den øvrige syketransporten, inklusiv ambulansetjenesten.

Komiteens flertall, alle unntatt regjeringspartiene, foreslår derfor at det må innføres en individuell rett til følgetjeneste for gravide som har mer enn én times reisevei til fødestedet, dersom den gravide selv ønsker det. Regjeringspartiene mener det er behov for at følgetjenesten vurderes i hvert enkelt tilfelle, og støtter ikke forslaget om en egen lovbestemmelse om en individuell rett til følgetjeneste. Det skaper ikke nødvendig trygghet og forsvarlighet. Regjeringspartiene mener behovet skal vurderes i hvert enkelt tilfelle, og jeg spør: av hvem? Er ikke kvinnen selv den som best kan vurdere det, og ikke personell på fødeavdelingen 10–15 mil unna eller en ambulansesjåfør eller en drosjesjåfør eller en lege som ikke har erfaring med fødselshjelp? Spesielt Senterpartiet mener jeg er fullstendig uten troverdighet når det gjelder å skape trygge og forutsigbare forhold for kvinner i distriktene. Men det er ikke for sent å snu, det er bare å stemme for forslaget fra opposisjonen.

I 2001 vedtok Stortinget en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet i 2002 for å bidra til gjennomføring av Stortingets vedtak. Rådet fratradte imidlertid sine verv i november 2007, under henvisning til en langvarig og vanskelig dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om gjennomføringen av Stortingets vedtak.

Rådets sluttrapport fra 13. februar 2008 er sterk lesning. Statens helsetilsyn fant innholdet i sluttrapporten så bekymringsfullt at de besluttet å foreta en gjennomgang av sine tilsynserfaringer innen fødselshjelpen fra 2004 til 2008. Helsetilsynet peker i sin tilsynsrapport, som ligger som et vedlegg til meldingen, på flere faktorer som innebærer en stor risiko for pasientbehandlingen.

Komiteen mener det er uakseptabelt at det er foretatt økonomisk motiverte endringer i fødetilbudet ved en del fødeavdelinger, noe som har ført til et dårligere tilbud for fødende. Sommerstengte fødeavdelinger fører til lange reiseavstander og utrygge forhold for mange kvinner i distriktene, og problemet forsterkes ved at følgetjenesten ikke er godt nok utbygd, og ved at det ikke er jordmorberedskap.

Komiteens flertall, alle unntatt regjeringspartiene, ber Regjeringen pålegge de regionale helseforetakene å sikre at fødetilbudene så langt som overhodet mulig holder åpent også i sommer- og ferietiden. Hvis det ikke er mulig å sikre forsvarlig drift, må helseforetakene i samarbeid med kommunene sikre en forsvarlig følgetjeneste med lege eller jordmor.

Komiteen støtter Regjeringens forslag om at inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer opprettholdes, og at de nåværende tallgrensene erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjonene. Slike kvalitetskrav må bl.a. være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening i akutte situasjoner, samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene. I tillegg må det være et sentralt kvalitetskrav å sikre stabilitet i fagmiljøene og forsvarlige vaktordninger for gynekologer ved de små fødeavdelingene. Komiteen ber Regjeringen utarbeide nasjonale retningslinjer som sikrer at kvinner i aktiv fødsel har en kvalifisert fødselshjelper til stede dersom hun ønsker det,

for å ivareta kvinnens trygghet og redusere farene for komplikasjoner.

Det er bred enighet om at den nødvendige oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter hjemkomst fra fødeavdelingen bør skje gjennom et godt samarbeid mellom fødeinstitusjonene og kommunehelsetjenesten. Selv om den lokale jordmørtjenesten fortsatt skal være lokalt forankret, kan spesialisthelsetjenesten ha ansvar for mor og barn i fem dager, som en veiledende grense etter hjemkomsten fra fødeavdelingen. Uansett må det være en ordning hvor kvinnene kan kontakte føde- og barselavdelingen om råd f.eks. ved problemer med amming eller andre problemer som oppstår utenom kontortiden på helsestasjonen.

Det er fortsatt betydelige utfordringer når det gjelder å sikre god kvalitet i alle ledd i fødselsomsorgen, og det må etableres et mer systematisk og kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det må settes krav til mengdetrening, til hospiteringsordninger og til kompetanseutvikling. En god grunnbemanning ved fødeavdelingene, en god kompetanse og kontinuitet er avgjørende for å sikre kvaliteten på tilbudet, i tillegg til stabile og robuste fagmiljøer.

Det må bli fortløpende i arbeidet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer, og de må offentliggjøres og bli tilgjengelige for brukere, for helsepersonell og for myndigheter.

Medisinsk fødselsregister må bli et redskap for kvalitetsutvikling av fødetilbudet. Det krever at registerets virksomhet styrkes, slik at data kan gjøres tilgjengelige raske, og at de gjøres tilgjengelige også på institusjonsnivå, slik at de kan gi et grunnlag for konkrete forbedringstiltak på den enkelte fødeinstitusjon.

Avslutningsvis vil jeg si at vi er tilfreds med at det legges vekt på brukermedvirkning i utviklingen av helsetjenester. Det er en styrke at brukere med relevant kompetanse trekkes inn ved utarbeidelsen av regionale planer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer.

Nå står det vanskeligste igjen, nemlig å gjennomføre Stortingets vedtak. Det er nå Regjeringens ansvar!

Jeg tar herved opp forslag nr. 1, fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Presidenten: Representanten Sonja Irene Sjøli har tatt opp det forslag hun refererte til.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [10:13:12]: I dag behandler vi meldingen «En gledelig begivenhet», og det er en positiv melding med et positivt fokus på fødende og tilbudet som gis til dem.

Først har jeg lyst til å berømme saksordføreren, som har gjort en veldig god jobb for komiteen, og som har bidratt til at det er en nesten samlet komité når det gjelder svangerskap, fødsel og barsel. Det er nyanser, og det er forslag vi ikke er enige om – opposisjonen har selvfølgelig sine forslag – men hovedlinjene er vi veldig enige om.

En gledelig begivenhet skal nettopp være det meldingen legger opp til. Vi skal ha en helhetlig svangerskapskontroll, et trygt fødetilbud, tenke på familien som en helhet, ha god kvalitet i alle ledd og ikke minst ha brukerperspektivet med i det vi gjør.

I Norge har vi høy kvalitet når det gjelder svangerskaps- og fødselsomsorg. Vi har f.eks. lav forekomst av komplikasjoner og dødsfall sammenlignet med mange andre land. Men vi kan bli bedre.

Vi politikere får mange innspill når det gjelder fødsel og barseltid. Disse dreier seg ofte om usikkerhet om tilbudene som gis, er gode nok, eller om at tilbudet er for oppstykket. Spesielt gjelder dette, som saksordføreren nevnte, sommerstenging. Det skaper alltid frykt og stort engasjement, men også det med overfylte fødestuer eller mangel på jordmødre er saker vi hører mye om.

Vi har bemerket spesielt dette med sommerstenging og mener det er beklagelig at bemanningen reduseres i månedene det fødes flest barn, nemlig om sommeren. Her må kommunene og helseforetakene samarbeide bedre. Viktigere enn noe er at det gjøres gode avtaler med jordmorberedskapen dersom en absolutt må stenge om sommeren.

Vi er opptatt av at alle skal føle trygghet, men vi har framhevet spesielt kvinner med særlige behov, som f.eks. kvinner med minoritetsbakgrunn. Vi vet at de er en større risikogruppe enn andre, både når det gjelder svangerskap, og når det gjelder fødsel. I parentes bemerket vil ikke Fremskrittspartiet være med på det. De sier i sin merknad at de ikke godtar at noen prioriteres mer enn andre, selv om de vet at det er behov for det, og selv om de vet at det kan forebygge senere komplikasjoner. Dette er litt vanskelig å forstå, fordi tallene bør være tydelige nok når det gjelder komplikasjoner og sykdommer hos noen kvinnegrupper.

Det er noen flere punkter der vi ikke er helt enige, bl.a. når det gjelder ultralyd. Arbeiderpartiet mener at det er viktig at en vurdering av dagens regler og praksis når det gjelder ultralyd, gjennomgås, og vi ser fram til det. Men vi understreker at eventuelle endringer i dagens ordning skal være faglig begrunnet, og det krever en egen sak. Vi presiserer dette, siden det ikke er nevnt spesielt i meldingen i utgangspunktet.

Vi vil, som saksordføreren sa, allerede nå stadfeste at jordmørtjenesten fortsatt skal være i kommunal regi. Usikkerheten om dette kom i prosessen om samhandling, der det ble drøftet andre tilknytninger, og det skapte mye uro. Arbeiderpartiet mener at det er riktig å skape ro om dette nå, og vi velger derfor å si nå hva vi vil, selv før samhandlingsreformen er lagt fram.

Jeg vil framheve dette med god kommunikasjon, som gir trygghet. Regjeringen har varslet at den vil utarbeide en nettbasert informasjonsportal om temaet på flere språk. Vi ber om at dette også gjøres i skriftlig form, og gjøres tilgjengelig over hele landet.

Jeg har lyst til også å nevne tolketjenesten, som det også er viktig å styrke, slik at forvirring i sårbare situasjoner unngås mest mulig.

Som saksordføreren var inne på, er følgetjenesten et annet tema der vi ikke er helt enige. Vi rød-grønne vil ikke lovfeste retten til følgetjeneste, men vi henviser til at syketransport allerede er en del av ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Vi velger å lytte til Nasjonalt råd for fødselsomsorg, som anbefaler 1 til 1½ time reisevei som veiledende grense, som anbefaler 1 til 1½ time reisevei som veiledende grense, alt avhengig av kommunikasjonsforhold og hvor langt fødselen er kommet. Det er forskjell på hvor en

bor i landet, om en f.eks. bor i Vestfold, med forholdsvis korte avstander, eller på Vestlandet, med kronglete veier og lang vei til fødestedet.

Meldingen inneholder en viktig endring når det gjelder inndelingen fødestuer/fødeavdelinger osv. Vi har til nå hatt en måleindikator som sier at antall fødsler angir hvordan dette skal være, noe som har vært det eneste målet, og det sier lite om kvaliteten. Nå sier vi at kvalitet er det som avgjør, og at det skal utarbeides nasjonale kvalitetskrav. Vi forventer nå at de regionale helseforetak følger dette opp med gode systemer for kontroll, som inkluderer både fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

For å få til en god omsorg trengs det god faglig kompetanse, hos jordmødre og barnepleiere, men også hos sykepleiere innen nyfødttmedisin, for det kan jo skje noe med barnet også etter fødselen. Spesialsykepleierne innen nyfødttmedisin utdannes på Lovisenberg, ganske få i året, men vi vil oppfordre helseforetakene til å bruke disse plassene enda mer aktivt. Behovet er til stede, og tilbudet bør sikres en forutsigbar drift. Vi ber helseministeren å merke seg dette, og klart si fra i oppdragsdokumentet at så skjer.

Jeg har lyst til å nevne en annen utdanning som ikke er nevnt i meldingen, men som jeg også synes er veldig bra å ta med her. Det er ultralydopplæringen for jordmødre som skjer på St. Olavs Hospital. Det skjer veldig mye bra innen videreutdanning som vi må ta vare på.

Vi mangler flere som vil jobbe som barnepleiere, men utfordringen er å få ungdom til å søke seg til helsefaglig utdanning. Plasser er det nok av, men vi ser at det må gjøres mer for å få ungdommen til å søke. Det er lagt til rette for videreutdanning og påbygging, og på den måten håper vi at flere vil bli interessert.

Saksordføreren har nevnt flere av sakene vi har presisert i merknadene. Men jeg vil avslutningsvis si at en gledelig begivenhet er en stor begivenhet i den enkeltes liv. Et nytt liv skal ivaretas godt. Med den meldingen som nå er lagt fram, og som vi i komiteen har jobbet med, har vi gjort grep som kan gjøre denne tiden bedre for den fødende og for familien rundt. Ved å sørge for trygghet og kompetanse sikrer vi at denne tiden kan oppleves som en flott hendelse og en gledelig begivenhet for kvinnen og for familien.

Vigdis Giltun (FrP) [10:20:15]: Det å sette nytt liv til verden er for de aller fleste livets største begivenhet, og det er også viktig at man har trygghet for det som skal skje i månedene før man får et barn. Fremskrittspartiet mener at svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng, men vi ser også at det er et stort forbedringspotensial for å skape nødvendig tillit i befolkningen til at tilbudet er trygt nok, og at det sikres god tilgjengelighet. Fremskrittspartiet støtter derfor hovedinnholdet i St.meld. nr. 12, om helhetlig og faglig god svangerskapsomsorg som gir rettigheter og valgmuligheter for gravide og fødende, uavhengig av hvor de bor i landet, egen økonomi og etnisk opprinnelse, men med de forslag til tillegg som vi har vært med på å fremme i saken.

Fremskrittspartiet er enig i de generelle målene for hel-

sepolitikken i Norge, men er skeptisk til den «rasjonering» av helsetjenester som skjer gjennom finansieringssystemet og politiske prioriteringer på forskjellige områder. Dette gjelder også svangerskapsomsorgen. Det er, slik vi ser det, ikke bare de gruppene som trenger det mest, som skal ha rett til helsetjenester både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, men alle som har behov for helsetjenester, skal ha rett til et godt og tilstrekkelig faglig tilbud uten forskjellsbehandling. Dette gjelder også kvinner med minoritetsbakgrunn. Fremskrittspartiet ser derfor ingen grunn til å presisere at denne gruppen skal prioriteres verken i fødselsomsorgen eller i andre sammenhenger, men at alle gis samme gode faglige oppfølging i forhold til den enkeltes behov.

Fremskrittspartiet er sterkt kritisk til sommerstengte fødeavdelinger, nedbemanninger og nedleggelse av fødestuer begrunnet i økonomi. Vi mener at det må legges planer for behovsdekning basert på informasjon om antall fødende i de respektive regionene, og vi støtter derfor Regjeringens forslag om å pålegge de regionale helseforetakene å utarbeide helhetlige og flerårige planer for fødselsomsorgen.

Fremskrittspartiet mener det er viktig å legge til rette for at LAR-brukere som planlegger graviditet, kan slutte med vedlikeholdsbehandlingen før svangerskapet og i stedet tilbys tett oppfølging med medikamentfri behandling gjennom graviditeten. Vi er derfor med på forslaget hvor vi ber Regjeringen om snarest å utarbeide retningslinjer og støttetiltak som sikrer at LAR-brukere som planlegger graviditet, avslutter vedlikeholdsbehandlingen og i stedet tilbys egnede støttetiltak som legger til rette for rusfri og medikamentfri behandling.

Fremskrittspartiet mener at det er viktig med god informasjon til fødende kvinner for å skape en trygg atmosfære og bidra til at kvinner blir kjent med de forandringer og den utvikling som skjer gjennom svangerskapet og ved en fødsel. Vi er imidlertid skeptisk til en generell og overdreven informasjon om psykiske lidelser og muligheten for psykiske reaksjoner av forskjellig art som kan inntreffe i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det at det gis informasjon om farlige og skremmende tilstander som tross alt bare rammer et lite mindretall, kan bidra til å skremme og eventuelt øke frykten hos den det gjelder. Det må imidlertid legges stor vekt på informasjon og grundig oppfølging av dem som rammes av uventede og problemfylte situasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel.

Så til forslaget om tidlig ultralyd. Fremskrittspartiet viser til debatten rundt gravides rett til ultralyd i henholdsvis uke 11–14 og/eller uke 17–19, og debatten i Stortinget i april basert på en interpellasjon fra Sonja Irene Sjøli. Der viste man bl.a. til professor Sturla Eik-Nes ved St. Olavs Hospital i Trondheim som lenge har hevdet at det allerede i uke 12 er mulig å oppdage grove, alvorlige utviklingsavvik hos fostre som man i dag ikke oppdager før i uke 18. I de tilfellene der slike alvorlige avvik blir oppdaget, vil det være bedre for alle involverte at en eventuell avgjørelse om å foreta abort kan komme så tidlig som mulig. Jeg vil også påpeke at det åpner seg muligheter når det gjelder å planlegge even-

tuell behandling eller tilrettelegging for det barnet som ventes.

Utvidet ultralyd kombinert med blodprøve, duotest eller dobbeltest tilbys ved flere private klinikker i Norge til kvinner under 38 år hvis de betaler testen selv, mens kvinner som er over 38 år når fødselen forventes, eller som har Downs syndrom i familien, kan få utført testen på offentlig sykehus. Før uke 17–19 må altså den gravide i tilfeller hvor det ikke er indikasjon på at noe er galt, selv betale for ultralydundersøkelse. Hvorfor skal dette kun forbeholdes noen få? I dag er det faktisk de fleste gravide som foretar en slik undersøkelse og betaler selv. Det er altså ikke noe forbud mot å foreta ultralydundersøkelse, men de fleste betaler selv. Fremskrittspartiet mener at dette skaper et klasseskille mellom dem som kjenner muligheten og har økonomi til å betale for undersøkelsen, og dem som ikke har slik kunnskap og økonomisk evne. Ultralydundersøkelsen bidrar til å styrke de følelsesmessige båndene mellom far, mor og det ufødte barn og eventuelt andre i familien. Kanskje kan en bevisstgjøring tidlig i svangerskapet om at fosteret virkelig er et barn, og ikke bare celler, føre til at færre totalt sett velger å ta abort. Jeg mener at det er viktig å ha fokus på de fordelene ultralydundersøkelse kan gi hvis det tilbys gratis til alle gravide fra uke 11, og at en tett oppfølging med informasjon er viktig hvis noe skulle vise seg å være galt. Det er det ikke alle som får i dag, så lenge det ikke kommer innunder det offentlige tilbudet.

Kvinner skal kunne velge om de vil gå til jordmor, fastlege, helsestasjon eller gynekolog for svangerskapskontroll. Det framholdes i saken at det har vært gjennomført tiltak for å stimulere kommunene til å styrke jordmortjenesten, men det er fortsatt en utfordring med altfor dårlig kapasitet i veldig mange kommuner, faktisk i de fleste kommuner, så tiltakene har med andre ord ikke virket. Det er et gap mellom tilbud og etterspørsel etter jordmortjenester utenfor sykehuset, og det har ført til at det i de senere årene har blitt opprettet kommersielle jordmorsentre, særlig i de større byene. Slike kommersielle jordmorsentre drives med full egenbetaling fra brukerne, altså nok et eksempel på et klassedelt helsevesen. Det uttales at en todelte forankring av jordmortjenesten, slik vi har i dag, der jordmødre i kommunene driver svangerskapsomsorg og jordmødre i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsel, ikke utnytter jordmødrenes spesialkompetanse på hele svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. Det understrekes at en organisering av jordmortjenesten som bedre ivaretar jordmørens samlede kompetanse, bedre vil kunne gi helhet og kontinuitet i tjenesten og trygghet til brukerne. Vi har altså ikke hatt en optimal organisering i dag som utnytter tjenesten til beste for dem som trenger det.

Fremskrittspartiet har valgt å følge det rådet som står i stortingsmeldingen, at man venter med å ta stilling til den endelige organiseringen til samhandlingsreformen legges fram. Det har vært veldig mye snakk om den reformen. Det er beklagelig at det tar så lang tid før den blir lagt fram, og at man får slike saker som disse å ta stilling til før man vet hvordan helsetjenesten skal finansieres og organiseres i framtiden. Vi mener derfor at det er mest riktig ikke å binde oss opp til hvordan denne modellen skal være.

Ellers er vi enig med resten av komiteen i at jordmortjenesten må ha en annen finansiering enn i dag. Men så lenge det ikke er oppgitt hva slags finansiering det er, kan vi ikke gjøre annet enn å støtte oss til det utsagnet, og at det vil være viktig for å sikre en trygg og god svangerskapsomsorg.

Når det gjelder følgetjenesten, avviker vi også der. Vi ønsker ikke å legge det økonomiske ansvaret for den under helseforetakene. Vi har sett at når helseforetakene får ansvar for transport, kan resultatet bli økonomisk motiverte kutt, og det skal det ikke være innenfor den tjenesten, så vi mener at den skal finansieres slik som det blir gjort i dag.

Da tar jeg opp Fremskrittspartiets forslag i saken.

A n d e r s A n u n d s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Vigdis Giltun har tatt opp det forslag hun refererte til.

Laila Dåvøy (KrF) [10:29:21]: Det er en viktig melding Regjeringen har lagt fram. Kristelig Folkepartis umiddelbare reaksjon da meldingen «En gledelig begivenhet» kom, var at Regjeringen ikke tør å ta stilling til strukturen over fødestedene, men delegerer dette til de regionale helseforetakene. Jeg vet ikke om det skyldes interne diskusjoner i Regjeringen, noe som ikke ville være overraskende, for fødselsomsorg er det mange meninger om, og temaet skaper stort engasjement også lokalt.

Men det er behov for at man etablerer en struktur som er egnet ut fra geografiske og befolkningsmessige forhold, og som ikke minst sikrer god kvalitet på tjenestene. Erfaring tilsier at det kan være grunn til å frykte at hensynet til økonomi kan komme til å styre de regionale helseforetakenes vurderinger av fødestruktur, og at fødetilbudet vil variere, avhengig av hvor man bor. La oss bare håpe at dette ikke skjer.

Jeg er glad for at Regjeringen underveis i behandlingen i komiteen har landet på å la jordmortjenesten i kommunene fortsatt være et kommunalt ansvar. Oppfølging av gravide og nyfødte bør etter min mening være lokalt forankret. Noe annet ville være helt feilslått, gitt jordmødrenes tette bånd til og samarbeid med både fastleger og helsestasjoner, slik også mange av høringsinstansene påpekte i komitéhøringen.

I denne høringen fikk vi også et sterkt innblikk i situasjoner der en fødsel ikke oppleves som en gledelig begivenhet. Foreldre som får barn med nedsatt funksjonsevne, kan oppleve sjokk og sorg over dette. På Oslo universitetssykehus, Ullevål, fikk vi høre at de har ansatt en egen veileder for familier som opplever å få et barn med nedsatt funksjonsevne. Denne veilederen samtaler med foreldrene om hvordan de har det og hva som kan gjøres framover, og gir gode råd om hvilke miljøer som kanskje kan hjelpe familien. Veilederen bidrar også til at kommunen på en bedre måte kan være en hjelpende instans når mor og barn kommer hjem fra sykehuset, ved å kontakte hjemkommunen før utskriving. Dette er tilbud som burde

blitt opprettet på alle sykehus med barneavdelinger, slik Kristelig Folkeparti tidligere har foreslått.

Tilsvarende mener vi at det også bør etableres koordinatorene i alle kommuner for familier med barn med nedsett funksjonsevne. Dette må gjøres for å bistå disse familiene i oppfølgingen av barna. Dessverre ble vi i denne salen også nedstemt på et slikt forslag i forbindelse med behandlingen av omsorgsmeldingen.

Til sist litt om ultralyd. Til tross for at fosterdiagnostikk er definert utenfor rammen av meldingen, reagerer Kristelig Folkeparti sterkt på Fremskrittspartiets forslag om å tilby alle gravide ultralydundersøkelse i uke 11–13. For det er godt dokumentert, bl.a. gjennom kunnskapssenterets nye og omfattende rapport, at hovedeffekten av å innføre et slikt tilbud vil være å påvise flere barn med Downs syndrom. I Danmark har innføringen av et slikt tilbud redusert antallet barn som fødes med Downs, dramatisk. Jeg mener det er naivt å tro at ikke dette også vil skje i Norge. En slik utvikling ønsker ikke Kristelig Folkeparti å være med på.

Jeg vil med dette ta opp det forslaget som Kristelig Folkeparti er med på.

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

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [10:33:53]: Det starter med den blå streken. For mange betyr den streken en enorm glede, for andre den djupeste fortvilelse. Nytt liv er som regel bare en gledelig begivenhet. Men en helhetlig svangerskapsomsorg må klare å fange opp ulike behov, ulike livssituasjoner. Ventetiden er fylt av både glede og uro, men for alle blir det store omveltninger.

Det å ha en nær, lokal og trygg svangerskapsomsorg er helt avgjørende. Hvordan et svangerskap forløper, kan ha stor betydning for den kommende verdensborger, på både godt og vondt. Det å ha et godt lokalt tilbud rundt den gravide som kjenner de lokale forhold, ser Senterpartiet på som svært viktig. Ulike gravide vil ha ulike behov. Noen vil ha mest støtte hos en fastlege, andre hos en jordmor. Det at vi skal ha et tilbud om begge deler over hele landet, er viktig.

Senterpartiet er glad for at komiteen slår fast at vi fortsatt skal ha en kommunal jordmortjeneste, og Senterpartiet ser det som svært viktig at vi i kommende helsereformer styrker det lokale tilbudet som ser hele mennesket, både under svangerskapet og i barseltiden som kommer etterpå.

Trygghet og nærhet er helt avgjørende når det gjelder fødetilbud. Soria Moria-formuleringen om at ingen føde- og akutttilbud skal legges ned, kom på grunn av at Norge er et stort land med store avstander. I denne meldingen og i denne innstillingen understrekes viktigheten av nærhet, men samtidig viktigheten av å ha et godt faglig tilbud.

Når det gjelder mitt hjemfylke, Hedmark – et typisk fylke med store avstander – har vi en fødestue på Tynset der det skjer ca. 100 fødsler hvert år. Men i dette nedslagsfeltet er det 60 fødsler som skjer i Elverum eller i Trondheim, fordi man har en god sortering i forkant. Vi er i Senterpartiet også veldig glad for at vi nå skal gjøre

et kvalitetsløft i følgetjenesten, for at den blir et ansvar for helseforetakene, og for at den blir en del av det kvalitetssystemet som helseforetakene har. At vi får et enhetlig system og et klart ansvar med hensyn til fødselssituasjonen, tror vi kommer til å skape en trygghet og et mer kvalitetsmessig godt opplegg enn det vi har i dag.

I dag er nok foreldre mer alene enn tidligere. Før var det ofte storfamilien rundt som var støttende. Vi er derfor veldig opptatt av at en god barseloppfølging er avgjørende, og komiteen har jo i sin innstilling løftet fram det som en av de felles problemstillingene man er opptatt av – altså barseltiden i den første fasen. Så er det også et faktum at liggetiden på sykehusene blir kortere og kortere, at du kanskje blir sendt ut etter én til to dager. Komiteen understreker i fellesskap hvor viktig det er at ingen mødre sendes hjem før det er et betryggende opplegg med hensyn til amming, eventuelt mating med flaske, og at man har en god oppfølging den dagen man kommer hjem til egen bolig, gjennom det kommunale oppfølgingstilbudet.

Skal den blå streken, som noen av oss har opplevd å se, bli en gledelig begivenhet hele veien, er det viktig at vi har et godt tilbud den tiden man går gravid, at man har en trygghet rundt det fødetilbudet som gis, at man har en god følgetjeneste når det er behov for det, og at man har en trygg og god barselomsorg som gjør at de som har spesielle behov, får en sterk oppfølging.

Denne meldingen peker videre på nye forbedringer i et allerede godt system. Senterpartiet er glad for at vi står så samlet som vi gjør i denne saken.

Gunvald Ludvigsen (V) [10:38:13]: Først vil eg takke saksordføreren for eit godt arbeid i komiteen og for ei grundig utgreiing om saka her i dag.

Så til saka og St.meld. nr. 12, En gledelig begivenhet. I Venstre er vi glade for at stortingsmeldinga er avklarande på fleire område. Vi er glade for at meldinga slår fast at dei regionale føretaka skal utarbeide fleirårige og lokalt tilpassa planar for fødetilbodet i regionen saman med dei kommunane det gjeld. Vi er også glade for at heile komiteen står bak dette. Dette vil gjere tilbodet føreseieleg og gi tryggleik for alle dei fødande, ikkje minst i distrikta.

Venstre er også veldig glad for at ein samla komité strekar under at ein må sikre eit desentralisert, differensiert og føreseieleg fødetilbod også i høgtider og feriar – som fleire har vore inne på. Fødetilbodet skal kort sagt vere heilårleg. Og når vi snakkar om det som er føreseieleg: Noko av det som er mest sikkert, er at sommaren kjem. Han kjem kvart år. Høgtider kjem kvart år. Det er inga unnskylding for nokon at dei ikkje klarer å skaffe fagfolk til desse periodane i løpet av eit år. Dei som ikkje klarer det, burde kanskje vurdere stillingane sine.

Venstre er også glad for at ein samla komité seier tydeleg at ein ikkje skal føreta økonomisk motiverte endringar som fører til dårlegare fødetilbod.

Dei gamle nivåinndelingane som var knytte opp til talet på fødslar, blir no fjerna. Det er Venstre glad for. Dei gamle talgrensene førte til mykje uro og usikkerheit både blant tilsette og ikkje minst hos dei fødande. At talgrensene no blir erstatta av kvalitetskrav, er det einaste fornuftige.

Stortingsmeldinga og ein samla komité slår uttrykkjelig fast at vi her i landet skal ha eit differensiert fødetilbud som spenner over alt frå kvinneklinikkar til fødeavdelingar, forsterka fødestuer og ordinære fødestuer. Når eit samstemt storting er så klokkeklar, betyr det at alle er ansvarlege. Ikkje minst må helseforetaka arbeide aktivt og målretta for at Stortinget sin vilje blir gjennomført.

Med meldinga sine klare køyrereglar burde det, som eg ser det, vere lettare enn før å skape eit trygt og føreseieleg fødetilbudsregime i heile Noreg.

Elles omfattar meldinga barselomsorg og jordmortene. Dei synspunkta som eit fleirtal i komiteen går inn for når det gjeld jordmortene, som saksordføraren var inne på, er vi i Venstre veldig einige i.

Å få eit heilskapleg tilbod frå svangerskap til fødsel, barsel og heile kjeda vidare er veldig viktig. Summa summarum meiner eg, og Venstre, at denne stortingsmeldinga klargjer mange viktige punkt som har vore diskuterte i lang tid. Eg trur det vil bli eit betre opplegg for dei fødande og dei pårørande i framtida.

Olav Gunnar Ballo (SV) [10:42:51]: Jeg støtter den innstillingen som foreligger, og som regjeringspartiene naturligvis står samlet om. Det jeg har lyst til å komme med en del betraktninger om, er kvaliteten på og innholdet i fødetilbudet, og hva som er bestemmende for det.

Jeg kan selv huske at da jeg begynte i turnustjeneste i Alta, der det er en fødestue med ca. 150 fødsler i året, hadde det kort tid før vært en setefødsel som gikk galt, og moren mistet barnet – barnet døde. Jeg vil tro at de foreldrene fortsatt tenker: Hvis barnet hadde blitt født på sykehus, hadde de da kunnet berge det? Alt tyder på det. Jeg vil tro at den legen som stod i den situasjonen, siden, gjennom hele sin karriere som lege, vil tenke igjennom: Hva var det jeg gjorde galt, hvordan kunne vi ha hindret dette? Det samme tror jeg jordmoren vil tenke. I en slik situasjon på et sted med relativt få fødsler må man naturligvis tenke igjennom nettopp det. Var det sånn at man i Alta den gang hadde grenseoppganger som var ufornuftige, slik at den fødselen rett og slett ikke burde ha skjedd i Alta? Hadde man for dårlige rutiner med hensyn til ultralyd? Dette er jo mange år siden. Man er nødt til å ha en type kvalitetskontroll som ikke bare går ut på at fordi fødselen skjer nært, er kvaliteten sikret, når det faktisk er noen som mister livet når den skjer nært.

Gjennom de siste årene har jeg sett oppslag i media i Finnmark, to av dem spesielt knyttet til Kirkenes sykehus. Det var et oppslag om at under en fødsel forsvant fosterlyden – man var usikker på årsaken til det, og så ble også mor dårlig. Konsekvensen var at man ved Kirkenes sykehus opplevde en situasjon der både mor og barn døde. Dette er bare to år siden. Så får man en overskrift i Sør-Varanger Avis der det står at dette må ikke føre til en debatt om fødetilbudet ved Kirkenes sykehus. Så går det ett år, og så mister man ved Kirkenes sykehus et barn som skulle vært tatt med keisersnitt, fordi vikarierende gynekolog sannsynligvis ikke hadde kompetanse på keisersnitt, og dermed styrte klar av hendelsen ved å gå og ta seg lunsj i stedet. Det er klart at hvis man får en diskusjon om slike

forhold som om det er et ikke-problem, er vi inne på en særdeles farlig linje. Vi er jo nødt til, som beslutningstakere, å ha oversikt over den typen hendelser. Vi er nødt til å ha innsyn i de vurderinger Statens helsetilsyn gjør, som gjør at vi når det kommer til stykket kan si: Denne kvaliteten er for dårlig. Dere kan rett og slett ikke videreføre dette fødetilbudet som det er i dag – vi er nødt til å stenge det.

Man kan ikke skape debatter der man framstiller det som om ethvert tilbud i Norge i dag er godt nok, for det er det ikke. Vi har hatt diskusjoner om veldig små fødeavdelinger, der man framstiller det som om man sikrer kvaliteten for den gravide ved at de avdelingene videreføres. Det er ikke riktig. Mange av disse fødetilbudene har hatt et kvalitetsmessig for dårlig innhold, og det var helt riktig, som man påpekte i akuttmeldingen allerede i 2001, at de tilbudene ikke burde vært videreført. Så oppstår det reaksjoner i befolkningen – man kan ikke forvente at befolkningen skal ha en faglig innsikt i denne typen kvalitet – som blir understøttet, helt misforstått, av politikere, og som gjør at man viderefører en del tilbud som ikke burde ha vært videreført.

Derfor er diskusjonen om fødetilbudet viktig. Trygve Slagsvold Vedum trakk fram Tynset. Han nevnte fødestuen der, som jeg også har vært og sett på, og som jeg tror er av veldig høy kvalitet. Men det man også bør understreke, er at det som var før på Tynset, var ikke en fødestue, men en fødeavdeling. Når man snakker med dem som jobber der, sier de at det var helt riktig å avvikle fødeavdelingen på Tynset, fordi man ikke kunne oppebære den kvaliteten man trenger på en fødeavdeling, og som også tilsier at man skal ha beredskap av gynekologer, anestesileger og annet personell for å kunne ta keisersnitt. Derfor tar man høyde for det på Tynset og prøver å hindre situasjoner der det kan skje. Derfor bør man også med tanke på en del steder der det i dag er fødeavdeling, si at det er ikke riktig at vi skal fortsette å ha fødeavdeling. Det burde være et annet tilbud. Det burde være en fødestue, slik at vi sikrer oss mot slike hendelser som de jeg har beskrevet ved Kirkenes sykehus, der man rett og slett risikerer livet, hvis man føder der. Slike diskusjoner er man nødt til å tore å gå inn i. Så kan man si: Ved å styrke det tilbudet, ved å sikre at man har vikarordninger, ved å sikre samarbeid med store avdelinger, kan man kanskje beholde kvaliteten. Men hvis vi ikke tør å være tydelig på det, kan det hende at vi lurer deler av befolkningen til å ta del i et tilbud som i dag er kvalitetsmessig for dårlig.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [10:48:11]: Jeg vil starte med å takke helse- og omsorgskomiteen for en veldig godt gjennomarbeidet og viktig innstilling. Etter min mening er det slik at en god melding er blitt supplert med en god innstilling. Det gjør at fødselsomsorgen i Norge kommer til å bli bedre.

Regjeringens mål i meldingen er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg – altså at det blir en gledelig begivenhet for familien. Det er de ansvarlige for tjenesten – de regionale helseforetakene og kommu-

nene – som har ansvaret for helheten i tilbudet. Det betyr et helsetilbud av høy faglig kvalitet, en helhetlig og trygg svangerskaps- og fødselsopplevelse og en familievennlig barselomsorg. Innstillingen støtter fullt ut dette målet, selv om det er mindre politiske forskjeller i synet på enkelte av forslagene vi har for å nå målet.

Jeg er svært tilfreds med at en samlet komité støtter Regjeringens forslag om at regionale helseforetak, i samarbeid med berørte kommuner, skal pålegges å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Planen skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg, slik at gravide og fødende får et sammenhengende helsetilbud av høy faglig kvalitet.

Jeg tror at dette er noe av det aller viktigste, som vi nå blir enige om. For lenge har det vært mer et spill mellom ulike interesser i forhold til et helhetlig fødetilbud i Norge. Det at vi nå tvinger kommuner, helseforetak og fagmiljøer til å sette seg sammen og lage en flerårig, helhetlig plan, tror jeg er et veldig viktig bidrag i det videre arbeidet for å styrke fødselsomsorgen.

Jeg deler komiteens vurderinger, at det er behov for å styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten – både for å sikre et bedre tilbud til pasientene og for å bedre ressursbruken i helsetjenesten. Jeg er klar over at en venter med lengsel etter stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, som vi legger fram i juni. Der vil vi tungt gå inn og se på hvordan vi samlet sett skal styrke helse- og omsorgstjenesten – både for å kunne møte gravide på en bedre måte og for å ta for oss helheten i de utfordringene Helse-Norge står overfor.

St.meld. nr. 12 framhevet jordmørens sentrale rolle i en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Men den tok ikke standpunkt til framtidige modeller for organisering av jordmortjenesten. De fleste jordmødrene er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens en mindre andel er ansatt i kommunene. Et flertall i komiteen mener at jordmortjenesten i kommunene som hovedregel må være et kommunalt ansvar. Dette vil være den best egnede forvaltningsmodellen for å sikre nærhet og tilgjengelighet til tilbudet for brukere i hele landet.

Etter at St.meld. nr. 12 ble lagt fram, har vi i departementet kommet lenger i arbeidet med den tidligere omtalte samhandlingsreformen. Jeg konkluderer derfor nå med at jeg deler komiteens vurdering av dette spørsmålet.

Regjeringen legger vekt på at kommunene må samarbeide om tjenestene der dette er nødvendig. Dette er en viktig premiss ved vurderingen av hvilke oppgaver som kan og bør legges til kommunene. Dette gjelder også den lokale jordmortjenesten. Fortsatt kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvaret for en helhetlig oppfølging av mor og barn, hvor også jordmortjenesten inngår. Kommunene bør legge til rette for at lokal jordmor får en sentral rolle i svangerskaps- og barselomsorg, i samarbeid med helseforetak, helsestasjon og fastlege. For å utnytte jordmorressursene på best mulig måte og for sikre likeverdig tilgang på jordmor bør mindre kommuner inngå interkommunalt samarbeid.

Dersom helseforetak og kommuner inngår avtaler om en felles jordmortjeneste, har vi et godt utgangspunkt for

bedre tilgjengelighet og en mer sammenhengende tjeneste. Avtalene bør inneholde tiltak for å sikre at jordmødre kan utnytte sin samlede kompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Kompetanse i fødselsomsorg er av særlig betydning i områder med lang reisevei til fødeinstitusjon, og avtalene må inkludere beredskap for følge-tjeneste. Videre må avtalene sikre at lokal jordmor får en sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn hjemme de første dagene etter fødselen. Dette må skje i samarbeid med helsestasjon og fastlege.

Flere helseforetak og kommuner har allerede inngått samarbeidsavtaler om svangerskapsomsorgen. For å sikre tilgang til jordmortjenester bør de nye avtalene åpne for at slike ordninger videreføres dersom begge parter finner det hensiktsmessig, for dermed å nå Regjeringens mål om en sammenhengende tjeneste.

Jeg har også lyst til å si på dette stadiet i debatten at det nå er veldig viktig at vi får fortgang i arbeidet med faglige retningslinjer for hva som kreves av fødeinstitusjoner på ulike nivåer. Jeg er veldig glad for at vi har blitt enige om å erstatte ønsket om mange fødeavdelinger med et ønske om å få på plass faglige kriterier. Jeg mener det er veldig viktig, sett i lys av representanten Ballos innlegg, at vi tenker grundig igjennom hvilke krav til faglige kvalifikasjoner som må stilles til fødeinstitusjoner på ulike nivåer. Hvis vi greier å koble gode, faglige retningslinjer med gode prosesser lokalt om en flerårig og helhetlig plan knyttet til fødselstilbudet – og en respekt lokalt for de faglige retningslinjene – tror jeg det kan danne grunnlaget for en god og fornuftig struktur for hele fødselstilbudet i årene som kommer. Derfor tar jeg med meg utålmodigheten når det gjelder arbeidet med disse retningslinjene. For denne stortingsmeldingen har det i hvert fall vært en lang periode fram til fødselen, så vi får ta sikte på at arbeidet med disse retningslinjene ikke går inn i en tilsvarende lang graviditet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Vigdis Giltun (FrP) [10:56:16]: De fleste gravide får det første møtet med barnet når de går til ultralydundersøkelse, og de fleste i dag velger å betale for en slik undersøkelse tidlig i svangerskapet, allerede rundt uke 12. For disse er dette en stor glede, og de knytter seg også mye tettere til det ufødte barnet. Det er viktig for mange å få vite hvordan det står til med barnet de venter.

Fremskrittspartiet har fremmet et forslag hvor vi ber «Regjeringen legge frem forslag om å gi et offentlig tilbud om ultralydundersøkelse til gravide kvinner i 11.–13. svangerskapsuke». Etter hva jeg kjenner til, vedtok Arbeiderpartiet på sitt landsmøte at dette skal innføres. Spørsmålet er da: Vil Arbeiderpartiet stemme for dette forslaget i dag, når det er lagt fram i forbindelse med svangerskapsmeldingen, da dette gjelder en viktig del av svangerskapsomsorgen?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [10:57:17]: Hvordan Arbeiderpartiet vil stemme her i salen, må represen-

tanten nesten spørre arbeiderpartirepresentantene i salen om.

For min del vil jeg som minister si når det gjelder Regjeringens politikk: Det har gått fem år siden vi fikk iverksatt viktige deler av bioteknologiloven. Under arbeidet med denne loven hadde vi også bestemmelser knyttet til fosterdiagnostikk. Da vi laget loven, var det bred enighet her i huset om at vi skulle evaluere loven bredt etter fem år. Så skulle vi, på basis av den kunnskapen den evalueringen gav oss, ta stilling til hvorvidt vi skulle gå videre med eksisterende lov, eller om den skulle fornyes, moderniseres eller endres på noen områder. Jeg føler meg sterkt forpliktet til det opplegget. Det er avsatt midler i budsjettet for i år til en slik evaluering, og den vil starte i år. Dette er mitt svar på spørsmålet.

Sonja Irene Sjøli (H) [10:58:28]: Høyre er opptatt av at gravide får et best mulig helsetilbud der de bor. Vi mener, i likhet med statsråden, at samhandlingsreformen først og fremst må føre til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene styrkes, og at det utvikles flere desentraliserte tilbud også i spesialisthelsetjenesten.

Både statsråden og jeg har besøkt Alta helsesenter og har blitt imponert over det tilbudet som er der. Alta fødestue er et utmerket tilbud til kvinner i regionen, et tilbud som sikrer at flere kan føde i sitt nærmiljø – og dermed slippe reisen til Hammerfest og sykehusinnleggelse der. På Alta helsesenteret er det et ultralydapparat, men det kan kun brukes av helsepersonell fra Hammerfest sykehus – og de er til stede noen dager i måneden. Jeg mener det ville være hensiktsmessig å gi jordmødrene i Alta fødestue opplæring i å bruke apparatet, slik at de kan foreta undersøkelser når det er behov for dette – og dermed spare gravide for reisen til Hammerfest. Slik jeg ser det, ville dette være helt i tråd med samhandlingsreformens intensjon. Hva mener statsråden om dette? Vil han kunne bidra til at jordmødrene ved Alta fødestue vil kunne foreta undersøkelsene der, slik at gravide slipper lang reisevei?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [10:59:39]: Jeg greier ikke helt å overskue helheten i den problemstillingen Sjøli her tar opp. Derfor må jeg rett og slett be om å få komme tilbake med et svar på dette.

Vi har, så vidt jeg vet, et system i Norge der også jordmødre kan foreta ultralydundersøkelser. Det er knyttet en opplæring til det ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Men om det er mulig å gjennomføre den på en slik måte som representanten Sjøli nå etterspør, vil det antakelig ikke være klokt av meg å svare på nå. Derfor må jeg be om å få komme tilbake til det.

Laila Dávøy (KrF) [11:00:29]: Jeg vil ta opp dette med kvalitet. Først har jeg lyst til å berømme saksordføreren for at det står mye om kvalitet i innstillingen. I likhet med statsråden er jeg enig i at det er en god innstilling.

Jeg er helt enig i, og det er spennende, at vi skal erstatte tallgrensene vi har i dag, med kvalitet. Men det står egentlig lite i meldingen om kriteriene. Det er antydning lite grann, og så står det hvordan man skal jobbe fram dette,

hvilke instanser som skal være med. Det jeg har tenkt å spørre om, er: Hvor stort ser statsråden for seg at dette arbeidet er – hvordan er tidsaspektet for det? Kan statsråden nå forsikre at vi vil få et likt system og en lik implementering over hele landet? For det vil være viktig når man skal få kvalitetskriterier.

Det siste er: Jeg synes man også bør ta med arbeidstakerorganisasjoner – jeg tenker både på Legeforeningen, Jordmorforeningen, Jordmorforbundet – i dette arbeidet.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [11:01:34]: Alt arbeid med slike nasjonale retningslinjer er omfattende og et viktig arbeid. Fordelen nå er at vi begynner å få erfaringer med det. Det ruller nå ut faglige retningslinjer og faglig veiledning fra Helsedirektoratet på område etter område. Jeg tør ikke her og nå si hvor lang tid det vil ta. Men som jeg gav uttrykk for i mitt innlegg, og som jeg har en veldig klar oppfatning av at komiteen er enig i, er at det er viktig å sette fortgang i arbeidet. Det skal jeg sørge for. Så må vi passe på at hastverk ikke blir lastverk. Vi må få gode retningslinjer.

Til det å ha med Legeforeningen, Jordmorforeningen osv. vil jeg si at det ikke er viktig å ha med fagforeningene, men det er viktig å ha med jordmorkompetanse, legekompentanse og allmenn sykepleierkompetanse. Det er altså viktig å ha med kompetansen. Det er veldig vanlig at disse retningslinjene lages gjennom arbeidsgrupper som er bredt faglig sammensatt.

Gunvald Ludvigsen (V) [11:02:49]: Kvalitet er naturligvis viktig, og kvalitet er ofte knytt til fagfolk. Det blir ei utfordring å rekruttere fagfolk, spesielt gynekologer, til dei mindre fødeavdelingane. Klarer ein ikkje det, vil fødeavdelingane rotne på rot.

I ein merknad frå komiteen heiter det:

«Komiteen er kjent med at det er mange privatpraktiserende spesialister som har driftsavtaler med regionale helseforetak (...) Komiteen mener det må være et mål at spesialister med driftsavtaler skal bidra til å oppfylle helseforetakenes «sørge for ansvar». Komiteen mener det bør vurderes, der hvor det ligger til rette for det, om privatpraktiserende gynekologer kan inngå i vaktberedskapen ved fødeavdelingene.»

Det er altså ein samrøystes komité som uttaler det. Korleis vil statsråden følgje opp dette?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [11:03:50]: For det første er jeg enig i det som står i merknaden. Jeg er veldig opptatt av å tenke slik at alle private avtalespesialister er en del av sørge for-ansvaret. Når vi nå får en endring i strukturen og knytter de private avtalespesialistene tettere opp til de regionale helseforetakene, er det nettopp fordi jeg og Stortinget skal kunne stille tydelige sørge for-krav til de regionale helseforetakene, og peke på at i utøvelsen av sørge for-ansvaret må man også ta med de private avtalespesialistene. I den grad man sliter med sørge for-ansvaret, må man vurdere om man skal ha flere private avtalespesialister. Det spørsmålet er en del av den daglige dialogen mellom departementet og de regionale helsefo-

retakene. Jeg kan gjerne forsikre meg om at de regionale helseforetakene har forstått dette i en fødselssammenheng.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

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

Sonja Irene Sjøli (H) [11:05:21]: Jeg vil vise til at en enstemmig komité mener at Regjeringens forslag om en plikt for helseforetakene, dvs. fødeavdelingene, til å vurdere behov for følgetjeneste ikke gir tilstrekkelig trygghet for fødekvinne med lang reisevei til fødestedet. Opposisjonspartiene mener derfor – og jeg mener de drar den logiske, riktige slutningen – at det må innføres en individuell rett til følgetjeneste for gravide som har mer enn en times reisevei til fødeavdeling, dersom det er behov for det og den gravide ønsker det, og at følgetjenesten utføres av kvalifisert personell, lege eller jordmor. Regjeringspartiene mener derimot at følgetjenesten må vurderes i hvert enkelt tilfelle, og at syketransport med ambulans skal ivareta behovet for de fødende kvinnene.

Jeg ser i Adresseavisen 27. mai at stortingsrepresentant Asphjell sier at Regjeringen er opptatt av kvalitet, men at en lovpålagt følgetjeneste ikke vil gi bedre kvalitet. Det mener jeg er oppsiktsvekkende. Selvsagt blir kvaliteten bedre. Det gir forutsigbarhet og trygghet for fødekvinne. De har krav på kvalifisert følgetjeneste når fødselen er i gang og de har 10–20 mil til fødeavdelingen, for de kan jo føde underveis. Mener regjeringspartiene at ambulanspersonell, sågar en drosjesjåfør, er gode nok fødsels- og hjelpere? Det er stor mangel på jordmødre i kommunene, og det vil det være i lang tid framover.

Jeg har jobbet som jordmor og distriktsjordmor i 20 år – i Distrikts-Norge, ved små fødeavdelinger, også i Troms. Jeg har fulgt mange til fødeavdelinger. Jeg har hatt transportfødsler og uplanlagte hjemmefødsler, og jeg kjenner de utrygge forholdene mange fødekvinne i Distrikts-Norge har, svært godt.

Representanten Asphjell mener sågar at det vil være bedre å tilrettelegge for at fødende med lang reisevei kan bo på sykehotell i lengre perioder i forkant av fødselen. En slik tanke er iallfall ikke født av en kvinne! Mener de for alvor at kvinner i Distrikts-Norge skal flytte på sykehotell og bo der i lengre perioder, borte fra mann og barn, i påvente av fødsel? Eller at de skal bo på sykehotell dersom mannen er på fiske, i Nordsjøen eller på Stortinget?

Det er ikke for sent for regjeringspartiene å snu i denne saken. Jeg vil sterkt oppfordre til å stemme for forslaget om en individuell rett til følgetjeneste. Regjeringen snudde i går i spørsmålet om likebehandling av private og offentlige barnehager. Å sikre en individuell rett til følgetjeneste er en mindre snuoperasjon.

Elisabeth Aspaker (H) [11:08:02]: Dette er en viktig sak. Jeg kommer fra en landsdel og et fylke med store avstander som kan virke uoverkommelige i visse situasjoner. Ekstra følbart er dette når man har bruk for sykehus, og som her: når man har bruk for en fødestue eller en fødeklinikk.

Regjeringen har gjort det til et slagord å ta hele landet i bruk, men møter seg selv i døren i denne saken. Senterpartiet, som liker å framstille seg som distriktparti nr. 1, burde gjort det til en fanesak å få på plass en ledsagertjeneste for gravide med lang reisevei til stedet hvor fødselen etter planen skal skje. Partiet skuffer stort her i dag.

Det er ikke få barn i Norge som har sett dagens lys på vei til sykehus eller fødestue fordi reisen ofte kan være lang. Heldigvis går det som regel bra, men det er disse barna og deres mødre Høyre vil gi en tryggere start i livet.

Det er uforståelig om Stortinget heller ikke i dag er i stand til å manne seg opp til å fatte vedtak om en kompetent følgetjeneste, der enten jordmor eller lege kan bistå kvinner i den kanskje mest sårbare situasjonen man kan tenke seg.

Paradoksalt nok har Stortinget gitt husdyr i Norge bedre vern enn gravide kvinner. Dyrevernsloven setter nemlig bom for transport av drektige kuer og hester de to siste ukene før fødsel. Kvinner i Distrikts-Norge, derimot, har regjeringspartiene ingen motforestillinger mot å utsette for – i verste fall – flere timers kjøring uten det tilsyn kvinner i tettbygde strøk får tilbud om når fødselen er i gang og de raskt kan være fremme på fødestedet.

Høyre mener tiden er overmoden for at rettigheten til en ledsagertjeneste for gravide lovfestes. Svært mange kvinner i Norge har lang reisevei til stedet der de skal føde, og tilbud om følgetjeneste vil gi kvinner viktig og nødvendig trygghet i slutten av svangerskapet.

Lovfesting av en følgetjeneste for fødende vil i Nord-Norge og i Distrikts-Troms innebære at mange kvinner kan gis langt bedre oppfølging og en langt tryggere transport til fødestedet.

Om Regjeringen virkelig mener alvor med at det skal være attraktivt også for unge mennesker som er i en situasjon hvor de setter barn til verden, å bo i Distrikts-Norge, er et godt helsetilbud og i denne sammenheng forsvarlig transport til fødestedet etter Høyres mening av avgjørende betydning. Dette er viktig for de kvinnene det gjelder, og for de mange distriktskommunene, som dermed vil kunne gi sine vordende mødre og fedre et kvalitativt bedre tilbud i fødesituasjonen.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [11:10:49]: Jeg synes nesten det er lavmål å trekke inn transport av drektige kuer og sammenligne det med kvinners graviditet, for det er to fullstendig forskjellige ting.

Hva er det vi gjør nå, og hva er det Regjeringen har varslet at en skal gjøre? Jo, en skal sikre kvaliteten. Staten skal ta ansvaret, og en skal forbedre dagens ordning.

Fram til i dag har det vært veldig ulikt. I de små kommunene er det, som det har blitt sagt av flere, dårlig dekning av jordmortjeneste. Hvorfor gjorde ikke Høyre noe med det i forrige periode? Nå tar regjeringspartiene ansvar og sier at det er statens ansvar, uansett hvor du bor, å sikre at har du behov for det, skal du få en følgetjeneste. Staten skal ta regningen. Det er jo det som skjer nå. Det skjer et kvalitetsmessig løft og en tydeliggjøring av ansvaret for at alle, uansett hvor de bor i Norge, etter pasientrettighetsloven skal ha rett til følgetjeneste hvis det er behov for

det. Det vil skje en vurdering i forhold til det behovet som er. Det er ingen sykkelig tilstand å skulle føde, men vi har en pasientrettighetslov som sikrer at hvis du har behov for det, har du rett til transport. Staten tar nå ansvaret, tar regningen. Vi gjør et kvalitetsmessig løft.

Så gjør vi én ting til. Vi ønsker å styrke den lokale jordmortjenesten for å få et bedre tilbud gjennom hele svangerskapet, gjennom tiden etterpå, og vi prioriterer å få ressursene inn der, slik at kommunene skal bruke sine ressurser der. Så skal staten ta ansvaret for transporten, så vi i sum får en tryggere og bedre tjeneste enn slik det har vært til nå, og slik det var i forrige periode.

Laila Dávøy (KrF) [11:12:33]: Det er et veldig viktig tema vi nå diskuterer. Også saksordføreren framhevet glimrende dette med følgetjeneste som et viktig ledd i hele fødselsomsorgen.

Også jeg har lyst til å slå et slag for dette forslaget, og jeg anmoder på det sterkeste regjeringspartiene om å følge dette forslaget slik det nå foreligger, nemlig at kvinner som har mer enn én times reisevei, bør få følgetjeneste. Etter min mening er det ikke godt nok når man sier at de som har behov for det, skal få det. Slik er ikke virkelighetens verden der ute hvis man ikke har et system der man har en vaktordning for jordmortjenesten. Det har man noen steder i landet, f.eks. i Nordhordland. Der har man gått sammen interkommunalt om en jordmortjeneste både i de små og i de store kommunene. Det fungerer faktisk veldig bra. Kvinner kan være trygge.

Men det som jeg er svært bekymret for, er at det er altfor mange kvinner som kommer alene til fødestedet, og så skjer det at de altfor ofte blir sendt hjem igjen fordi fødselen ikke er kommet langt nok, mormunnen er ikke stor nok. Dette ser vi skjer med kvinner som kan ha flere timers reisevei. De sendes tilbake igjen i taxi. Jeg har snakket med mange av dem, og de blir veldig urolige. Derfor tror jeg at det å ha en vaktberedskap med jordmødre, ha jordmødre som kan være med til sykehuset eller til fødestedet, er helt avgjørende. Det vil skape trygghet, det vil skape den nødvendige roen og verdigheten rundt kvinnen. Da vil en også – hvis en har dette systemet – kanskje unngå at altfor mange reiser for tidlig til fødestedet.

Jeg vil på det sterkeste anmode om at vi må skape denne tryggheten rundt fødende kvinner i dag. Hvis det er et område jeg føler at vi ikke gjør det godt nok i dag, er det på området kvinner i en fødesituasjon. Jeg synes at tilbudet i det siste nesten er blitt verre og verre. Det skal gjøres raskere og raskere. De får nesten ikke ligge på fødestedet lenger. På de store sykehusene er det et enormt trykk for å få dem ut nesten fortere enn svint, som vi sier. Det er også et problem som jeg ønsker at statsråden skal være veldig oppmerksom på i sitt videre arbeid med meldingen.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:15:20]: Jeg registrerer med skuffelse at Senterpartiet faktisk ikke vil følge opp et forslag som det har vært positivt til tidligere. Representanten Slagsvold Vedum viser til at det ikke ble gjort noe i forrige periode. Saken er at i 2001 bidrog Høyre veldig sterkt sammen med helseministeren den gangen, Tore Tønne, til

å sikre en desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Så ble det regjeringsskifte, og de vedtak som Stortinget hadde gjort, ble fulgt opp av den forrige regjeringen. Men det var ikke godt nok. Det ble ikke nok jordmødre ute i kommunehelsetjenesten, og det ble ikke god nok kvalitet. Det ble heller ikke den omgjøringen av fødeavdelinger til fødestuer, som Stortingets vedtak hadde forutsatt. Det var også bakgrunnen for at Nasjonalt råd for fødselsomsorg, som ble opprettet i 2002, uttalte at de hadde et dårlig samarbeid med departementet i 2006–2007. De la derfor ned sine verv i protest mot at de ikke fikk gjennomført det som var vedtatt. Jeg vil faktisk anbefale alle å lese Helsetilsynets rapport – det er ganske sterk lesning.

Da disse spørsmålene kom opp i 2006, sa tidligere helseminister Brustad at hun skulle legge fram en handlingsplan for svangerskaps- og fødselsomsorgen. Den ventet vi på i to år. I fjor vår, da den ikke kom, la Høyre fram et forslag i Stortinget om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, inkludert forslaget om en individuell rett til følgetjeneste. Så kom etter hvert tidligere helseminister Brustad på banen og varslet en stortingsmelding. Det har altså gått ett år, men jeg er veldig glad for at vi nå har fått behandlet den. Det er historien her og bakteppet – det er det viktig å ha med seg.

Men, som sagt, jeg registrerer med skuffelse spesielt Senterpartiet, som har vært så opptatt av dette. Jeg hørte representanten Slagsvold Vedum nevne noe om dyrevernloven her. Det var faktisk en representant fra Senterpartiet som for noen år siden gjorde oss oppmerksom på at drektige kviger faktisk har bedre vern enn kvinner som bor ute i distriktene, når det gjelder å få følge til fødeavdelingen. Det er en holdning Senterpartiet har stått for tidligere. De har også stått for å få en trygg og god følgetjeneste, og Slagsvold Vedum sa selv at man skal ha rett til følgetjeneste. Men hvem er det som skal vurdere om man skal få gjennomført den retten. Det er det ikke gitt noe svar på fra regjeringspartiene i dag.

May Hansen (SV) [11:18:47]: Dette er en viktig stortingsmelding. Det er faktisk slik at det viktigste mange av oss gjør her i livet, er å føde barn. Det er en stor opplevelse for familien, nå også for fedre som i noen år har fått lov til å være med på fødselen. Det er viktig at ramme-ene rundt et svangerskap og en fødsel er kvalitativt gode. Godt svangerskap avhenger av at man får god omsorg i svangerskapet, og ikke minst under fødselen.

Jeg vil også berømme saksordføreren. Jeg synes det er blitt en veldig god behandling av meldinga. Vi er jo de to første jordmødrene på dette stortinget, og det er veldig bra at en jordmor har tatt hånd om denne meldinga.

Jeg vil langt på vei støtte det som er sagt i forbindelse med følgetjeneste. Men vi har et stort problem i Norge: Vi har ikke nok jordmødre ute i kommunene. Det første man nå må få på plass for at kvinnen skal kunne velge om hun vil gå til jordmor, lege, eller hva hun vil i svangerskapet, er jordmødre rundt omkring i landet, slik at man kan ha en følgetjeneste som er god. Mange sitter rundt omkring med 20 pst. og 25 pst. stillinger, som det er helt umulig å kunne leve av, og mange steder får man ikke pensjons-

poeng. Jeg mener det første som må skje, også i forhold til samhandlingsreformen, er å bemanne opp jordmortjenestene rundt omkring i kommunene. Jeg er selv ansatt både i kommune og på sykehus fifty-fifty, når jeg ikke er her. Det er klart at dette er helt avhengig av at vi får styrket jordmortjenestene ute i kommunene.

Jeg hørte min gode partikollega, representanten Ballo, ha et innlegg her om små fødeavdelinger. Nå er jo jeg hjemmefødselsjordmor også, og jeg mener at kvinner skal ha et desentralisert og godt fødselstilbud, og skal kunne få lov til å velge. Det er ikke slik at fordi man er på en stor fødeavdeling, kan det ikke gå galt. Det er faktisk slik at de store fødeavdelingene i mye større grad griper inn i en fødsel, noe som kan gi komplikasjoner. Det er ikke lenge siden Verdens helseorganisasjon faktisk konkluderte med at det er tryggere for frisk mor å føde barnet hjemme enn å føde på store sentrale fødeavdelinger – det er en risiko ved det, også på infeksjonssiden.

Fra SVs side har jeg bare lyst til å si at et desentralisert og godt fødselstilbud er viktig, slik at kvinner og menn kan velge den fødselsopplevelsen de vil ha.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:21:59]: Først vil jeg gjerne få understreke to ting jeg er veldig glad for: Det ene er at ved at May Hansen supplerer meg, kommer vi som parti mye bedre ut. Det andre er at jeg vil slutte meg til det som flere har sagt om det arbeidet som er gjort av saksordføreren – Sonja Irene Sjøli har gjort et utmerket arbeid, og komiteen har fungert på sitt beste fordi man har vært lydhør for innspill, og har på den måten kommet godt ut.

Det som jeg synes er litt synd i kjølvannet av det, er jo at nå har representanten Sonja Irene Sjøli beveget seg ut på et sidespor, som om det plutselig råder stor uenighet i denne salen, og at vi har sviktet grovt når det gjelder kvaliteten på ledsagertjenesten for de fødende. Det er heldigvis ikke riktig. Alle er opptatt av kvaliteten. Vi er opptatt av at den må styrkes, og at vi skal ha jordmødre tilgjengelig. Jordmortjenesten er jo en lovpålagt tjeneste.

Men jeg har lyst til – ikke for å ironisere eller være ufin – å problematisere det noen tror veldig sterkt på, nemlig at lovfesting gir et bedre vern og en styrket tjeneste. Mener forsamlingen her at man bør ha en lovfestet rett til å få fjernet blindtarmen hvis den er betent? Mener forsamlingen at lovfestet rett til å få komme først inn på legevakten dersom man er den sykeste på venterommet, er noe som vi bør innføre? Det skulle ikke være så urimelig i utgangspunktet hvis man mener at det skal være en lovfestet rett til å få følgetjeneste hvis man er gravid. Mener forsamlingen at det skal være en lovfestet rett til å få en ergoterapeut til å se på hensiktsmessige kjøkkenløsninger hvis man har hatt slag? Mener forsamlingen at man skal ha en lovfestet rett til å få keisersnitt hvis bekkenet er for trangt til at man kan føde normalt? Mener forsamlingen at man skal ha lovfestet rett til ambulansefly hvis man har vært utsatt for en alvorlig trafikkulykke, og derfor ikke bør ha vanlig bilambulans?

Altså: Poenget er at lovfesting på mange måter blir en absurditet når det man er nødt til innenfor helsevesenet, er å ta stilling til den faktiske situasjonen som foreligger, og

det behovet man da har for transport. Det er jo helt åpenbart at hvis man har en gravid som har begynt å få rier, og som er i en situasjon der man trenger høy kompetanse, må man jo vurdere kompetansen med det som utgangspunkt, ikke med utgangspunkt i at man skal slå opp i en lovsamling for å se hva som står. Det er jo derfor vi, flertallet, ikke har gått inn for forslaget fra Sonja Irene Sjøli og opposisjonen. Det er også derfor opposisjonen, dersom de en dag selv kommer i posisjon, heller ikke selv kommer til å innføre dette – rett og slett fordi helsevesenets oppgave er å foreta faglige vurderinger av hva som er forsvarlig og nødvendig i den enkelte situasjon. Derfor vil vi naturligvis heller ikke få en lovfesting av retten til å få fjernet blindtarmen hvis den er betent.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [11:24:59]: Jeg skal ikke gå inn i en debatt med noen, men jeg har bare lyst til å redegjøre litt for tenkningen bak de presiseringer som Regjeringen er innstilt på å gjøre når det gjelder følgetjenesten.

Da har jeg lyst til å ta utgangspunkt i det forhold at det bærende prinsippet i Helse-Norge er at alle skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det er det som er grunnlaget for rettighetslovgivningen vår – altså nødvendig helsehjelp. Videre følger det av det at det bærende prinsippet er at sluttvurderingen knyttet til hva som er nødvendig helsehjelp, er en vurdering som gjøres av helsepersonell. Det kan være ulikt helsepersonell i ulike sammenhenger. I dette tilfellet, hvis det f.eks. er jordmor som følger opp graviditeten og er nærmest, kan det være det helsepersonellet som foretar sluttvurderingen. Hvis man har oppfølging av gravide hos fastlegen, kan det være det helsepersonellet som gjør sluttvurderingen. Men det er også veldig viktig å si at når man skal vurdere rett til nødvendig helsehjelp, og sluttvurderingen foretas av helsepersonell, skal den vurderingen gjøres i nær dialog med pasienten – i denne sammenheng den fødende.

Det vi er veldig opptatt av i denne sammenheng, er at helsepersonell skal være bevisste på at det å gi en følgetjeneste kan være helt rett nødvendig helsehjelp, selv om det rent medisinsk ikke er nødvendig, dersom det trengs for at den fødende skal føle seg trygg på veien til fødestedet. Dette vil selvfølgelig fanges opp gjennom arbeidet med de faglige retningslinjene og vil bli en viktig del av det.

Det som så langt har vært det store problemet med tanke på det ansvaret som i dag er for følgetjenesten, er at mange rent praktisk ikke har greid å følge opp dette. Nettopp for å koble en praktisk virkelighet med denne lovforståelsen har vi sagt at staten nå skal ta ansvaret for følgetjenesten, og at det er helseforetakene, som jeg da skal følge tett opp, som må organisere seg slik at det blir en reell rettighet. Det betyr at det i visse områder finnes vaktberedskap for følgetjeneste, som representanten Dávøy viste til. Det synes jeg er et godt eksempel på hvordan helseforetakene nå må rigge seg for at dette skal bli en reell rettighet. I så måte blir det en reell rettighet på linje med andre pasientrettigheter, altså at man har rett på nødvendig helsehjelp. Det er en beslutning

som helsepersonell tar, men i nær dialog med den det gjelder.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:28:16]: Representanten Ballo beskylder meg for avsporing i debatten, men den avsporingen synes jeg faktisk at det er representanten Ballo som står for, og det fortjener derfor ikke noen ytterligere kommentarer.

Det er et annet spørsmål jeg har lyst til å ta opp, og det gjelder legemiddelassistert rehabilitering for gravide. Norske myndigheter advarer gravide mot å spise blåmuggost og drikke mer enn to kopper kaffe daglig. Da er det oppsiktsvekkende at de samme myndighetene deler ut metadon og Subutex til gravide rusavhengige. Resultatet er at barna fødes med sterke abstinenser og utviklingsforstyrrelser, og det er rapportert et urovekkende høyt antall dødsfall blant disse spedbarna.

Faktum er at vi ikke vet hvilke skadevirkninger denne medikamentbruken har på barna på lang sikt. Vi mener barn har rett til å fødes uten abstinenser, og barn av rusavhengige må få like god beskyttelse mot helseskader som andre barn. Samfunnet har et særlig ansvar for å beskytte disse barna. Vi må legge avgjørende vekt på hensynet til barnas helse. Vi kan ikke eksperimentere med barn, men må så langt som mulig beskytte dem mot risiko for helseskader. Jeg er glad for at hele komiteen støtter vår merknad på dette punkt, og mener det må bety at barn ikke lenger skal være prøvekaniner i forskningsprosjekt som skal avdekke skadeomfanget på barn som utsettes for Subutex og metadon under svangerskapet.

Det er påpekt at nedtrapping under svangerskapet kan være skadelig for barn, og at avrusing etter fødsel kan være bedre. Det er imidlertid åpenbart at LAR-brukere som planlegger graviditet, må rådes til å slutte med metadon og Subutex før svangerskapet. Myndighetene må sørge for gode skjermede behandlingsopplegg som gjør et rus- og medikamentfritt svangerskap mulig.

Samarbeidsregjeringen bevilget i 2005 øremerkede midler til medikamentfrie behandlingsopplegg for gravide, rusavhengige og LAR-brukere for å beskytte barna mot helseskadelig bruk av metadon, Subutex eller rusmidler. I en interpellasjonsdebatt i 2006 bad Høyre om at LAR-brukere som planlegger graviditet, må trappe ned på metadon og tilbys et skjermet behandlingsopplegg uten medikamenter i svangerskapet. Statsråd Brustad uttalte da at hun ville be helsemyndighetene om å utarbeide nye retningslinjer for helsetjenestens oppfølging av gravide LAR-brukere. Det framgår av en pressemelding fra Helsedirektoratet i mars i år at de vil være ferdig i 2010. Jeg vil spørre statsråden hvorfor det tar så lang tid. Hva gjør statsråden for å beskytte disse barna bedre mot helseskader? Jeg vil også utfordre regjeringspartiene til å svare på hvorfor de ikke er villige til å støtte forslaget om et klart pålegg til fagmiljøene om at rusavhengige som planlegger graviditet, skal trappe ned på metadon og Subutex.

Kenneth Svendsen hadde her overtatt presidentplassen.

Linda C. Hofstad Helleland (H) [11:31:25]: Det er gledelig at Stortinget i dag behandler en helhetlig melding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Da er det samtidig trist at ikke Stortinget benytter muligheten til å sørge for at fødende kvinner over hele landet får hevet kvaliteten i fødselsomsorgen betraktelig. Det er nødvendig, for de siste årene har vi sett en forverring i fødetilbudet. I Trøndelag, der jeg er fra, opplever vi sommerstengte fødeavdelinger. Vi opplever at fødeavdelingene på St. Olavs blir stengt, at det bare er en avdeling som er åpen, og at kvinner i fødsel blir overlatt til seg selv på gangen. Vi har vært vitne til at det har vært fødsler på avdelinger uten at jordmor har vært til stede. Det er helt nødvendig at vi nå får en heving i kvalitetstilbudet.

La meg si to ord om følgetjenesten. For det første ønsker jeg en avklaring fra helseministeren: Er det slik at han stiller seg bak sin kollega Asphjells uttalelse i Adresseavisen om at hvis det tilbudet som følgetjenesten i dag innebærer, ikke er fullverdig, skal kvinner før fødselen legges inn på sykehushotellene? Vil det være Regjeringens politikk? Er det slik vi nå skal legge opp fødetilbudet – at bor man langt nok unna sykehuset, skal vi sørge for at alle kvinner legges inn på sykehushotell i tiden før en fødsel? Det må nesten helseministeren svare på.

Jeg må også kommentere Senterpartiets representant Slagsvold Vedum. Jeg blir mildt sagt sjokkert over å sitte i stortingssalen og høre Senterpartiets representant forsvarer at Senterpartiet ikke vil gå inn for en kvalitetsheving av følgetjenesten for kvinner ute i distriktene. Hvis vi skal gjøre det mulig for unge folk som ønsker å få barn, å leve ute i distriktene, da skal vi gi dem en mulighet til å føle seg trygge når det nærmer seg fødsel og kvinnen skal føde på et sykehus som er langt unna.

I Trøndelag har jeg selv opplevd en episode på et sykehus, der jeg møtte en kvinne som kjørte fra Frøya eller Hitra, helt alene, for det var ikke mulig å få tak i jordmor. Hun fødte på veien til sykehuset, og det var ikke noen god opplevelse å høre hennes historie. Det er ikke noen god start i livet for et barn å bli født i en bil eller på en ferje på vei til sykehuset, og det er ikke noen god opplevelse for mor.

Vær så snill: Jeg ber regjeringspartiene snu. Dere snudde i går i barnehagesaken. Dere skjønte at dere gjorde noe galt, og dere bør skjønnere at dere også gjør noe galt i dag og støtte opposisjonspartiene.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [11:34:51]: Jeg har ikke noe nytt å si om Regjeringens holdning til følgetjenesten, så det lar jeg ligge.

Det som fikk meg til å ta ordet igjen, var diskusjonen om dem som deltar i LAR-behandling. Man kan si at det er veldig viktig å dele den problemstillingen inn i to.

Det ene er spørsmålet om hva slags råd man gir til dem som deltar i LAR-programmene i forhold til det å bli gravid. Der er vi 100 pst. enige. Det er en veldig klar og sterk anbefaling at mens man går på metadon og Subutex, bør man absolutt ikke bli gravid. Det er en del av veiledningen i LAR, og man tilbyr også prevensjonsveiledning osv. til LAR-deltakere for å forhindre graviditet.

Men det vanskelige spørsmålet er: Hva om noen likevel blir gravide mens de deltar i LAR? For meg er ikke det et politisk spørsmål. Jeg har spurt Helsedirektoratet, som min faglige rådgiver: Hva er det beste for barnet dersom en som går på metadon eller Subutex, blir gravid? Og da sier Helsedirektoratet til meg at det er det selvfølgelig en viss faglig uenighet om, men den oppsummerte anbefalingen er at det er bedre at den gravide gjennomfører graviditeten mens man går på metadon, og at man behandler barnets abstinens etter at det er født, enn å behandle barnets abstinens mens barnet er i mors mage. Så lenge det er den faglige anbefalingen, støtter jeg den. Hvis det skulle komme et nytt faglig råd om at man nå tror det er bedre å behandle barnet i mors mage, vil jeg støtte det.

Det rådet som Helsedirektoratet gir, er i tråd med rådet fra Verdens helseorganisasjon. Men man har nå en full gjennomgang av dette spørsmålet en gang til, oppsummerer kunnskap, og skal komme med nye faglige retningslinjer i løpet av 2010. Man har en bredt sammensatt faglig komité som gjennomgår spørsmålet igjen. Hvis det da skulle komme, som sagt, en anbefaling om at nå ønsker man å behandle abstinensproblematikken mens barnet er i mors mage, så har det min fulle støtte. Det er umulig for meg som helseminister å stå her og si at Helsedirektoratet og Verdens helseorganisasjon anbefaler at vi behandler abstinensen til barnet etter at det er født, men det er jeg politisk uenig i. Jeg føler ikke at jeg kan drive helsepolitikk på den måten. Helsepolitikk er en miks av fag og politikk, og her mener jeg at vi er veldig på fagets felt. Så lenge den faglige anbefalingen er som den er, føler jeg veldig sterkt for å følge den, men å utfordre faget på om det er oppdatert, om det er gjennomtenkt, om det er gjennomarbeidet, det gjør jeg.

May Hansen (SV) [11:38:21]: Jeg vil bare støtte opp under at det faktisk er slik at man pr. i dag også har rett til følgetjeneste hvis man trenger det.

Jeg bor selv en halv time unna den sentrale fødeavdelingen i Østfold, og jeg følger mange kvinner. Det er viktig at man i svangerskapsomsorgen kartlegger de tilfellene hvor det er risiko å føde veldig raskt. Det er jo slik at hvis man har født raskt første gangen, gjør man det i hvert fall andre gangen. Det er viktig at man i svangerskapsomsorgen tar ansvar for å kartlegge hva kvinnene trenger. Det er jo også slik at de sentrale fødeavdelingene rykker ut der det er risiko for at folk skal føde raskt, og det vurderer også eventuelt folk i sykebilen når den kommer. Personlig har jeg fulgt mange kvinner i fødsel, både hvis man trenger det ut fra f.eks. psykiatri, og hvis man vet at det her er risiko for å føde tidlig. Jeg mener at jordmødre er de beste til å vurdere det, det må jeg få sagt, og derfor må vi ha en god jordmortjeneste rundt omkring i kommunene som har stillingsbrøker som man kan leve av.

Så vil jeg si en ting om sommerstengte fødeavdelinger. Jeg vil be ministeren om å si fra rundt omkring til helseforetakene at det kan man ikke gjøre, for det er slik at de fleste kvinner føder på sommeren. Det er fak-

tisk da man har den største fødselsboomen i dette landet, det kan man se på en hvilken som helst fødeavdeling rundt omkring i landet. Hvis man har sommerstengte fødeavdelinger, blir også presset på de sentrale, store avdelingene så stort at man kanskje føder alene også der. Det skjer. Derfor er det viktig at man har høy beredskap når fødselstallene er høye. Det er ikke slik at det fødes like mange barn hver dag i dette landet. Det går opp og ned, og derfor må også fødeavdelingene være bemannet i forhold til hvor stort presset er, og at det er varierende fødselstall.

Jeg kommer fra et sted som er sentralisert, og til og med der sommerstenger man fødeavdelinger og bruker økonomi som argument. Jeg mener at det er helt uakseptabelt, og jeg syns meldinga sier veldig mye om at det ikke skal skje. Så jeg ber om at det skjerpes inn i forhold til helseforetakene.

Presidenten: Trygve Slagsvold Vedum har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [11:41:28]: Jeg følte behov for en merknad til representanten Hofstad Hellelands innlegg, som var meget sjokkerende – som hun uttrykte det.

Hun påstod i sitt innlegg at Senterpartiet i dag ikke går inn for å styrke følgetjenesten. Det er faktisk feil. Det er nettopp det vi gjør ved å statliggjøre følgetjenesten, slik at det blir et statlig ansvar uansett hvor det er i landet. Om det er i Follidal eller om det er i Oslo, er det et statlig ansvar å ha en god følgetjeneste. Da får vi en beredskap og en større trygghet, et enhetlig system, rundt selve følgetjenesten, i motsetning til i dag, da den er veldig avhengig av dekningen i den enkelte kommune. Hvis det i dag ikke er jordmordekning, har staten ansvar for å sikre at det blir en forsvarlig og god følgetjeneste. Det er jo en bedring av dagens situasjon, ikke en forverring, som man kunne få inntrykk av at Hofstad Helleland mente at det var. Vi tar et ansvar. Vi mener at staten skal ta ansvaret, fordi en ikke klarer å dekke dette godt nok rundt om i Kommune-Norge. Det er bra for kvinner som står foran fødsler rundt omkring i hele landet.

Presidenten: Olav Gunnar Ballo har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:42:42]: Jeg har også en kommentar til Linda Hofstad Helleland, for hun sa at vi er imot kvalitetsheving av følgetjenesten – som jo er helt feil. Det er jo ikke det dette handler om.

Nå er jo bilene stort sett gjennomgående tomannsbe-tjent. Det er et utstyr i ambulansene som det ikke var for få år siden, og man er i ferd med å styrke det ved at helseforetakene får et helt annet ansvar enn før. Spørsmålet her er imidlertid om lovfesting styrker den situasjonen. Nå er jo jordmortjenesten en lovfestet tjeneste. Likevel beskriver også opposisjonen at det er stor mangel på jordmødre ute

i kommunene. Da må man altså sette i verk andre virkemidler, nemlig å rekruttere jordmødre og tilrettelegge for å få flere i stillingene. Det er ikke lovfesting i seg selv som løser det problemet – det har jo nettopp vært synliggjort med den mangelen man har i kommunene når det gjelder jordmødre.

Så er jeg veldig enig i resonnetet til statsråden om at man ikke politisk kan vedta det som man helsemessig skal vurdere. Det ville jo være som om man på et landsmøte skulle vedta at man skulle ha ultralyd for gravide mellom uke 10 og uke 13. Det skal man selvfølgelig ikke. Det må jo være opp til helsemyndighetene å vurdere hvorvidt det er fornuftig.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:44:11] (komiteens leder): Etter å ha hørt avslutningen på debatten og hørt hvor uenigheten er, er det i hvert fall åpenbart at man er enig om det meste. Så er det et par punkter som man er uenige om, og enkelte prøver å lage et litt større nummer av det enn det som muligens er nødvendig. Da må jeg bare få minne representanten Ballo om følgende: Stortinget er den lovgivende og bevilgende forsamling. Det er Stortinget som skal sette en del stolper for hva som skal gjøres innenfor lovverket.

Når det gjelder ultralyd, som representanten Ballo selv var inne på, er det styrt gjennom lov, bl.a. når en ultralyd skal kunne gjøres i det offentlige.

Når det gjelder det som har med helsehjelp å gjøre, der representanten Ballo på en eller annen merkverdig måte prøvde å skille mellom hva man skulle gi rett til og ikke rett til, tror jeg det blir en fullstendig avsporing, for nettopp når det gjelder den betente blindtarmen, har du rett på helsehjelp når du har behov for det. Den rettigheten ligger altså der. Gravide er i utgangspunktet friske personer, men det er friske personer som har behov for bistand til å gjennomføre sitt svangerskap og fødselen, så det kommer faktisk i en annen kategori.

Det som har med ledsagertjenesten å gjøre, er utrolig viktig. Jeg skal ikke påta meg noen stor kompetanse på feltet, for jeg har kun vært med på to fødsler – og hvis jeg skal få lov: Foreløpig synes jeg det også er nok! Men jeg må få si følgende: Den usikkerheten som mange føler i en sånn situasjon, særlig som førstegangs fødende, og gjerne ute i distriktet, samtidig som vi ser at fødeavdelinger er lagt ned, vi ser at de er sommerstengte, og vi ser også problemer knyttet til enkelte steds omlegging av ambulansetjenesten, gjør at det faktisk er viktig at vi har på plass et lovverk som ligger i bunnen, slik at vi sikrer nettopp disse tingene. Det er jo det som – jeg holdt på å si – alle andre enn regjeringspartiene ønsker å få på plass her.

Så vil jeg selvfølgelig støtte statsråden i det som har med gravide under LAR-prosjektet å gjøre. Men jeg tror det er litt viktig at statsråden også gir noen ytterligere incitament knyttet til at man må gjøre mer forskning på feltet, for selv om man skal innhente råd fra forskjellige miljøer, tror jeg det er viktig at vi også går inn og forsker og ser på dette for å få et godt grunnlag for de rådene som da skal gis.

Bare én ting til: Den totale omsorgen er selvfølgelig det som er viktig her. Når statsråden sier at det er helseforetakene som skal ha ansvaret i forbindelse med ledsagertjenesten, tror jeg man må pålegge dem å inngå avtale nettopp med kommunene og den jordmortjenesten som ligger der, for det kan ikke være slik at man skal dra ut to timer fra sykehuset for å hente den gravide, og så tilbake igjen. Da taper man mye tid.

Inge Lønning (H) [11:47:25]: Komitelederen henviser nettopp til sine erfaringer med to fødsler. Jeg går ut fra at den ene var hans egen, for akkurat den erfaringen har jo de fleste av oss, formodentlig.

Det kan vel være verdt å minne om på tampen av denne debatt at graviditet og fødsel er ikke sykdommer. Det å være gravid er ikke en sykdomstilstand, men det er en veldig spesiell tilstand og en meget sårbar og utsatt tilstand. En fødsel er en ganske gjennomgripende påkjønning, så vel for mor som for barn, og eventuelt får hvis han skulle være til stede. Det som må være ledestjernen her, må nødvendigvis være å skape størst mulig trygghet for alle de involverte parter, primært for det aller mest sårbare, nemlig det barnet som er underveis, og som forhåpentligvis skal kunne forløses på vellykket måte, dernest for den fødende kvinne, og dernest for familien som helhet. Slik sett synes jeg komiteens innstilling ved at den på de fleste punkter er båret opp av en bred konsensus, er et adekvat svar på akkurat det, og at det man fra komiteens side har understreket, kanskje vil bidra til å øke tryggheten enda litt mer enn det som fra før av er tilfellet i vår norske fødselsomsorg.

Det var to ting til som jeg følte behov for å kommentere så vidt. Det ene var statsrådets utsagn om at helsepolitikk er en miks av fag og politikk. Ja, det er det selvfølgelig. Men nettopp derfor synes jeg kanskje at helseministerens veldig skarpe skille mellom det som er bare fag, og det som er bare politikk, egentlig ble litt ulogisk, og at det også blir litt ulogisk når det gjelder dette med bruk av narkotiske stoffer under svangerskap, bare å gjemme seg bak de rent faglige autoriteter, hva enten de befinner seg i Genève eller de befinner seg i Oslo. Fullt så lett tror jeg ikke man slipper fra det, for også de faglige autoriteter legger jo svært ofte politiske vurderinger til grunn. Da er det vår oppgave som politikere også der å være litt på vakt og sortere de faglige elementene som bare er faglige, fra de politisk skjønsmessige vurderingene som også fagfolk selvfølgelig foretar.

Så en liten kommentar til dette med ultralyd. Dette er et tema som har vært gjenstand for to konsensuskonferanser i årenes løp i Norge, og begge gangene var det full enighet faglig om at det nåværende tilbud med én undersøkelse i et normalt forløpende svangerskap ressursmessig og faglig var det eneste riktige. Derfor forbauser det meg at noen bare med henvisning til én enkelt faglig autoritet, kan fremme forslag om at dette skal forandres over natten. Man bør vel i det minste gå veien om en konsensuskonferanse.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 3212)

Sak nr. 2 [11:50:57]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen, Kari Kjønås Kjos og Ib Thomsen om etablering av hospice (Innst. S. nr. 224 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:37 (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 fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Gunvald Ludvigsen (V) [11:51:42] (ordfører for saka): Den førre saka handla i hovudsak om livets byrjing. Denne saka handlar om livets sluttfase. Fødetilbod og barsel- og svangerskapsomsorg skaper, som vi no har høyr, stort engasjement, og det er viktig, og det er riktig. Men også den saka som vi no skal behandle, fortener merksemd og engasjement. Derfor er det bra at Stortinget får denne saka om hospice på dagsordenen.

Representantforslaget går i utgangspunktet ut på at det blir foreslått å oppretta i statleg finansieringsordning for etablering og drift av hospice i Noreg. Hospice er ikkje akkurat noko norsk namn, men som det står i innstillinga, har «hospice (...) som oppgave å sørge for at døende mennesker gis en verdig og trygg avskjed med livet i rolige omgivelser med omsorgsfull og» – som det står heilt til slutt – «god lindrende behandling og pleie».

Komiteen stør forslaget intensjon om betre palliativ behandling og omsorg ved livets slutt. Komiteen har også uttrykt at dei meiner at eit slikt tilbod må vere godt integrert i heile helsetenesta, slik at menneske med behov for lindrande og/eller palliativ behandling kan få eit godt tilrettelagt tilbod så nær bustaden sin som mogleg.

Som eg nemnde innleiingsvis, forslagsstillarane ønskjer ei statleg finansieringsordning for hospice, men komiteens medlemmer frå Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre meiner at dette

«ikke i tilstrekkelig grad vil ivareta hele behandlingsforløpet for palliativ behandling all den tid så mye av behandlingen vil måtte skje ved ambulante team, sykehjem og lignende».

I komiteen er det eit fleirtal bestående av Framstegspartiet, Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre som viser til at både personal- og ikkje minst medikamentkostnader ved palliative einingar er mykje høgare enn i ei vanleg sjukeheimsavdeling, og at kostnadene for opphald ved palliative einingar i sjukeheimar er omtrent det halve av kostnade-

ne ved sjukehusopphald. Sidan det ikkje finst noko finansieringssystem for palliative einingar i sjukeheimar, meiner denne fraksjonen at dette må på plass. Dette fleirtalet fremmar på dette grunnlaget eit forslag som går ut på at «Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etablert en finansieringsordning som ivaretar kostnadene ved palliative enheter i sykehjem».

Framstegspartiet har avvikande forslag, og eg antek at Framstegspartiet sjølv vil kommentere forslaga.

Det som er slottsatsen her, er, som vi ser av innstillinga, at komiteens tilråding til I blir fremma av Framstegspartiet, Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre. Når det gjeld II, er det ein konstallasjon som består av Arbeidarpartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti, Kristeleg Folkeparti, Senterpartiet og Venstre. Det framgår av innstillinga.

Sonja Mandt-Barthol森 (A) [11:55:51]: Som saksordføreren sa, behandler vi i dag ytterkantene av livet – begynnelsen og slutten.

Det er ingen som er uenige om at vi må ha et godt tilbud når det gjelder palliativ behandling i Norge. Uenigheten kommer først når det dreier seg om hvem som skal gi tilbudet, og hvordan det skal finansieres. Representantforslaget dreier seg om det.

Det er viktig at det tilbudet som gis pasientene i en av de vanskeligste fasene i livet, der en er nær avslutningen på livet, ofte med både fysiske og psykiske smerter, er et godt tilbud. Det må ha god kvalitet, pleierne må ha god kompetanse og kunne tilby ulike former for smertelindring.

Det er mange gode tilbud rundt om. Mange kommuner har bygd opp god ekspertise på feltet, enten ved egne avdelinger eller senger som er tilpasset behovet. Det mangler likevel tilbud flere steder, og dette bør bygges ut videre. Her kan vi lære av hverandre, se hva som fungerer, og se hva som best ivaretar alle de elementene som må være til stede for god lindrende behandling.

Mange dør også i akuttavdelinger eller på sykehus i vanlige sengeposter, der kompetansen er god, men omgivelsene ikke alltid er tilrettelagt. En kan ikke bestandig der ivareta pårørende godt nok i en travel sykehushverdag. Det vet jeg godt av egen erfaring som sykepleier på en avdeling med mye palliativ pleie.

På komiteens tur til Danmark besøkte vi et hospice og hørte hvordan det fungerte. De var fornøyd med det de fikk til, og det så veldig bra ut. Informasjon som vi har fått i etterkant, viser at i Danmark har det offentlige tilbudet blitt svekket på grunn av oppbyggingen av hospicer rundt om. Det vil ikke Arbeiderpartiet være med på.

Det er verdt å merke seg de betenkeligheter som Legeforeningen framførte i høringen når det gjelder å bygge opp tilbud på siden av det offentlige. Det er ofte vanskelig medisin, som krever sammensatte tilbud som f.eks. operative inngrep, stråling eller sterke opiat. Derfor trengs få, men gode tilbud som kan gi dette. Lindrende behandling er ikke bare behandling i siste fase av sykdommen, men også når kurativ behandling er stoppet. Kompetansen til det personellet som skal jobbe med pasienter i denne gruppen, må være faglig god. Bekymringen er at hvis en sprer

seg på for mange steder, blir det mangel på kompetanse der det trengs. Vi mener at fagmiljøer av denne typen bør være samlet og kunne utvikle seg til beste for pasienten.

Arbeiderpartiet ønsker seg en videreutvikling og en bedring av tilbudet når det gjelder palliativ pleie, og oppfordrer alle kommuner til enten å etablere avdelinger selv eller gå sammen med andre kommuner og opprette avdelinger som ivaretar denne gruppen – i samarbeid med sykehusene. Vi ser fram til samhandlingsreformen, som kanskje kan ivareta dette.

Det å legge til rette for ambulerende team så folk kan få dø hjemme, er også viktig. Vi foreslår derfor at forslaget legges ved protokollen. Vi er ikke uenig i at folk skal få gode tilbud, men vi er uenig i veien til det gode tilbudet – en klar skillelinje mellom vår tankegang og satsing og de borgerliges. Verdighet og god lindring er målet, og etter vår mening skal det skje i offentlig regi.

Så vil jeg også henlede oppmerksomheten på at det finnes mange ideelle, gode organisasjoner som driver palliativ pleie, og de må selvfølgelig også få rom for utvikling.

Vigdis Giltun (FrP) [11:59:51]: Livets siste fase kan for mange være både smertefull og uverdlig. Ifølge Høgskolen i Gjøvik er det til enhver tid ca. 15 000 personer som kan ha behov for palliativ pleie i livets siste fase. For disse menneskene er det viktig med smertelindring, pleie og omsorg, og at det ikke primært legges vekt på sykdomskontrollen, men på livskvaliteten til pasienten og de pårørende. Målet med behandlingen skal være pleie og omsorg og økt livskvalitet, målet skal ikke være å forlenge livet eller dødsprosessen.

Nærhet til hjemmet i denne fasen vil være ønskelig og viktig for de fleste. Men dette er bare mulig hvis helsevesenet organiseres som en sammenhengende kjede med stor grad av fleksibilitet. I tillegg er det nødvendig å inkludere familien som en ressurs, og å forberede de pårørende og lære dem hvordan de skal pleie den alvorlig syke.

Leger og sykepleiere vil være de mest sentrale i et palliativt team sammen med prest, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog, ergoterapeut osv. Det kan være mange forskjellige, men det er individuelt hvem det er behov for å ha i et team. Presset på sykehusene gjør at man i sykehjemmene i økende grad må ta seg av komplekse problemstillinger. De døende blir eldre, og 40 pst. av alle dødsfall skjer i dag i sykehjem. Det betyr at spesialistene i palliative team må kunne bistå sykehjemslegen ved konsultasjoner, og at teamets øvrige kompetanse kan benyttes.

Det er også behov for styrking av hjemmebasert omsorg og opprettelse av egnede plasser i sykehjem. I tillegg bør det opprettes flere hospicer. Det finnes faktisk aktører som ønsker å drive hospice, men som ikke får tilby sine tjenester i dag. Komiteens fagreise og besøk ved et hospice i Danmark hvor de tilbyr et verdig omsorgstilbud og palliativ pleie til mennesker i livets siste fase, viste at dette er et riktig tilbud til mange. I tilknytning til hospicet var det også en ambulant virksomhet for å tilby palliativ pleie i hjemmet. Det ble også opplyst at flere pasienter gikk inn og ut av sykehus mens de var på hospicet. Nå er det altså problemer med finansieringen og samhandlingen med det

offentlige helsevesenet som hindrer at det etableres flere hospicer som et tilbud til pasienter i Norge.

Fremskrittspartiet ser det som viktig at palliativ pleie kan være tilgjengelig der det er best for pasienten. For å imøtekomme behovet bør det utvikles forskjellige alternativ, og pasienter som ikke må oppholde seg på sykehus, bør få mulighet til å motta palliativ pleie og omsorg ved et hospice, på en palliativ sykehjemsavdeling eller i eget hjem – etter den enkeltes behov. Ofte kan dette skje vekselvis på flere steder etter som pasientens tilstand og behov for behandling og pleie endrer seg. Det er årsaken til at vi foreslår en statlig finansiering som følger pasienten. Dette for å sørge for finansiering enten pasienten oppholder seg på et sykehus, et hospice, en sykehjemsavdeling eller i eget hjem. Det er også den eneste formen for finansiering vi kan se fanger opp helheten og muligheten til å velge.

Palliasjon gis ikke bare til eldre i den siste fasen, men også til pasienter med kronisk, langtkommen hjerte- og lungesykdom, MS, aids og andre sykdomstilstander. Vi vil sannsynligvis se et økende behov for denne typen omsorgs- og pleietilbud i årene som kommer.

Gjennom øremerkede midler er det fordelt midler til en del prosjekter innenfor lindrende behandling, men i mange kommuner finnes det ikke noe palliativt tilbud i sykehjem eller hospice. Forklaringen er ganske enkel: Finansieringen av lindrende behandling på sykehus er ivaretatt gjennom ISF-ordningen knyttet til DRG-kode, men det er satt spesielle krav til institusjonene for å utløse denne taksten. Problemet er at pengene ikke utbetales til sykehjemmene eller til hospicene hvis disse ikke har avtale med helseforetakene – men det er det forslag om å endre i dag. Det er en av de største utfordringene for en videreutvikling av palliative tilbud i tiden som kommer, og det trenger en snarlig løsning. Det handler igjen om finansiering av omsorg og pleie. Det er altså en propp i systemet at i det øyeblikk pasienten flyttes inn i kommunehelsetjenesten, følger det ikke penger med. Det gjelder finansiering av både medisiner og bemanning.

Siden 2002 har det vært en egen tilskuddsordning som har gått til å styrke tilbudet om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus. Dette har altså ikke vært nok. Jeg vil også vise til at Sylvia Brustad helt klart har uttalt at hun ønsker flere hospicer. Jeg mener at et fleksibelt palliativt tilbud krever god samhandling, men det krever også finansieringsløsninger som stimulerer til slike tiltak.

Jeg tar opp Fremskrittspartiets forslag om å igangsette prøveprosjekt med hospice der staten går inn med tilskudd til drift, og også forslaget om en egen statlig finansiering for palliativ pleie – altså all type palliativ omsorg.

Jeg vil også si at Fremskrittspartiet subsidiært kommer til å støtte komiteens innstilling under I.

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

Inge Lønning (H) [12:05:27]: Det historiske utspring for alt som heter helsetjenester, er den antikke filosofi rundt legekunst. Den klassiske definisjonen tilbake til Hip-

pokrates definerer legens rolle i tre ledd: helbrede, lindre, trøste. Det kan være verdt å minne om at den samme Hippokrates, som var en meget klok mann, la til: Helbrede kan vi i noen tilfeller, lindre kan vi i de fleste tilfeller, trøste kan vi i alle tilfellene.

Når det er grunn til å minne om det, er det fordi vår moderne holdning mer og mer har gått i retning av å insistere på at helsetjenestene er til for ett eneste formål, nemlig å helbrede, kurere, enhver tenkelig sykdom. Hvis man har en slik oppfatning, skapes det for det første helt urimelige forventninger, som gjør at svært mange med nødvendighet blir skuffet. Da vil gjerne forventningene finne andre veier, hva enten det er i retning av Snåsa eller andre steder på kloden – hvis den grunnleggende forventning er at enhver tilstand må kunne helbredes. Derfor ser vi en viltvoksende etterspørsel etter såkalte alternative helsetjenester i det moderne overflodssamfunnet.

Den andre grunnen til at det er viktig å minne om dette, er at denne forventningen om at alt skal kunne helbredes av vitenskapen, også har en bakside, nemlig at når man tvinges til å konstatere at det ikke er noe mer man kan tilby gjennom vitenskapelig begrunnet behandling, oppstår det et eiendommelig overslag som går i retning av at da må man i hvert fall kunne komme med sprøyten som avslutter livet, fordi det på en måte er den endelige, siste form for helsetjeneste. Jeg synes det er ganske tankevekkende at en slik idé kan slå igjennom på grunnlag av et benkeforslag på et politisk landsmøte. Det forteller ganske mye om mentaliteten i det moderne overflodssamfunnet.

Jeg tror Hippokrates hadde rett. Kanskje er det enda lettere å se det i dag enn det var på hans tid, at uansett hvor flinke vi blir til å håndtere sykdomstilstander, vil ethvert individuelt livsløp ha en avslutning. Det kan ingen gjøre noe med. Det man kan gjøre noe med, er å sørge for at mennesker får lov å leve helt til de dør, dvs. at også den siste delen av livsløpet blir definert som en del av det totale livsløpet, og ikke som en meningsløs blindtarm som det gjelder å forkorte. Hippokrates hadde rett. I dag er det vel kanskje riktig til og med å si at man kan utvide ledd 2: Vi kan i realiteten lindre alle tilfeller med de hjelpemidler vi har til rådighet i dag. Det finnes ikke former for fysisk smerte som det ikke er mulig å lindre, vel å merke dersom kunnskapen blir tatt i bruk på adekvat måte. Det er der skoen trykker i dagens helsevesen.

Jeg ble litt forvirret da Sonja Mandt-Bartholsen trakk inn skillet mellom det offentlige og det private i denne sammenheng. Jeg kan ikke skjønne at den debatten egentlig har noe i denne sammenheng å bestille, for den pionerinsats som er gjort i Norge hittil når det gjelder å ivareta dette med å lindre og trøste, er jo alt sammen gjort av pionerer, enkeltpersoner, innenfor private organisasjoner. Derfor har vi et Hospice Lovisenberg. Derfor har vi et hospice ved Haraldsplass i Bergen. Derfor er det ildsjeler som ønsker å etablere hospicetilbud andre steder i Norge. Jeg kan ikke fatte og begripe at svaret på det kan være at fordi det ikke skjer i offentlig regi, så bør det heller ikke oppmuntres og støttes. Jeg er ikke i stand til å skjønne Legeforeningens motstand. Jeg er heller ikke i stand til å skjønne regjeringspartiens tilslutning til Legeforen-

ingens motstand, for dette dreier seg vitterlig ikke om et enten–eller, men om et både–og. Hadde vi ikke hatt de hospiceinstitusjonene vi har i Norge i dag, hadde tilbudet i det offentlige helsevesenet og bevisstheten om dette i det offentlige helsevesenet vært langt mindre utviklet enn det faktisk er. Dette er ikke et enten–eller. Det er et både–og.

Laila Dāvøy (KrF) [12:10:54]: Det er litt spesielt å stå her i dag og behandle et forslag fra Fremskrittspartiet om omsorg for døende bare få dager etter at det samme partiet har vedtatt på sitt landsmøte å åpne for aktiv dødshjelp.

Satsing på lindrende behandling og dermed aktiv livshjelp er etter min mening hovedgrepet for å sikre alle en verdig død. Livets ukrenkelighet må gjelde livet ut. Vi vet jo i dag at undersøkelser fra Nederland og fra Oregon viser at relativt få av dem som ber om hjelp til selvmord, eller eutanasi, gjør det på grunn av plagsomme symptomer, som smerter eller åndenød. De viktigste årsakene for de fleste er snarere frykt for slike symptomer. Å tillate aktiv dødshjelp vil bety en ny rolle for helsepersonell. Gjennom helsetjenesten sier samfunnet til den enkelte: Du er verdifull, og vi vil ha deg her så lenge det går. Målet må derfor alltid være å redde liv og lindre lidelse, slik også representanten Inge Lønning var inne på.

Lindrende behandling defineres som behandling i livets slutfase, der ikke bare smertelindring gjennom medisiner, men også psykososiale, eksistensielle og åndelige tiltak er sentrale. Dette er hjelp til hele mennesket. Jeg er enig med representanten Lønning i at vi i dagens Norge kan gi alle en verdig og smertefri død hvis vi tar i bruk alle de virkemidler vi har, faglig, medisinsk og på annen måte.

Tilbudet i livets slutfase må derfor styrkes. Kristelig Folkeparti har i eldreadtalen med Regjeringen fått gjennomslag for at stimuleringstilskuddet til bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser også kan gå til bygging av hospiceplasser i kommunene. Det er viktig at tilbud om lindrende behandling er et helhetlig tilbud. Det må finnes både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene gjennom institusjonsplasser og ambulante team som kommer hjem. Utveksling av kompetanse og utstrakt samhandling mellom nivåene er helt avgjørende. Alle må og skal være trygge for at de får den hjelpen og støtten de trenger for en verdig død. Kristelig Folkeparti støtter forslaget om å etablere en finansieringsordning som sikrer kostnadene ved palliative enheter.

I dagens debatt om aktiv dødshjelp ønsker jeg også å nevne den nye nasjonale veilederen om begrensnings av livsforlengende behandling, som faktisk kom for få dager siden. Det er etter min mening en meget god veileder som vi alle her i Stortinget faktisk burde slå opp i og lese. Det har vært jobbet med den i lang tid. Den er reflekterende og virkelig god og kommer til å bli til nytte for helsepersonell, som faktisk har etterlyst den lenge. Den vil kunne bidra til at mennesker i slutfasen av sitt liv får styrket respekt og verdighet.

Det er svært viktig å bygge opp flere avdelinger og plasser for døende i vårt land. Men det er også avgjørende at vi som samfunn får til en helhetlig omsorg for og behandling av mennesker i livets slutfase, uavhengig av hvor

det enkelte mennesket oppholder seg i den siste tiden det lever.

Til sist vil jeg sitere en liten del av det Marie Aakre, som er leder for Rådet for sykepleieetikk, skrev for bare få dager siden i en artikkel i Sykepleieren:

«Respekt for liv er viktigere enn autonomi. Respekt for liv er den viktigste og mest fundamentale etiske norm vårt samfunn og helsetjenesten bygger på. Døden og dødsprosessen hører livet til.»

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [12:15:45]: Dette er en debatt der en kan lære mye av å høre på representanter fra både Høyre og Kristelig Folkeparti og reflektere over det som blir sagt. Det er mange gode innlegg.

Jeg vil begynne med å si at vi i Senterpartiet er glødede engasjert i hospicetanken. Jeg kan illustrere det med at vår parlamentariske leder satt i det første styret for Hospice Norge. Jeg selv satt i styret for eierselskapet til Lovisenberg Sykehus, og har vært dypt engasjert i de private, ideelle starttilbudene som har vært.

Omsorg ved livets slutt er en veldig krevende oppgave innenfor helsetjenesten. Det utfordrer oss som politikere, det utfordrer de pårørende som skal ha den omsorgen og ikke minst fagfolk. Døden er livsreisens slutt, og det er i veldig mange sammenhenger i det daglige jaget på et sykehus, i sykebil, ved akuttmottaket, på sykehjemmet at døden inntreffer. Noen ganger skjer det brått, andre ganger rolig. Men vi trenger folk i ambulansen, på sykehuset, ja overalt i helsetjenesten, som har forståelse for og ord rundt døden, og som vet hvordan man omgås folk som er døende.

Hver dag opplever noen å bli rammet av alvorlig sykdom, og noen opplever tap av sine nærmeste – tap som kan endre livet fundamentalt for dem. Jeg ser forslaget fra Fremskrittspartiet som et ønske om at vi skal ha institusjoner som skal ha spesialkompetanse på å møte døden, hospice-tanken – der den døende får dekket både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Nettopp det sosiale aspektet er svært viktig. Hospice har dette elementet, bl.a. ved frivillige, som er en viktig del av tenkningen omkring behandlingen av alvorlig syke og døende. Målet er en verdig utgang på livet.

I tillegg til at hospice er et tilbud til de enkelte pasienter gjennom dagsenter, og også sengeplasser når folk skal dø og ikke lenger kan stå på beina, har de en stor oppgave med å drive undervisning, ikke bare innenfor spesialisthelsetjenesten, men også innenfor kommunehelsetjenesten. Når hospice fungerer godt, er dette det viktige mellomleddet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som gjør at pasientene, uansett om de er hjemme eller i en seng på et hospice, er omgitt av de samme folkene. Å drive undervisning for mennesker som jobber innenfor kommunehelsetjenesten, er en viktig del av virksomheten både på Sunniva Hospice og ved Hospice Lovisenberg.

Regjeringspartiene har bedt om at forslaget blir vedlagt protokollen. Både i denne debatten og tidligere debatter har statsråd Hanssen vektlagt at han har stor sans for filosofien som ligger til grunn. Vi har i denne innstillingen vektlagt hvor viktig det er at alle deler av helsetjenesten bevisstgjøres i sitt møte med døden – om det er i ambu-

lansen eller ved akuttmottaket. Vi mener at det aller viktigste er at vi klarer å støtte opp om nye hospicer og de hospicer som allerede er der, som inspirasjonssentre, slik at det brede helsevesenet blir løftet, at vi får et språk, en behandling og et tilbud både til den døende og de pårørende i alle deler av helsevesenet.

I denne saken, som i så mange andre saker, er det ildsjeler som viser vei for det offentlige, og det offentlige kommer etter. Det er målet her at hospicene kan virke som inspirasjon, slik at vi får den filosofien og tanken inn i den offentlige virksomheten.

Olav Gunnar Ballo (SV) [12:19:43]: Isolert sett er det forslaget som Fremskrittspartiet har kommet med, positivt, i den forstand at det signaliserer en vilje til å styrke kvaliteten på omsorgen i livets slutfase. Men når forslaget kobles opp mot det vedtaket som partiet har gjort på sitt landsmøte, blir et sånt forslag som dette også helt uhyrlig. Hvis man tenker seg at man skal utvikle tilbud i samfunnet som er slik at helsepersonell skal gjøre seg tilgjengelig for ethvert ønske, uansett hva det ønsket måtte være, og uten at man skal reise motforestillinger mot de ønskene, er det jo ikke trygghet som skapes, det er den komplette usikkerhet uten noe fundament i bunnen for de menneskene som står svakest og er mest utrygge. Det er etter mitt syn det som gjør det Fremskrittspartiet har vedtatt på sitt landsmøte, sjokkerende, rystende og forferdelig. Ikke bare skal man tilrettelegge for at folk skal kunne ta livet sitt i større grad enn det som skjer allerede i dag, med de konsekvensene det har for pårørende som sitter igjen med sorgen, med fortvilelsen, med savnet, og som stiller seg alle mulige spørsmål, men man skal tilrettelegge for at de i større grad skal kunne gjøre det med hjelp fra det offentlige – man skal tilrettelegge for at helsepersonell skal kunne begå drap. Man skal altså gi helsepersonell rett til å drepe.

Og det klarer altså det partiet som er Norges nest største, å vedta på et landsmøte, fordi noen foreslår det fra benken. Jeg må si at det gir grunn til ettertanke hvis et sånt parti skal komme i posisjon til å styre dette landet, for det vi snakker om her, er noe av det mest alvorlige vi kan snakke om, nemlig hvordan vi formidler trygghet til dem som er helt avhengig av andres hjelp.

Det var for få dager siden et oppslag i avisen om at en pleier i Finland med stor sannsynlighet hadde tatt livet av 14 personer.

Arnfinn Nesset ble i Norge i 1983 tiltalt og dømt for 22 drap ved Orkdal Sanitetsforenings sykehjem. Arnfinn Nessets forståelse av det han gjorde, er jo den samme typen forståelse som Fremskrittspartiets flertall viste på sitt landsmøte, nemlig at man gjør disse personene en tjeneste fordi deres liv ikke lenger er verdig, det er ikke et meningsfylt liv de lever.

Jeg var i debatt med lederen fra Fremskrittspartiets Ungdom, Ove Vanebo, i Dagsnytt Atten den 25. mai 2009. I den debatten uttalte Ove Vanebo at han ser en framtid i Norge der en gruppe pasienter aldri kommer til å få et godt nok tilbud. Derfor, sa han, burde de som ikke fikk god nok hjelp, få hjelp til å dø.

La det synke ned! La oss tenke igjennom hva Frem-

skrittspartiet egentlig sier her, og hva som blir situasjonen for våre svakeste dersom det blir gjennomført! Dette sier altså Fremskrittspartiet i en situasjon der ressursituasjonen i Norge overfor ulike grupper aldri har vært bedre. Isolert sett har behovet for et sånt forslag aldri vært mindre enn i dag. Hvis man i det hele tatt skulle gå inn på den typen uhyrlig tenkning, burde det jo vært for mange år siden, da folk plasserte barna sine ute i skogen i dyp fortvilelse fordi de manglet ressurser, og fordi barna var alvorlig syke. Vi har ikke det samfunnet lenger. Vi har et samfunn som er basert på humane prinsipper, og der ressursene nettopp muliggjør at vi skal kunne hindre dette.

Jeg må også legge til at jeg synes livet nå på mange måter angripes i begge ender av skalaen – for man kan bruke de samme resonnementene knyttet til abortloven. Aldri før har muligheten vært mindre for at noen etter uke 12 skal være i en situasjon der man ikke vet at man er gravid, og så helt uforvarende skal måtte ta abort. Likevel er det noen som argumenterer med at grensen bør utvides til 16 uker. Det er det ingen rimelig grunn til at man skal gjøre.

Jeg tror det er viktig at man både når det gjelder den typen spørsmål og spørsmål i forbindelse med livets slutfase, nå begynner å stoppe opp og tenke: Hvordan ivaretar vi livet? Hvordan framstår vi på en slik måte at folk føler seg ivaretatt fra de fødes og til de dør? Den måten Fremskrittspartiet gjør det på, også i en kobling mot hospice, er jo en måte som ikke kan skape trygghet hos noen.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:24:37]: Jeg føler behov for å være til stede under den debatten som er i salen, så derfor endret jeg litt på planene.

Jeg har som statsråd hatt – jeg vil si – den store gleden å besøke mange ulike tilbud for pasienter som er i livets slutfase. Det som har vært spennende, er at jeg både har besøkt folk som har fått palliativ behandling gjennom hjemmetjenesten, altså bodd hjemme, og møtt en hjemmesykepleie som i samråd med palliativ enhet på nærmeste sykehus har vært i stand til å gi den døende en svært god, trygg, fin og verdig behandling. Da har man imøtekommet ønsket den syke har hatt om å få lov til å være hjemme, og også imøtekommet ønskene de pårørende har hatt i så måte.

Så har jeg hatt gleden av å besøke Havstein sykeheim i Trondheim, som er et sykehjem med en palliativ enhet laget i samarbeid mellom kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital og dette kommunale sykehjemmet, og opplevd akkurat det samme, at mange pasienter der har gitt uttrykk for at de var veldig glade for å komme ut av sykehuset, men ikke følte det ønskelig å bo hjemme. Dermed har de fått behandling i en virksomhet som er et sted mellom sykehus og hjem.

Jeg opplevde også nylig at en nær venn døde på sykehus. Der var problemstillingen lenge knyttet til om det var mulig å berge pasienten. Pasienten ble lagt i respirator, men så viste det seg at det ikke gikk. Dermed måtte man koble fra respiratoren, og da var det naturlig at den palliative behandlingen ble gitt på sykehuset. Familien til den døende var også veldig godt fornøyd med det.

Det viktigste med dette er å si at det vi må være mest opptatt av, er å sørge for at de det gjelder, den syke og dennes pårørende, må få lov til å velge hvor man ønsker å tilbringe den siste tiden. Så må det være helsevesenets jobb å stille opp med en så god faglig hjelp at det kan skje trygt, verdig og skikkelig.

De to veilederne vi nå har laget om palliativ behandling i Norge – jeg er veldig glad for at representanten Dāvøy nevnte den ene av dem – viser fram at for det første har den syke stor valgfrihet og selv kan velge å avslutte livsforlengende behandling hvis han eller hun ønsker det. Det er også sånn at vi i dag bruker medisiner på en slik måte, og kan så mye om det, at folk stort sett kan føle seg trygge på at man kan dø uten smerter, uten kvalme og uten f.eks. den motoriske uroen som følger med en del krefttilstander. Vi er villige til å gå langt i å bruke medisiner, selv om det å lindre gjennom sterk medisiner kan føre til at livet for noen blir litt kortere. Men med perspektiv lindring er de faglige retningslinjene for det.

Jeg tror også at det som er det viktige nå, er å styrke hele denne kjeden, og jeg er veldig opptatt av to ting. Det ene er at det kommunale tilbudet er for dårlig. Når det gjelder dem som ønsker å dø hjemme, eller på Havstein-lignende institusjoner, har vi en jobb å gjøre, og palliative behandlingsplasser i kommunehelsetjenesten kommer til å bli en viktig bit av samhandlingsreformen. Det skriver vi på nå.

Det andre er: Jeg mener at hospice-bevegelsen og det arbeidet som skjer i regi av Hospice Forum, og det at vi har denne typen ildsjeler når det gjelder palliativ behandling i Norge, er bra. Det er veldig bra. Derfor har jeg også støttet Hospice Forum økonomisk, sånn at de kan gjøre en jobb.

Jeg tror det er fint om vi både greier å ta vare på de hospicene vi har, og gjerne får noen flere. Det betyr ikke at det offentlige skal fraskrive seg ansvaret, men det offentlige kan samarbeide med flere om å utøve det ansvaret, slik at den kjeden der folk kan foreta sine valg, blir lengst mulig og mest mulig tilrettelagt for individuelle valg. Det vil være min og Regjeringens ledetråd i det videre arbeidet med denne saken.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Inge Lønning (H) [12:30:07]: Jeg er svært glad for statsrådets innlegg, og synes det svarte veldig godt til det jeg argumenterte for, at dette er et både-og og ikke et enten-eller, så det er ikke av den grunn jeg bad om ordet.

Det er i innstillingen fra komiteen vist til, med Legeforeningens høringsuttalelse som grunnlag, at man i Danmark skulle ha sett en utvikling hvor utbyggingen av hospice skulle ha gått på bekostning av det generelle nivået på palliativ omsorg i dansk helsevesen. Jeg har ikke sett verken fra Legeforeningen eller noen annen kilde at dette er dokumentert, og jeg har meget vanskelig for å tro at det faktisk holder stikk. Men siden nå regjeringspartiernes representanter i komiteen har brukt dette som grunnlag for sin reservasjon og skepsis mot å gå videre på hospiceveien, er mitt spørsmål: Kunne statsråden tenke seg å gi sine

fagorganer i oppdrag å innhente en vurdering av situasjonen i Danmark, slik at det blir en reell sammenligning Danmark–Norge?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:31:23]: Det høres jo interessant ut å gjøre det, for jeg er veldig opptatt av at det er en helt åpenbar oppgave for det offentlige helsevesen i Norge å sørge for å ha mangfold og et godt helhetlig tilbud når det gjelder palliativ behandling. Jeg mener at dette faktisk er et område der det har skjedd veldig mye positivt de siste årene, f.eks. fikk den pasienten jeg besøkte i Telemark, som fikk dø hjemme, avansert smertebehandling i sitt eget hjem, noe vi for få år siden antakelig ville ha definert som en regionsykehusoppgave. Men vi må passe oss selvfølgelig når vi nå er opptatt av f.eks. hospicebevegelsen, at det ikke fører til ansvarsfraskrivelse, at det offentlige trekker seg tilbake. Det tror jeg faktisk ingen mener. Og hvis danskene har gjort seg noen erfaringer på dette området, vil jeg si at enhver debatt jo står seg på at vi vet mest mulig som grunnlag for debatten, så vi kan gjerne ta et søk på det.

Vigdis Giltun (FrP) [12:32:38]: Jeg vil først takke statsråden for innlegget – jeg slutter meg til alt som ble sagt der. Det viser jo at Regjeringen legger stor vekt på at vi skal vi få et godt palliativt tilbud i de neste årene.

Det er flere aktører som ønsker å etablere hospice, men som ikke får muligheten i dag. Det er jo på grunn av dette med finansiering, og at de må få avtaler for å kunne drive. Det jeg vil spørre om da, er: Hvordan vil statsråden sørge for at de kan få muligheten til å tilby sine tjenester til beste for pasientene? Og det andre spørsmålet: Hvordan vil han sørge for en helhetlig finansiering som kan føre til at palliativ pleie i og nær hjemmet skal kunne tilbys i alle kommuner, hvis det ikke er en statlig helhetlig finansiering på det?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:33:28]: Jeg mener at de økonomiske oppleggene er veldig viktige for å få de rette effektene. Men mitt inntrykk er at er det noe som rundt omkring i kommunehelsetjenesten ikke vurderes ut fra en slik tradisjonell budsjettmessig analyse, er det prioriteringen av å hjelpe de menneskene som er i en palliativ situasjon, og som ønsker å bo hjemme. Det er mitt inntrykk, og så finnes det sikkert unntak fra den regelen.

Vi har jo over statsbudsjettet en tilskuddsordning til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Den posten ble styrket med 15 mill. kr i år, og i den forbindelse er det både kompetansegivende tiltak som kan gis tilskudd, og også etablering av plasser. I tillegg kan også etablering av plasser i privat regi i gitte sammenhenger få tilskudd. Så det er ingen vegring fra Regjeringens side mot å bidra til dette, slik at dette vil være hovedsvaret mitt i forhold til hvordan man skal få til flere.

Laila Dávøy (KrF) [12:34:44]: I forbindelse med omsorgsmeldingen i 2007 foreslo Kristelig Folkeparti at vi burde få en egen finansieringsordning knyttet til hospice. Det fikk vi ikke flertall for, så vi var jo veldig glad da vi

fikk på plass i avtale med Regjeringen at stimuleringsstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger også skal kunne brukes. Så mitt enkle spørsmål til statsråden er om han mener at kommunene er godt nok orientert om dette, om han vet om kommunene benytter seg også av hospice, eller om de står i en situasjon der man er i desperat nød etter flere sykehjemsplasser, som gjør at man faktisk ikke klarer også å bruke dette tilskuddet nettopp til utbygging av hospiceplasser, som vi jo alle i dag her er helt enige om at vi må få flere av.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:35:35]: Det er jo ikke bygd ut så veldig mange nye sykehjemsplasser etter at den tilskuddsordningen kom på plass, for det er en tregheit i systemet med søknad og innvilgelse og bygging. Men mitt inntrykk er at dette opptar kommunene, og det er en viss positiv utvikling i den forstand at fra 2006 til 2008, altså de to årene, ble det 57 flere rene palliative senger i Norge. Så kan man diskutere om det er mye eller lite, men det viser i hvert fall at utviklingen går i rett retning. Det som kommer til å være en veldig viktig del av samhandlingsreformen, er oppbygging av det som kalles lokalmedisinske senter, altså flere kommunale behandlingssenger før, istedenfor og etter sykehus. I den sammenheng ser jo vi behov for palliative senger også som en veldig viktig del, altså et kommunalt helsesenter med større faglighet enn det vi i dag kjenner som sykehjemmene, som er en plass mellom sykehus og sykehjem, men som er et klart kommunalt ansvar i en ny, utvidet kommunal hverdag.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk. De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Mari Helén Varøy (A) [12:37:07]: For døende mennesker er en verdig og trygg avslutning på livet viktig. Det har de siste årene blitt startet lindrende og palliative enheter i flere kommuner. I tillegg eksisterer det tilbud på flere sykehus. Bare i mitt fylke, Telemark, er det startet opp to slike avdelinger i løpet av det siste året, både i Porsgrunn, hvor jeg kommer fra, og i Skien. Her har de lindrende enhetene opparbeidet seg gode fagmiljøer, hvor personalet hele tiden utvikler sin kompetanse, bl.a. innen kreftsykepleie. I tillegg er det på tvers av kommunegrensene og mellom kommuner og sykehus et godt faglig samarbeid og utvikling av kompetanse innen lindrende behandling.

Arbeiderpartiet ser det som positivt at det innen helse-tjenesten dannes kommunale tilbud som skal gi en verdig og trygg avslutning på livet. En verdig og trygg avslutning på livet er viktig overfor pasienter, men det er også viktig overfor de pårørende. Det er derfor håp om at flere kommuner vil starte lindrende og palliative enheter i framtiden når vi ser hvor godt det har fungert så langt i de kommunene og sykehusene som har det.

Vigdis Giltun (FrP) [12:38:48]: Fremskrittspartiet har fremmet dette viktige forslaget da vi mener at det er et forsømt område, og at det er viktig å ha fokus på den palliative pleien og omsorgen i årene som kommer. Dette forslaget

handler altså ikke om dødshjelp, det handler om å få en verdig avslutning ved å lindre smerte og få god omsorg i gode rammer.

Jeg må si det er skremmende å se hvordan enkelte representanter benytter anledningen til å eksponere seg selv ved å spore helt av debatten, og ta opp et tema som ikke er til debatt i dag.

Det som ble tatt opp og stemt over på Fremskrittspartiets landsmøte, var et forslag som vil berøre et veldig lite antall personer. Det er ikke et forslag vi behandler i dag, og det er ikke et forslag som Fremskrittspartiet kommer til å fremme i den nærmeste tiden. Dagens forslag handler om alle de – kanskje 15 000 – som hver dag har behov for lindrende pleie og omsorg for å få en verdig avslutning på livet. Og det er det vi må legge vekt på. Det er ingen partier, utenom Fremskrittspartiet, som i dag gjør nok for å legge til rette for det. Det er ingen som går inn for å støtte prosjektene som vi foreslår, med etablering av hospice. Og det er ingen som foreslår at det skal være en helhetlig statlig finansiering, som fanger opp muligheten til å få pleie, enten det er på sykehus, i et sykehjem, i hjemmet eller i et hospice.

Saken handler altså ikke om dødshjelp, men om hjelp til å leve den siste delen av livet på en verdig måte, sammen med familie, fagpersoner og i en ramme som er verdig. Det burde alle konsentrere seg om i dag, for det er en viktig sak. Det er det aller viktigste. Det er det de aller fleste med dette behovet, må sikres. Og det sikres ikke hvis vi ikke er villige til å yte det som må til.

Hvis noen er interessert i å ta en debatt rundt aktiv dødshjelp, så synes jeg de skal fremme en slik sak for Stortinget, men det er absolutt ikke det denne saken handler om. Vi legger veldig stor vekt på at vi skal styrke omsorg, pleie og lindrende behandling til alle som trenger det, og det burde respekteres, ikke rakkes ned på, som vi har opplevd her i dag. Jeg synes det er skammelig nærmest å bli utsatt for beskyldninger for noe som verken jeg eller andre i partiet har noen tanker om. Vi har ingen tanker om at aktiv dødshjelp skal brukes i utstrakt grad. Det er snakk om veldig få. Og det er ikke snakk om at det ikke skal brukes nok kapasitet eller alle tilgjengelige virkemidler for å lindre, men det bitte lille antallet det handler om i landsmøtevedtaket, er en helt annen sak og en helt annen debatt, som bør tas et annet sted.

Per Sandberg (FrP) [12:41:59]: Først, og det vil jeg legge stor vekt på: Jeg satte virkelig pris på innlegget fra statsråden. For det er det denne saken handler om: Den handler om at flere tusen mennesker kanskje ikke får den pleien som vi alle sammen ønsker skal være til stede i sluttfasen av livet. Jeg er også imponert over de menneskene som i dag jobber med palliativ pleie. De er også litt glemt i denne debatten.

Derfor blir det for meg litt trist – og det var derfor jeg tillot meg å ta ordet – at en representant som er respektert i mange sammenhenger, og som i tillegg er lege av profesjon, oppfører seg på den måten fra talerstolen som vi var vitne til i dag. Og når denne representanten i tillegg raljerer på den måten som han gjør, og flytter fokus bort fra

disse menneskene som faktisk har behov for hjelp, så er det enda verre. For det var jo det representanten Ballo faktisk gjorde, han flyttet fokuset bort fra det som alle andre her i salen er opptatt av, altså palliativ pleie til mennesker. Og det er alvorlig. Når representanten Ballo i tillegg tillater seg å framstille det som at Fremskrittspartiet har behandlet et benkeforslag på sitt landsmøte, må gjerne representanten Ballo komme til meg, så skal han få informasjon om hvor lang tid jeg har jobbet med denne saken som leder i programkomiteen. Derfor ble det også på vårt landsmøte et prinsippvedtak, ikke et vedtak i noe handlingsprogram. For vårt landsmøte var også delt. Så det vi har gjort her, er et prinsippvedtak.

Vi ønsker å ta en debatt. Og vi er fullstendig klar over at når vi har gjort et sånt prinsippvedtak, så må vi ha store utredninger og grensesetting, om et sånt forslag skal settes ut i livet. Men jeg registrerer at noen ikke ønsker å ta den debatten, og bruker vekslende argumenter for å møte en nødvendig og viktig debatt. Det synes jeg er trist, men jeg har full respekt for det statsråden sa i sitt innlegg, og det er det som er intensjonen bak forslaget fra Fremskrittspartiet.

Laila Dāvøy (KrF) [12:45:18]: Det er en alvorlig debatt vi tar fra talerstolen i dag, og jeg synes faktisk at Fremskrittspartiet må kunne ta ansvar for sine egne vedtak. Det er jo ikke tvil om at når vi snakker om døende mennesker i dag, og at vi skal gi dem en bedre omsorg, kan man ikke uten videre si at det vedtaket Fremskrittspartiet fattet på landsmøtet, ikke har noen relevans.

Vigdis Giltun sier at forslaget ikke handler om dødshjelp. Det er for så vidt riktig at forslaget om hospice ikke handler om det. Det handler om lindrende behandling. Men samtidig antar jeg at Fremskrittspartiet mener at helsepersonell skal få rett til å bidra til å avslutte et liv. Jeg håper i alle fall ikke man har tenkt å gi helsepersonell plikt til dette. Det er jo i hospice at svært mange døende ville ønske å avslutte sitt liv, og da er det jo høyst relevant i en diskusjon om hospice også å trekke inn et forslag fra Fremskrittspartiet om hvordan man mener at noen mennesker skal avslutte sitt liv.

Jeg har lyst til bare å avslutte med å si – som kanskje alle kunne vært enige i – at vi faktisk burde gå inn for en aktiv livshjelpsgaranti framfor å innføre aktiv dødshjelp.

Olav Gunnar Ballo (SV) [12:47:07]: Jeg hørte med interesse på det som Vigdis Giltun sa, og deretter på det som Per Sandberg sa.

Fremskrittspartiet må jo ta ansvar for sine egne vedtak. Det er jo ikke slik at når Fremskrittspartiet vedtar noe som det er ubehagelig å måtte diskutere i det offentlige rom, skal de liksom kreve at andre ikke må gå inn på den debatten. Det gjør altså Per Sandberg på en slik måte at han etterlyser at man må tørre å ta debatten.

Jeg har vært i debatt med Fremskrittspartiet i Dagsnytt 18 for tre dager siden, så tar jeg denne debatten i dag, og jeg skal møte Fremskrittspartiet i morgen i et program på radioen. Selvsagt skal vi ta den debatten. Dette er jo ikke noen raljering. Jeg ser på dette som veldig alvorlig. Jeg ser på det som uhyrlig. Jeg har ingen behov for å raljere

over det. Men hvis Per Sandberg ikke er klar over at den gruppen vi snakker om her, nettopp er den gruppen som vil søke til hospice, må jo Per Sandberg begynne å sette seg inn i saken. For jeg håper ikke at Per Sandberg tenker seg at det ikke gjelder den gruppen, at det gjelder folk som er friskere. Kanskje gjelder det ungdom, og kanskje gjelder det barn, slik man har opplevd i Nederland.

Så presiserer Per Sandberg at dette ikke har skjedd som en konsekvens av et benkeforslag. Han beskriver at det i stedet har skjedd som en konsekvens av en prosess der det faktisk er gjennomtenkt. Det skal altså gjøre saken bedre. Det hadde kanskje vært formildende dersom det ikke var gjennomtenkt, slik at man i ettertid kunne ha gått tilbake og sagt at selvfølgelig skal vi ikke gå videre med dette.

Men Fremskrittspartiet må naturligvis ta ansvar for de vedtak man gjør. Det er klart at når befolkningen hører Fremskrittspartiet i fremtiden snakke om den gruppen som skal inn på hospice, og at man skal styrke tilbudet for dem, kan jo ikke Fremskrittspartiet samtidig unndra seg at man nå tilrettelegger for at man skal åpne for at flere av dem kan bli avlivet. Fremskrittspartiet må faktisk, når man gjør den typen vedtak, stå opp og si at vi har vedtatt det, og slik har vi tenkt å gjøre det. Man kan ikke begynne å si: Det var et ubehagelig vedtak, og når dere begynner å diskutere det, ønsker vi ikke å gå inn på det – ikke her, og ikke nå. Vi skal bestemme når det skal diskuteres.

Slik fungerer jo ikke den offentlige debatten, slik fungerer ikke demokratiet, og det må Fremskrittspartiet ta inn over seg.

Inge Lønning (H) [12:49:45]: Det er formodentlig et tilfeldig sammentreff i tid som gjør at vi behandler dette representantforslaget samtidig som den offentlige debatt koker på grunn av det prinsippvedtak som Per Sandberg omtalte.

Men jeg må jo si at det hadde vært oppsiktsvekkende om det ikke hadde blitt berørt i denne debatten i Stortinget. Da måtte man jo tro at Stortinget er både døvt og blindt, og ikke er i stand til å oppfange den debatt som er trukket i gang nettopp gjennom det prinsippvedtaket Per Sandberg viste til.

Jeg kan ikke skjønne at Fremskrittspartiet har noen som helst grunn til å bebreide oss andre for at vi tar opp den debatten, og i hvert fall ikke i samme åndedrag som man anklager andre for ikke å ville gå inn i debatten.

Jeg har oppfattet det slik at det er et prinsippvedtak, og det er i ordets egentlige forstand et radikalt vedtak, dvs. et vedtak som går til roten og rykker den opp. Med roten mener jeg den grunntanke at menneskelig liv har den samme verdighet uansett hvilken tilstand det befinner seg i, den samme verdi og det samme krav på respekt.

Grunnen til at jeg for min del f.eks. er prinsipiell motstander av dødsstraff, er at jeg mener det ligger langt utenfor samfunnets beslutningskompetanse å treffe et så radikalt vedtak. Men det innebærer for meg også at det ligger utenfor min egen beslutningskompetanse å forføye over mitt eget liv. Ingen spurte meg til råds den gang jeg ble født, og jeg går ut fra at de fleste i denne salen er i samme situasjon. Det innebærer at jeg heller ikke ser noen som

helst grunn til at noen skal spørre meg om når jeg ønsker å dø, simpelthen fordi det dreier seg om fundamentet for det i det hele tatt å være menneske og kunne velge noe som helst. I det øyeblikk man avliver en person, er det ikke lenger noen selvråderett.

Jeg synes fremdeles at det er rystende at et politisk parti på et så spinkelt grunnlag kan treffe et så fundamentalt prinsippvedtak, og så si at vi etterpå får komme tilbake til hvordan vi skal tilrettelegge dette i praksis, hvor mange det skal omfatte, og under hvilke omstendigheter. Da har man viklet seg inn i en helt umulig situasjon. Jeg håper inderlig at de som havnet i mindretall ved voteringen på Fremskrittspartiets landsmøte, ikke kommer til å gi opp kampen når det gjelder å få partiet til å snu. Det er noe som heter å snu i tide.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [12:53:13]: Det er jo hyggelig å bli vist så stor omtanke fra representanten Lønning som det vi blir i denne stund. Jeg sier tusen takk for det. Men det var uttalelsene fra vår kjære Ballo nå som gjorde at jeg måtte gå på denne talerstolen i dag.

Det er forunderlig å oppleve en SV-er som er mer konservativ enn paven. Vi opplever en SV-representant som overhodet ikke ønsker å yte sine kolleger på Stortinget en liten grad av respekt, som overhodet ikke forholder seg til saken, og som begynner å diskutere en helt annen prinsipiell sak.

Det forslaget vi behandler her i dag, vil vedkomme mange tusen mennesker om det skulle bli vedtatt. Da blir det meningsløst å vri hele debatten over på et tema som sånn sett ikke har noe med saken å gjøre overhodet. Men når man nå har vridd debatten, må jeg si: Det forslaget som ble vedtatt på landsmøtet, handler ikke om mangler i helsevesenet eller i eldreomsorgen. For dem dette gjelder, er selv ikke den beste omsorg noe alternativ. Aktiv døds-hjelp er for dem som er døende, og som all verdens medisinsk bistand ikke kan redde. Da blir det meningsløst at man ønsker å fremme en skremselpropaganda om dette.

Det er slik at ca. 70 pst. av befolkningen er for dette forslaget. Så kan man mene at 70 pst. av befolkningen er idioter, men det er et veldig dårlig valgargument.

For dem som skryter så voldsomt av tilstanden i det norske helsevesenet i dag, har jeg lyst til å sitere styreleder Levi Fragell fra foreningen Retten til en verdig død. I en kronikk i Aftenposten 29. april skrev han følgende om hva som skjer i dag:

«En eldre mann med kreft og en invalidiserende muskelsykdom har pakket kofferten og skal reise til Sveits i rullestol for å få døds-hjelp. En kreftsyk yngre mann har skaffet seg en pistol. En kvinne med MS i sin «beste alder» satte sitt håp til hagla i skapet så lenge hun kunne bruke hendene til å løfte våpenet. Hun endte sitt liv med en overdose heroin, innkjøpt av venner på Plata i Oslo. Som anestesisykepleier visste hun hva som måtte til. Gjør det selv-håndbøker kjøpes via Internett: Sjøppelposer over hodet og gassbeholdere med helium er hva politiet og pårørende finner når de bryter seg inn.»

(Presidenten klubber.) Dette er tilstanden i dag.

Presidenten: Presidenten ber om at man holder taletiden.

Presidenten er også usikker på om «idioter» er et parlamentarisk uttrykk.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:56:54]: Døden er ein del av livet. Det har han alltid vore. Kanskje har vi blitt til eit samfunn der vi på ein måte ikkje aksepterer at vi skal døy alle saman. Det mest naturlege av alt er at vi skal døy.

Utgangspunktet i saka om hospice er at vi skal kunne ta vare på kvar enkelt som er i ein helsetilstand der ein ikkje kan bli frisk. Vi skal ha ei smertelindrande behandling. Fleire har snakka om Hippokrates sin legeeid. No kan vi truleg smertelindre 100 pst. Det er noko som vi alle skal gå inn for.

Vi skal få ein verdig død. Eg er så gammal at eg har opplevd at far min døydd. Vi var i akkurat denne situasjonen: Skal vi bidra til livsforlengjande behandling? Etter å ha fått diskutert og vurdert dette saman med fagfolk og sett at det ikkje var nokon veg tilbake, det var døden som var rundt det neste hjørnet, var vi einige, og vi kunne ta eit standpunkt saman med far min. Det blei etter mitt syn ein verdig død.

Til dette med aktiv dødshjelp, som no kjem opp: Det går eit skilje mellom eit oppriktig ønske om å få døy på ein skikkeleg måte og ein djup følelse av å vere til byrde – for det spørsmålet dukkar også opp. Å føle at du er til byrde for nokon når du har levd eit langt liv, og du har har fødd opp ungene dine som står rundt sjukesenga di, må vere ein utruleg trist situasjon å kome i.

Korleis skal det vere for desse som ligg i slike senger? Kva for tillit skal dei ha til legane når dei veit at legane, som dei ser i kvite frakkar rundt om, kan bli delaktige i aktiv dødshjelp? Det må jo vere ein sær sars håplaus situasjon. Eg trur det også vil ramme særleg svake grupper, som vil føle seg marginaliserte. Eit slikt samfunn vil i alle fall ikkje vi i Venstre vere med og bidra til.

Presidenten: Vigdis Giltun har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, på inntil 1 minutt.

Vigdis Giltun (FrP) [13:00:04]: Det som kunne vært interessant å vite, er hvorfor representantene i salen ikke vil være med på Fremskrittspartiets forslag i denne saken vi behandler i dag – ikke i en sak som vi overhodet ikke har til behandling, og som vi kanskje ikke får til behandling.

I denne saken foreslår vi det vi alle er enige om: å gi bedre palliativ pleie til dem som trenger det. Altså omsorg og pleie – det er det saken handler om. Vi har to konkrete forslag til hvordan vi kan få fortgang i et bedre tilbud. Det er det ingen som er med på. Det kunne vært interessant om noen hadde vurdert hvorfor ingen er med på det. Det er jo ingen motsetning mellom det å ville ha den aller, aller beste omsorgen i livets siste fase og det prinsippvedtaket som ble fattet på Fremskrittspartiets landsmøte. Det er ingen i Fremskrittspartiet som ikke ønsker å styrke den palliative pleien slik at den blir den aller beste. Derfor har vi konkrete forslag til hvordan det kan gjøres. Det burde noen ha interesse av å

komme med alternativer til, for det har ikke kommet i dag.

Solveig Horne hadde her tatt over presidentplansen.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [13:01:26]: Jeg har ikke tatt ordet før i debatten, og jeg satt lenge og lurte på om jeg skulle gjøre det.

Først har jeg lyst til å gi statsråden stor ros for det innlegget som han holdt. Han sa noe om hvordan det bør være, og hvordan det er, mange steder rundt omkring i landet vårt når det gjelder et menneskes siste dager. Jeg har også som menighetsprest fått lov til å følge mange hjemme. Jeg har fått lov til å følge med, se hjemmesykepleien komme og gå – følge mennesker til de trekker sitt siste sukk. Det har jeg også fått gjøre på sykehus mange ganger.

Derfor handler denne debatten om noe annet enn det representanten Giltun bare snakker om, nemlig om penge-ner skal følge pasientene eller ikke. Denne debatten handler om hva livet er for noe. Det handler om noe langt mer enn om å velge, noe langt mer enn valgfrihet. Det handler om hva et menneske er. Det handler om menneskets verdi, uavhengig av hva man er eller hvordan man er. Ikke minst handler det om å stille opp for hverandre. Når mennesker opplever meningsløsheten, skal altså ikke svaret vårt være: Det er greit at du tar livet ditt, eller, det er greit at du får assistanse til å ta livet ditt. Da skal svaret vårt være å våge å gå inn og møte den meningsløsheten som mennesker kjenner på.

Det å møte mennesker i denne livsfasen handler om å gå noen skritt sammen med et helt og fullt menneske for å hjelpe det til å komme i et rett forhold både til seg selv, sine medmennesker og eventuelt til sin gud, om de skulle ha en slik. Det er det omsorg ved livets slutt i utgangspunktet handler om: å stille opp og være til stede for mennesker som skal forlate denne verden, forlate et liv som de elsker og er glad i, eller som de hater og ønsker å komme raskt ut av – å stille opp, være der og gå sammen med dem de siste skrittene. Det er utfordringen til alle oss som står rundt.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:04:42] (komiteens leder): Denne saken har tatt en underlig vending, men jeg skal ikke nekte for at det også var ventet at disse kommentarene skulle komme. Det er bare et par små ting jeg vil påpeke.

Først til representanten Gunvald Ludvigsen. Jeg synes at det var litt underlig at den kritikken som ble framført fra denne talerstolen, skulle komme nettopp fra Venstre. Jeg skal fortelle en liten historie til representanten Ludvigsen. For ca. en måned siden var jeg i en tv-debatt, i et tv-program som het «I kveld» i NRK. Der hadde jeg en motdebattant, som var lederen i Unge Venstre. I den debatten diskuterte vi aktiv dødshjelp. Undertegnede påpekte at han var motstander av aktiv dødshjelp. Representanten fra Unge Venstre påpekte da at representanten Nesvik umulig kunne ha satt seg inn i den saken, hva det faktisk dreide seg om. Det var faktum, det var Unge Venstres syn. Så kanskje Venstre-representant Gunvald Ludvigsen skal snakke

litt med sin ungdomsorganisasjon og spørre om hva det er som har endret seg i den forbindelse.

La oss håpe én ting – at vi bruker hver eneste dag i alt vi gjør innen helsevesenet for å prøve å finne lindring for de personene som har det så vondt i livets slutfase at de ber om hjelp til å avslutte det. La oss sørge for at vi har gode tilbud i den fasen de har det vanskeligst. La oss håpe – og det tror jeg alle håper – at den jobben vi gjør, blir så god at hele debatten vil forsvinne fordi man får hjelp i den fasen som gjør at man ikke kommer på tanken om å avslutte livet sitt. Jeg tror det er litt viktig å ha den biten med seg også.

Jeg skal jobbe hver eneste dag, så lenge jeg holder på med helsepolitikk, nettopp for å prøve å bistå, slik at ingen skal ha disse tankene. Det er min oppgave som politiker. Det skal jeg stå for hver eneste dag. Da er det viktig at vi ser på de tilbudene og de tiltakene vi tilbyr personer i livets slutfase. Dette hospice-forslaget er nettopp ett av mange tiltak for å prøve å hjelpe slik at flere får den omsorgen som representanten Skjælaaen var inne på, der noen kan være sammen med dem og følge dem ut av livet.

Jeg håper at man i hvert fall har respekt for at de aller fleste av oss faktisk ønsker å jobbe for at folk ikke skal få disse tankene. Det er i hvert fall *min* oppgave – og den skal jeg fortsatt ha.

Presidenten: Olav Gunnar Ballo har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Olav Gunnar Ballo (SV) [13:08:02]: Giltun etterlyste vårt syn. Det finner hun jo i innstillingen. Vi går inn for at Regjeringen sørger for en egen statlig finansiering av palliativ pleie, der pengene følger pasienten. Det synliggjør at vi ønsker å styrke dette feltet. Det kan det ikke herske noen tvil om.

Så til det representanten Fredriksen sa, at dette gjelder dem som all verdens medisinske bistand ikke kan redde. Den situasjonen vil vi jo alle før eller siden komme i. På et eller annet tidspunkt kommer vi til å dø – jeg kommer til å dø, og det kommer Jan-Henrik Fredriksen også til å gjøre. På et eller annet tidspunkt vil det altså være slik at all verdens medisinske bistand ikke kan redde oss – men det er jo ikke et argument for at vi skal avlives!

Vi har jo hatt en sak i Norge om aktiv dødshjelp, der Sandsdalen ble dømt. Så kommer altså helsepersonell inn etterpå og sier at denne kvinnen kunne vi ha gjort en masse for – men Sandsdalen var jo ikke oppdatert på det! Vi opplever det samme som med Levi Fragell: Man blir så fokusert på at man skal hjelpe pasientene til å dø, at man faktisk ikke blir opptatt av at man kunne ha hjulpet dem til et bedre liv. Og det er egentlig ganske forferdelig å høre på. Jeg synes Levi Fragells tanker om dette ikke er bra.

Gunvald Ludvigsen (V) [13:09:24]: Eg vil berre replisere til representanten Nesvik at eg representerer altså Venstre. Også Venstre har nyleg hatt landsmøte, men vi gjorde i det heile ikkje noko landsmøtevedtak om aktiv dødshjelp. At det kan vere ulike oppfatningar i vår orga-

nisasjon, ser eg ikkje bort frå, men eg vil gjenta: Eg representerer Venstre på Stortinget og er vald til å gjere det.

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

Laila Dāvøy (KrF) [13:10:15]: Jeg er egentlig ganske bekymret over at det er de unge – slik jeg har forstått det – både i Fremskrittspartiet og også i Unge Venstre, hører vi nå, som har initiert denne debatten. Mitt store spørsmål blir da om vi voksne ikke klarer å viderebringe til de unge i dag at det går an å leve med døden, ja, at døden er en del av livet.

Jeg er ikke enig med Fredriksen når han snakker om skremselspropaganda. Jeg tror vi politikere – mer enn noen – ikke må snakke om hvor ille det er å dø, og komme med de vonde og vanskelige historiene. Vi må heller – i alle fall som politikere – skape trygghet for at vi hver eneste dag bidrar til at det i vårt samfunn går an å dø smertefritt og verdig.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:11:33]: Mitt poeng er på mange måter det samme som det representanten Dāvøy nå hadde. Jeg tror det er et veldig viktig signal både til oss politikere og til helsemyndighetene at så mange i befolkningen i ulike undersøkelser uttaler seg positivt om aktiv dødshjelp. Jeg velger å se på det som et uttrykk for at folk vet lite om hva helsetjenesten kan stille opp med. Selvfølgelig er døden noe vi frykter, noe vi er redd for – særlig den smertefulle døden, som vi alle sikkert har hørt historier om.

Derfor er jeg så opptatt av at den debatten som vi nå har, også gir oss en anledning til å fortelle at helsevesenet nå kan gå veldig langt for å hjelpe en. For å håndtere smerte, kvalme og motorisk uro har vi gode medisiner, og vi bruker dem. Er det nødvendig, brukes de i et så stort omfang at vi i en lindrende sammenheng også kan føre personer inn i koma. Så man behøver ikke å frykte at døden skal være preget av sterke smerter.

Det er heller ikke slik at vi i livets slutfase fratas vår rett til selv å bestemme over den behandlingen som vi skal utsettes for. Det er tydeliggjort gjennom faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet at man selv i livets slutfase selv kan bestemme om livsforlengende behandling skal fortsette. Man kan velge å avslutte antibiotikakuren. Man kan velge å avslutte cellegiftkuren. Man kan velge å avslutte kunstig ernæringstilførsel, kunstig væsketilførsel. Man kan, slik sett, styre hva som skal skje med en i livets slutfase. Hvis man velger f.eks. å avslutte ernærings- eller væsketilførsel, er det et dramatisk valg. Da vil helsevesenet være der for å lindre det ubehaget man kan få ved et slikt valg.

Jeg tror det er veldig viktig både at vi jobber hardt hver eneste dag for at helsevesenet skal være slik som jeg nå beskriver det, og at folk vet noe om dette, slik at det vi hører historier om – folk som planlegger sitt eget selvmord – i hvert fall ikke skjer fordi man frykter den smertefulle døden. Helsevesenet i Norge er heldigvis av en slik

kvalitet at det fullt ut er mulig å bidra til at den siste tiden ikke er preget av smerter.

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

Inge Lønning (H) [13:14:47]: Representanten Fredriksen viste til meningsmålinger som skal vise 70 pst. oppslutning om aktiv dødshjelp. De meningsmålingene er klassiske eksempler på at man får akkurat de svarene som man ber om å få. Hvis man ser nærmere etter hvorledes spørsmålsalternativene er utformet, vil man se at de er omhyggelig laget med sikte på å få frem akkurat de sifrene. De som står bak og bestiller undersøkelsen, er en ideologisk interesseorganisasjon med ett overordnet formål, nemlig å få gjennomslag i lovgivningen for dette.

Det som imidlertid er et tankekors, er at det er et iøynefallende misforhold mellom premiss og konklusjon, for premisset for at man kjemper for dette er autonomi, den enkeltes rett til å bestemme over sitt eget liv – og avbestille sitt eget liv. Samtidig går forslaget ut på at dette bare skal skje i ekstreme unntakstilfeller og etter vurdering av to leger. De to tingene henger jo ikke i hop! Forslaget er paternalisme satt i system, og premissene er autonomi.

Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [13:16:10]: Kl. 10 i dag begynte vi en debatt om en gledelig begivenhet, om livets start. Det var en veldig god debatt, der det handlet veldig mye om trygghet og en verdig fødselsomsorg – trygghet i alle ledd. Men også der kom vi inn på en av de samme problemstillingene som vi diskuterer nå, i forhold til liv. Det samme partiet som nå argumenterer for aktiv dødshjelp, argumenterte da for en mer liberal abortlovgivning. Og det vi fikk lese, senest i går i Vårt Land, er skremmende. Der stod det i en artikkel at antall barn som er født med Downs syndrom i Danmark, gikk ned fra 66 til 20 etter at man endret abortlovgivningen.

Når vi nå er inne i en debatt om en verdig avslutning på livet – altså den andre delen, der man skal ha et godt tilbud, og der vi skal ha livshjelp istedenfor dødshjelp – er det den samme problemstillingen som kommer opp igjen, at staten skal kunne gå inn og gi aktiv dødshjelp i forhold til et liv som på en måte ikke lenger framstår som verdig å leve. Når vi er på den sklia der – hvor er det den sklia skal slutte, hvor er det grensen skal gå hvis man først åpner opp? Det er det store, etiske dilemmaet. Alle kan sikkert se for seg ett tilfelle der man kan si at det ville ha vært best akkurat i det tilfellet, men hvor er det grensen skal settes – hvis vi først går over den grensen med tanke på at livet er ukrenkelig?

Jeg synes det er sørgelig, egentlig, at det partiet som løfter opp og er – tror jeg – helt oppriktig opptatt av å styrke hospicebevegelsen i Norge, som jeg er veldig enig i, gjør seg til talsmann for det motsatte av menneskeverd, det motsatte av livshjelp som hospicebevegelsen står for, nettopp aktiv dødshjelp. Det synes jeg ikke henger på greip.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:18:34]: Jeg er svært usikker på om det innlegget som representanten Slagsvold

Vedum holdt her akkurat nå, holder i virkeligheten i det hele tatt. Han henviste til forrige debatt om svangerskapsmeldingen. Det var ikke noen debatt om abort, det var en debatt om hvorvidt man kunne ta ultralyd. Jeg regner med at representanten Slagsvold Vedum ikke nødvendigvis ser en sammenheng mellom det å ta ultralyd og det å ta abort. Det må da være grenser. Ultralyd har vi jo i dag. Det tas jo også ultralyd i tolvte svangerskapsuke i det private. Så det må da være grenser for å avspore debatten, som representanten Vedum her klarte å gjøre. Jeg håper at representanten tenker seg om i neste debatt, at han i hvert fall holder seg til saken. I forrige sak snakket man om ultralyd, man snakket ikke om abort i det hele tatt. For hvis det representanten Vedum mente og sa, hadde vært riktig, ser jeg fram til at denne regjeringen umiddelbart fremmer et forslag som forbyr ultralyd i Norge. Jeg regner med at representanten ikke har tenkt det.

Så til den andre saken. Fremskrittspartiet har fremmet to forslag – de står i innstillingen – om en statlig finansiering av hospice. Jeg mente å høre at representanten Ballo fra denne talerstol nærmest sa at det var han for – men i innstillingen er man jo imot. Jeg må nesten spørre representanten Ballo, selv om han har brukt opp taletiden sin på å skjelle ut andre: Vil man stemme for disse forslagene som ligger her? For slik det står i innstillingen, er man i hvert fall imot, og det er den jeg forholder meg til.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 3213)

Sak nr. 3 [13:20:39]

Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:

«Det har våren 2009 vært lyst ut anbud i alle de fire regionale helseforetakene på behandlingsplasser for rusmiddelavhengige. Dette har vært krevende prosesser for ideelle institusjoner som har levert inn tilbud. Anbudsprossessene i de fire RHF-ene har gått parallelt, noe som har hindret institusjoner i å legge inn tilbud i flere regionale helseforetak samtidig, siden de må ha en vedståelsesfrist på tilbudet. Dermed risikerer institusjonene å ikke få avtaler, dersom de taper i det helseforetaket der de la inn tilbud. I noen regionale helseforetak har det vært forhandlinger, i andre ikke. Til tross for rom i regelverket for å unnta ideelle helse- og omsorgsinstitusjoner fra anbudsreglementet har det ikke vært gjort.

Hvilke tiltak vil statsråden iverksette for å sikre hensiktsmessige avtaler med ideelle institusjoner?»

Laila Dāvøy (KrF) [13:22:09]: Samtidig som flere tusen rusavhengige står i kø for å få behandling, må Frelsesarmeen legge ned institusjonen Håpets dør som følge av at Helse Sør-Øst ikke vil kjøpe tilstrekkelig med plasser. Etter dette har Frelsesarmeen ikke lenger noen avtaler med Helse Sør-Øst knyttet til behandling og rehabilitering av rusavhengige.

Kimerud Stiftelse har redusert antall plasser fra 21 til 6 det siste året som følge av at de ikke fikk avtale i fjor. Da leverte de tilbudet 39 minutter for sent. I 2009 leverte de innen fristen, men fikk ikke avtale med Helse Sør-Øst. Snart er all kompetanse og erfaring som er bygd opp i disse institusjonene over mange tiår, gått tapt.

Dette er et paradoks når rundt 4 000 rusmiddelavhengige står i kø. Ventetiden er på 73 dager – en økning på tre dager fra året før. I Helse Sør-Øst har ventetiden økt enda mer, med ni dager. Rekordmange opplever fristbrudd – hele 23 pst. av dem som venter på behandling – dvs. at de ikke får behandling innen den tidsfristen som er satt opp.

La meg slå fast at Kristelig Folkeparti er opptatt av at behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige skal være forsvarlige og ha god kvalitet. Verken i private eller offentlige behandlingstilbud kan kvaliteten tas for gitt. Den må måles og etterspørres. Like fullt er det avgjørende å legge til rette for et mangfoldig behandlingstilbud. Rusmiddel-misbrukere er forskjellige. Det er ikke mulig eller riktig å ensrette tilbudene.

Ideelle organisasjoner bidrar til mangfold. De har historisk sett vært sentrale i utviklingen av tjenestene til samfunnets mest utsatte. Kristelig Folkeparti mener det har en verdi å videreføre denne tradisjonen. Private ideelle institusjoner er viktige aktører i rusbehandlingstilbudet, og må og bør være det også i framtiden. Vi ser dem som et fullverdig korrektiv til offentlige tjenester.

For at private ideelle rusbehandlingstilbud skal spille en slik rolle, må det i bunnen ligge en politisk vilje til at disse skal bestå. Det har derfor vært et uheldig signal, mener jeg, når Regjeringen i så stor grad har bedt de regionale helseforetakene om først og fremst å bruke offentlige tilbud. Men de regionale helseforetakene har gått lenger enn det – og de har fått lov til å gå lenger enn det. De har bygd opp nye behandlingstilbud til erstatning for tilbud som private ideelle aktører samtidig driver. Jeg kan nevne LAR-behandling i Helse Vest, jeg kan nevne avrusing i Helse Sør-Øst, og jeg kan nevne flere institusjoner som kanskje bare har noen få plasser. De har god nok kvalitet. Like fullt må de avvikle, fordi det offentlige nå skal overta og bygge ut tilbudet. Det kan ikke være enkelt for private, ideelle institusjoner som driver rusbehandling, å oppleve at det opprettes offentlige tilbud som presser etablerte aktører ut – de som startet rusbehandling for de aller svakeste, og som også kan dokumentere og vise til gode resultater.

Så over til regelverket og den praksis som gjennomføres. De regionale helseforetakene har inngått avtaler med private ideelle institusjoner etter anbudsrunder til tross for at det innenfor regelverket er rom for å la dette være. Offentlige anskaffelser baserer seg på konkurranse, men konkurranse er ikke alltid et hensiktsmessig virkemiddel. Helse- og omsorgstjenester skiller seg fra andre tjenester, mener jeg, på grunn av hensynet til å gi gode og forutsigbare tilbud til sårbare grupper. EØS-avtalen omtaler helse- og omsorgstjenester som såkalte uprioriterte tjenester. Det innebærer at det offentlige ikke behøver å legge slike tjenester ut på anbud. Selv der EØS-avtalen kommer

til anvendelse, står norske myndigheter relativt fritt etter EØS-retten til å velge medkontrahent, dvs. velge hvem kontrakten direkte skal inngås med.

Det forhold at man skal tildele kontrakt, må riktignok gjøres kjent på en slik måte at potensielle interessenter kan melde seg. Valget av medkontrahent må skje på grunnlag av offentliggjorte kriterier etter en prosedyre som sikrer likebehandling, og det må være mulig å få de beslutninger som fattes i prosessen, rettslig prøvd. Det er greit, men det er grunn til å tro at de norske reglene om offentlige anskaffelser begrenser myndighetenes handlefrihet mer enn det EØS-avtalen krever.

Det kan også være verdt å merke seg at Regjeringen ser at det er mulig å støtte noen organisasjoner som driver rusomsorg, f.eks. gjennom den bevilgningen de har gitt til Kirkens Bymisjon i Oslo. De skal motta 60 mill. kr over to år for å forbedre tilbudene i de mest utsatte områdene i Oslo i samarbeid med Helse Sør-Øst og Oslo kommune. Dette er positivt, men det viser også at Regjeringen kan støtte ideelle tilbud uten omfattende konkurransesystemer – når den vil.

Når det benyttes anbud, medfører det at enkelte institusjoner ikke får avtaler. Disse står da igjen med små muligheter til videre drift. Disse institusjonene har måttet bruke store ressurser på å utforme og drive et tilbud. Dette er krevende, særlig for små institusjoner med en liten stab.

I år har det vært gjennomført anbudsrunder innenfor russektoren i alle de fire regionale helseforetakene. Disse ble kjørt så å si parallelt. Parallelle anbudsrunder gir ikke en institusjon mulighet til å legge inn flere tilbud på de samme plassene fordi tilbudene skal ha en såkalt vedståelsesfrist for en lengre periode. Dette har vi fått opplyst av noen av de ideelle institusjonene. Med andre ord: De er avskåret fra å legge inn mer enn ett tilbud av gangen. I verste fall kan en aktør dermed ende opp uten avtale. Jeg er interessert i å høre i hvilken grad statsråden har lagt til rette for gode og forutsigbare vilkår for ideelle institusjoner som driver rusbehandling.

Så litt om lengden på avtalene. Den er varierende, men absolutt alle, slik jeg har lest dem, er over en relativt kort periode. Selv om noen av dem i år er blitt over en noe lengre periode, er det like fullt ofte bare et par års drift, muligens med ett års forlengelse. Dette vanskeliggjør driften for disse institusjonene, særlig når det gjelder investeringer i bygninger og i forskning og utvikling. Dette hindrer også institusjonene i å øke kvaliteten på behandlingen, fordi man ikke vet hva som kommer rundt neste sving. En aktiv politikk på området tilsier at det gis signaler om å inngå langsiktige avtaler om drift. Det er jo et tankekors at på andre områder der det ikke handler om mennesker, f.eks. når det gjelder bosstømming i en del kommuner, kan man få avtaler som varer opp mot ti år, mens man i helsesektoren ikke skal kunne få slike langvarige avtaler.

Etter hva jeg er kjent med, ble det ikke forhandlet i anbudsprosessen i Helse Nord i det hele tatt. Jeg vil be statsråden om å forklare om det faktisk er tilfellet. Kan noen regionale helseforetak selv bestemme dette? Det er uklarhet om dette.

Det er klart at ikke alle institusjoner som ønsker det,

kan få avtale med et regionalt helseforetak. Det må selvfølgelig ses i sammenheng med behovet og kvaliteten. Når Regjeringen vet at behovene er langt større enn dagens kapasitet kan dekke, bør Regjeringen vurdere å øke kapasiteten. Dette kan raskt la seg gjøre, siden det står ledig kapasitet i ideelle rusinstitusjoner.

Helt til sist: Det framstår uklart om anbudsprosessene i de regionale helseforetakene har vært overordnet styrt for å sikre ryddige prosesser.

Så til spørsmålet i interpellasjonen: Hvilke tiltak vil statsråden iverksette for nettopp å sikre ideelle institusjoner gode rammevilkår og forutsigbarhet for drift?

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:32:38]: La meg starte med å si at jeg er glad for det engasjementet som representanten Dāvøy viser overfor rusmiddelavhengige og deres situasjon. Dette er en gruppe mennesker som i altfor mange år ikke har fått den oppmerksomhet og den tillit som de har krav på og behov for. Jeg kan forsikre representanten Dāvøy om at rusfeltet generelt og situasjonen til rusmiddelavhengige spesielt er et høyt prioritert område i Regjeringen og i Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er viktig å understreke den viktige rollen som private institusjoner har innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. I 2007 stod de private for om lag to tredjedeler av den samlede kapasiteten innen døgnbehandling, jf. SAMDATAs sektorrappport for rusbehandling. Dette er private som har avtale om behandlingsplasser med de regionale helseforetakene.

Ved rusreformen i 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for all behandling av rusmiddelavhengige. Det betyr at de gikk inn i alle de rundt 40 avtalene som fylkeskommunene hadde med de private aktørene. Noen avtaler gikk ut samtidig med at reformen ble gjennomført. Departementet gav de regionale helseforetakene mulighet til å forlenge avtalene med ett år, slik at de kunne planlegge anskaffelsesprosesser i tråd med regelverket for offentlige anskaffelser. For de andre avtalene, som varte utover 2004, var det betydelig variasjon i varighet. Disse forholdene førte til at avtalene som de regionale helseforetakene hadde med private, tidsmessig sett ikke var «i takt».

De regionale helseforetakene har rapportert om status for avtaler som nylig er inngått, og som skal inngås i nær framtid.

- Helse Nord har nylig gjennomført en anskaffelsesprosess som betyr kjøp av tjenester for 70 mill. kr fra private, kommersielle aktører. Det var ingen ideelle institusjoner som kunne tilby tverrfaglig spesialisert behandling. Avtalene løper over to år med mulighet for ett års forlengelse.
- Helse Midt-Norge har i dag avtaler med tre private, ideelle virksomheter. To av disse avtalene går ut neste sommer, og én avtale løper ut 1. juli i år. Den sistnevnte er nylig reforhandlet med fire års varighet. I løpet av 2010 vil det bli gjennomført en ny avgrenset anskaffelsesprosess, med kjøp av tjenester fra private, ideelle aktører i tråd med unntaksbestemmelsene i anskaffelsesregelverket.
- Helse Vest har også vært gjennom en anskaffelsespro-

sess med ideelle organisasjoner for å supplere tilbudet sitt. De har benyttet seg av forskriftens unntaksbestemmelse, som åpner for at man bare kjøper tjenester fra ideelle organisasjoner. Avtalene varer bare ut 2010, dvs. like lenge som de andre avtalene i regionen. Grunnen er at det etter 2010 skal gjennomføres en samlet anskaffelsesprosess med private aktører for hele Helseregion Vest.

- Helse Sør-Øst har gjort det samme som Helse Vest og kjøpt tjenester fra private, ideelle leverandører for 60 mill. kr nå i år. Dette er også i samsvar med unntaksbestemmelsen.

Det er i beste fall en misforståelse ute og går her, for når man hevder at Håpets dør ikke har fått kontrakt i år fordi Regjeringen har ført nærmest en rigid anbudspolitik, og at man heller skulle ha brukt unntaksbestemmelsen, så er det altså unntaksbestemmelsen som er brukt i den prosessen der Håpets dør ikke fikk fornyet sin kontrakt. Det som er problemstillingen knyttet til Håpets dør, er ikke bruken av kontraktsbestemmelse, men at man skulle kjøpe for 60 mill. kr og fikk tilbud om 90 mill. kr. Dermed måtte man velge blant de private, ideelle aktørene. I det valget nådde ikke Håpets dør opp. Så jeg mener at det er en veldig god grunn til å ha en diskusjon om dette, når Kristelig Folkeparti og representanten Dāvøy kan mene at vi kjøper for lite. Men årsaken til at Håpets dør ikke har fått kontrakt, er ikke at man har hatt tilbud og ikke brukt unntaksbestemmelsen. Man *har* brukt unntaksbestemmelsen, og de nådde ikke opp.

Det er viktig å si at denne anskaffelsen kommer i tillegg til de eksisterende avtaler som Helse Sør-Øst allerede har med en rekke private. Helse Sør-Øst har ikke tatt stilling til om de eksisterende avtaler skal forlenges etter utløpet i 2010, eller om de skal sies opp, slik at man kan foreta en helhetlig anskaffelse for hele regionen.

Oversikten, som jeg nå har gått igjennom, fra de regionale helseforetakene viser at de har ulike tidsskjemaer for når de skal foreta anskaffelser på rusfeltet. Felles for Helse Vest og Helse Sør-Øst er at de planlegger samlede anskaffelsesprosesser for hele helseregionen på rusfeltet. Som interpellanten Dāvøy er opptatt av, er det viktig å ta hensyn til de private, ideelle institusjonene i denne sammenhengen, samtidig som man følger gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser.

Regelverket om offentlige anskaffelser gjelder selvsagt også ved kjøp fra ideelle helse- og omsorgsinstitusjoner. Oppdragsgiver er ikke forpliktet til å følge forskriftens del II eller III, men de grunnleggende kravene i anskaffelsesforskriftens del I om likebehandling og konkurranse gjelder uansett. Avtaleperioden kan heller ikke settes lenger enn regelverket gir rom for. Det som skjer rent praktisk, er f.eks. at da Helse Sør-Øst brukte de 60 mill. kr, tok man kontakt med en rekke private, ideelle institusjoner som man visste var interessert i å levere. Så har man satt opp transparente konkurranseregler med vekt på kvalitet og pris – mer vekt på kvalitet enn pris. Så bad man om tilbud. Man la også dette ut på hjemmesiden til Helse Sør-Øst, at man nå var i ferd med å kjøpe fra private, ideelle. Og så førte man forhandlinger med ulike private, ideelle

organisasjoner og institusjoner, og ut fra det valgte man de kjøpene man har valgt, og som – som sagt – førte til at Håpets dør ikke nådde opp.

Jeg mener at i den grad man skal stille seg åpen for en kritisk diskusjon her, ville jeg sagt: Hva med de gode private institusjonene som ikke er ideelle, og som vi stengte ute fra konkurransen ved å bruke unntaksbestemmelsen. Det synes jeg nesten er en vanskeligere debatt enn å forsvare den måten Helse Sør-Øst har gjennomført akkurat dette kjøpet på.

Representanten Dávøy spør hvilke tiltak jeg vil sette i gang for å sikre hensiktsmessige avtaler med ideelle institusjoner, og det synes jeg er veldig viktig. Det er, som kjent, de regionale helseforetakenes ansvar å sørge for at befolkningen i deres helseregion får de helsetjenester de har behov for og krav på. Det betyr prinsipielt at det er opp til helseforetakene å vurdere hvilke tjenester de har behov for å kjøpe fra private leverandører – kommersielle og ideelle.

Jeg er informert om at de regionale helseforetakene har gått sammen i et arbeid med sikte på å harmonisere avtaler for kjøp av alle typer helsetjenester. I dette arbeidet skal de også vurdere om det er grunnlag for å samkjøre anskaffelsesprosesser i alle helseforetakene på rusfeltet – dette for å unngå uheldig sammenfall av tidspunkter for anskaffelser.

Jeg har tro på at dette er et tiltak som vil ha betydning, og jeg har vært veldig opptatt av å være tydelig overfor de regionale helseforetakene i forhold til at vi skal være gode avtalepartnere, og vi skal ha gode avtaler. Vi skal ha lik policy som kjøper, enten man kjøper i nord, i vest, i midt eller i sør-øst. Det betyr at vi må ha et samarbeid mellom de regionale helseforetakene, slik at vi legger til rette for at det kjøpet vi gjør, skjer på en ordentlig og skikkelig måte. Så kan vi alltså her i salen diskutere om vi kjøper nok – det er det vel en viss politisk uenighet om.

Jeg har tro på at de regionale helseforetakene vil benytte seg av en anskaffelsesprosess som samlet sett sikrer et best mulig tilbud til pasientene, og der også hensynene til private, kommersielle leverandører blir ivaretatt, men ikke minst dem som ligger mitt hjerte nær, private, ideelle leverandører.

Helt til slutt: Det samarbeidet som er etablert med Kirkens Bymisjon i Oslo, greide vi å få til slik gjennom veldig klart å prosjektorganisere det i to år. Men det vil også komme i den samme situasjon, at det må gjennomføres i tråd med lov om offentlige anskaffelser, som selvfølgelig gjelder dette prosjektet også.

Laila Dávøy (KrF) [13:43:10]: Jeg takker statsråden for et fyldig svar.

Det er riktig at Helse Sør-Øst, som jeg også nevnte, har gått til en direkte anskaffelse i år. Jeg synes det er positivt at man kan gå til direkte anskaffelser på den måten som det er gjort, selvfølgelig innenfor regelverket. Tidligere har vi sett at man ikke har brukt dette, i alle fall ikke i den grad som det nå gjøres. Jeg synes det er positivt, samtidig som vi heller ikke skal unndra at dette kom etter at Helse Sør-Øst først hadde hatt en annen anbudskonkurranse. Etter

den runden var det mitt inntrykk at en del av de private institusjonene satt igjen med både uro og uoversiktighet, og også at man innenfor de ulike regionale helseforetakene har helt forskjellige anbudsrunder – kanskje også helt forskjellige kriterier knyttet til tidsaspekt, kvalitetskrav osv. Slik sett er jeg veldig glad for det svaret som statsråden gir, nemlig at vi bør ha en ens policy over hele landet når det gjelder å anskaffe og lyse ut, og hvordan man gjør det overfor de private, ideelle.

Men jeg må si at sjelden har det vel vært et område innenfor helsesektoren hvor vi har fått så mange henvendelser, over så lang tid, fra institusjoner som er veldig bekymret, og som har vanskelig for å søke på de plassene som de ønsker å drive, nettopp fordi det har vært uklarheter i mange år. Vi har kritisert Regjeringen i flere år for at de ikke har villet gripe inn i dette. Jeg håper at det svaret helse- og omsorgsstatsråden her har gitt, faktisk viser at han nå har tatt en del flere grep og ønsker å gjøre dette mer helhetlig enn vi har sett fra Regjeringen til nå. Jeg vil veldig gjerne få det bekreftet fra statsråden nok en gang. Da er dette veldig positivt.

Samtidig er jeg selvfølgelig fortsatt bekymret for institusjoner som Håpets dør og andre som ikke nådde opp, men som faktisk har jobbet i mange år og kan dokumentere effekt. Men her regner jeg med at statsråden er trygg på at man velger det som har best kvalitet. I alle fall er det det statsråden her presiserer sterkt. Men større forutsigbarhet må vi ha, for vi kan jo ikke ha det slik at vi tredje eller fjerde hvert år bytter ut institusjoner som har drevet bra.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [13:46:29]: Representanten Dávøy sier at hun i mange år har kritisert Regjeringen for å gjøre innkjøp på feil måte. Så veldig mange år kan det vel ikke være. Den forrige regjeringen kjøpte jo etter akkurat det samme regelverket, så det kan hende at man mikser litt, for det har vært et regjeringsskifte i løpet av de årene regelverket har fungert.

Jeg tror det er viktig å si at det grovt sett er fire måter vi kan gjøre et kjøp på. Vi har det som kalles direkte kjøp. Men det som er utfordringen knyttet til direkte kjøp, er at det må være enighet om at det faktisk bare er én leverandør. Det offentlige kjøper f.eks. kunst ved direkte kjøp. Det er bare den ene kunstneren som kan levere det vi er ute etter, og da er det åpning for å kjøpe direkte.

Så er det konkurranse uten forutgående kunngjøring. Der er det én unntaksbestemmelse, der man kan sondere terrenget og gå i dialog med ideelle organisasjoner. Det er det man har gjort i Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, særlig nå i siste år.

Så er det konkurranse med forhandling. Det var det Helse Sør-Øst gjorde i fjor. Det er også en begrenset konkurranse, der kommersielle aktører kan være med og konkurrere med private, ideelle organisasjoner.

Det siste, mest avanserte, mest krevende kjøpsopplegget som vi kan bruke, er anbud. Så langt har vi ikke i noen særlig grad brukt anbud på rusfeltet. Vi har brukt de andre kjøpsformene. Jeg synes det har vært forbausende lite kritikk for at vi ikke har brukt mer

anbud, for på den måten har vi stengt mulige tilbydere ute.

La meg så presisere at jeg, uansett om vi kjøper etter det ene eller det andre systemet, er opptatt av at vi, når vi går inn i en kontrakt, må være en ryddig og god kontraktspartner. Da skjønner jeg selvfølgelig at lengden på kontrakten er en viktig bit av dette. Der er det til en viss grad et skjønn, men ikke et 100 pst. skjønn der heller. I henhold til regelverket er det slik at hvis man skal kjøpe for lengre tid enn fire år, må det, slik forstår jeg det, i så fall begrunnes svært godt. Så langt har man ikke vurdert at det er mulig å kjøpe f.eks. tverrfaglig spesialisert rusbehandling med lengre kontrakt enn fire år. Men fire år er jo mye bedre enn ett år og to år. Jeg sier i hvert fall at vi må strekke oss i retning av å ha flest mulig kjøp med lengst mulig innhold i kontrakten.

Dag Ole Teigen (A) [13:49:52]: Jeg tror jeg vil begynne med å si at det er tverrpolitisk enighet om behovet for å satse mer på rusfeltet. Det er derfor vi er inne i en periode ikke bare med økonomisk opptrapping, men også med arbeid med konkrete tiltak som helse- og omsorgskomiteen i stor grad er samlet om, som etablering av rusakutt i Oslo.

Når det er behov for større kapasitet, flere plasser, færre fristbrudd osv., er det viktig at det offentlige tar ansvar for å bygge opp, hindre fristbrudd osv. Fra mitt fylke er jeg kjent med at rus er et satsingsområde for Helse Bergen, som fra 1. januar i år har etablert en avdeling for rusmedisin som skal arbeide med bl.a. å rydde opp i fristbruddene og skape god samhandling mellom det offentlige helseforetaket, det private og kommunene.

Samtidig er det jo et viktig tema som Laila Dāvøy tar opp, fordi det på et felt som rusfeltet, der det private utgjør en så stor andel av behandlingstilbudet som de gjør, også er helt nødvendig med god samhandling nettopp mellom det offentlige og det private for å bevare forutsigbarheten og langsiktigheten i det tilbudet som til enhver tid blir gitt. Det kan i og for seg delvis handle om at en må ha et profesjonelt forhold til institusjonene selv, men først og fremst handler det ikke om institusjonene som sådanne, men om tilbudet de gir, og det tilbudet som blir gitt til pasientene. Det handler om ikke å bygge ned tilbud før en har bygd opp noe som i alle fall er like godt, og om å ta vare på kompetanse osv. Det er mange private, ideelle organisasjoner som vi har et hjerte for, og som gir et veldig godt tilbud som må ivaretas. For eksempel er over 90 pst. av rusbeholdningsplassene i Bergensområdet private. Bergensklinikkene er en av landets største ideelle aktører innenfor rusfeltet. Den kompetansen som finnes i et så sterkt fagmiljø, må det offentlige selvfølgelig spille på lag med og ivareta.

Når det gjelder kjøp av rusbeholdningsplasser i det private, mener jeg det som hovedregel er helt rett å skille mellom ideell og kommersiell virksomhet, og at en så langt som mulig prioriterer de ideelle innenfor det handlingsrommet unntaksbestemmelsene gir. Der vil jeg vise til det svaret som statsråden nettopp gav, som jeg synes var veldig godt. Så ser jeg at også interpellanten konsentrerer seg

om «ideelle institusjoner», og jeg tolker det slik at vi langt på vei har en felles innfallsvinkel til det skillet.

Arbeiderpartiet omtaler også dette temaet i sitt program for neste periode, 2009–2013, der det heter at vi, så langt det er mulig, vil unnta ideelle organisasjoner fra anbud innenfor barnevern og rusomsorg.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:53:40]: Det som selvfølgelig er det spesielle når det gjelder denne type debatter, nemlig kjøp av tjenester enten det er private, kommersielle, som noen kaller det, eller private, ideelle – jeg ser ikke helt den store forskjellen – er den store problemstillingen at de som skal kjøpe, dvs. de regionale helseforetakene, i tillegg til å kjøpe også selv er leverandører og eiere av egne institusjoner. Regionale helseforetak har valgt å organisere seg litt ulikt. Helse Midt-Norge har bl.a. et eget rusforetak, de andre har ikke det.

Men jeg må si at det som er det viktigste, og det som på mange måter skaper problemer, er at det vi skal kjøpe for, er for lite i forhold til behovet og i forhold til det som kan tilbys. Det er jo det som på mange måter skaper de store frustrasjonene og debattene.

Jeg har i hvert fall forstått det slik at de aller fleste partiene – ja, faktisk alle partiene – ønsker at man skal se nærmere på muligheten til å inngå mer langsiktige avtaler enn det som vi har gjort til nå. I den forbindelse vil jeg vise til Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2008–2009. Der er det riktignok to forskjellige merknader fra opposisjonen og regjeringspartiene, men begge har samme konklusjon, nemlig at det må gis mer langsiktighet i avtaleperioden. Jeg kan referere fra regjeringspartienes egen merknad:

«Oppbygging av kvalitet og kompetanse må ses på som en langsiktig investering som krever langsiktig og forutsigbare rammevilkår.»

Det er nok all mulig grunn til å gjennomgå nettopp avtaleperiodene. Vi har gjort det på en del punkter. Jeg tror Luftambulansen har en avtale på seks eller åtte år. Så muligheten ligger der. Det som har vært brukt som argument tidligere, er at EØS-avtalen regulerer hvor lang avtaleperiode man kan inngå. Men vi har gjort det på noen punkter, og det er helt åpenbart at det er grunn til å se litt mer på dette.

Jeg er litt mer bekymret når jeg hører oppramsingen her i dag. Vi fikk høre at alle nærmest utelukkende bruker unntaksbestemmelsen. Det er faktisk bekymringsfullt fordi det utelater en stor gruppe og en rekke tilbydere. Det som må være oppgaven, er å gå inn og se på innholdet. Det er jo helt uinteressant for rusmiddelmissbrukere som skal ha behandling, om det kalles privat, kommersiell eller privat, ideell. Det som er det interessante, er: Får vi god nok hjelp? Får vi hjelp til å komme ut av dette rushelvetet? Når det gjelder den type kvalitetskriterier, må vi ha langsiktighet. Vi vet at en rekke institusjoner som ikke har fått avtale, er fantastisk gode. Jeg vil nevne Håpets dør. Jeg vil si til representanten Dāvøy at nå har vi en gylden mulighet, og vi må jobbe mot at vi får økt bevilgningene til kjøp av plasser i revidert nasjonalbudsjett som nå ligger til behandling i dette hus. Det er jo der vi må legge inn en innsats, nettopp slik at Helse Sør-Øst kan kjøpe flere

plasser for å gi flere personer hjelp, og også slik at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord kan kjøpe flere plasser. Det er jo vårt ansvar. Stortinget er den bevilgende myndighet, og da er det opp til oss.

Så har jeg en henstilling til statsråden om kanskje å intensivere arbeidet med å se på virkemidler, på hvilket grunnlag og på hvilke muligheter vi har for å øke avtaleperioden. Det er helt åpenbart at man kan gi signaler til de regionale helseforetakene om at de bør tilstrebe en litt lengre avtaleperiode enn det de har gjort til i dag.

Det er klart at vi etterspør stadig mer kvalitet. Vi etterspør ikke lenger bare kvantitet, men vi etterspør kvalitet også når det gjelder bygninger og bemanning, og det tar tid å bygge det opp. Da blir det jo litt merkelig at hvis man har en toårsperiode – altså en to års avtale – og når man endelig har kommet opp på det kvalitetsmessige nivået man ønsker, så får man beskjeden: Sorry, nå er du for dyr, vi kan likevel ikke bruke deg i neste avtaleperiode, og da må man begynne å bygge ned igjen.

Dette er vi helt nødt til å ta inn over oss, og vi må få på plass et bedre regelverk. Men det regner jeg med at statsråden har planer for, og jeg ser fram til at det blir gjennomført.

Inge Lønning (H) [13:58:53]: Jeg vil gjerne ta opp tråden der hvor foregående taler slapp den.

Jeg tror den grunnleggende utfordring når det gjelder tilbudet om behandlingsplasser for rusavhengige, ikke ligger i hvilke merkelapper man setter på institusjoner. Den grunnleggende utfordring ligger i det at vi opererer med ventetider for behandling for denne kategorien, som er helt meningsløse, simpelthen fordi all konkret erfaring viser at skal rusavhengige kunne dra nytte av institusjonsbehandling, er det helt avhengig av at det foreligger en positiv motivasjon. Og den motivasjonen vil hos denne kategorien pasienter sjelden kunne vare i månedsvis, i påvente av at man kanskje kan få en institusjonsplass. Utfordringen ligger rett og slett i at vi ikke prioriterer dette høyt nok, og derfor kjøpes det ikke tilstrekkelig antall kvalitativt gode plasser.

Hvorledes man så går frem når det gjelder innkjøpsrutinene, er et helt underordnet spørsmål. Men jeg må jo si at jeg er grunnleggende enig med statsråden i at man kan ikke gjøre det slik at en unntaksbestemmelse skal bli hovedregelen. Unntaksbestemmelsen er ment å være en unntaksbestemmelse, fordi det finnes ingen gode grunner til at man ikke kan praktisere de generelle prinsipper for offentlige innkjøp på dette feltet. Spørsmålet er jo bare om man har gode nok rutiner når det gjelder å definere kriteriene, og ikke bare er opptatt av pris, men er opptatt av kvalitet og innhold og dokumenterte resultater. Hvis anbud fungerer dårlig, skyldes det den som praktiserer anbudet, og som ikke gjør et godt nok arbeid når det gjelder å definere de kriteriene man skal måles opp mot.

Jeg tror også at det er et blindspor å begynne å forsøke å lage et prinsipielt skille mellom såkalte ideelle og såkalte kommersielle aktører, simpelthen fordi det er grunnleggende uklart hva «ideell» i denne sammenheng betyr. Hvis det går på organisasjonens form, er det enkelt å dis-

tingvere, for da kan man f.eks. si: Hvis noe er organisert som en stiftelse, er det pr. definisjon ideelt, uansett hvem som lager stiftelsen. Hvis det derimot er organisert som et aksjeselskap, er det kommersielt uansett hvem som står bak. Men det blir jo en meningsløs formalisme. Hva da med f.eks. diakonale sykehus, som er heleide aksjeselskap, men hvor det er en stiftelse som er eier av alle aksjene? Dette blir en meningsløst formalistisk tilnærming.

Jeg la merke til med interesse at det var en ganske tydelig – for meg i hvert fall – forskjell mellom den måten representanten Teigen kjørte på dette skillet på, og statsrådens tilnærming, som jeg oppfattet som like pragmatisk som min egen tilnærming er. Det interessante er ikke hvilke merkelapper man setter på institusjoner, det interessante er om det de har å tilby, er kvalitativt godt, og at det er kvalitativt bedre enn hos andre som kommer med tilbud, og da skal det pr. definisjon velges, uansett hvem som driver.

Jeg må si jeg er grunnleggende enig med komitélederen i at for brukerne er jo disse papirøvelsene helt uinteressante. For brukerne er det én ting som betyr noe, nemlig at de i det hele tatt får tilbud om en plass, at den plassen holder mål kvalitativt, og at det tilbudet de mottar, gir dem en reell sjans til å komme ut av rusavhengigheten.

Jeg tror jo – til sist – at hvis man skulle trekke inn formaliaspørsmål som en hovedsak i denne sammenheng, er det langt mer relevant å sette søkelyset på RHF-ens rolle og på den uheldige rolleblanding som jeg tror både interpellanten, Kristelig Folkeparti, Høyre og Fremskrittspartiet er enige om, nemlig den sammenblanding mellom sørge for-ansvar og eieransvar som ligger i RHF-ene selv. Det er et mye mer interessant problem også i denne sammenheng å få gjort noe med enn denne kunstige grensdragningen mellom såkalt ideelle og såkalt kommersielle aktører.

Gunvald Ludvigsen (V) [14:04:06]: Venstre er enig i at private ideelle institusjonar har spela og spelar ei viktig rolle i behandlinga av rusmiddelavhengige. Det er derfor viktig at spelereglane, inkludert anbodsregimet, ikkje avskjer desse institusjonane frå moglegheita til å yte behandling til ei stor gruppe. Vi treng fleire plassar for behandling av ruspasientar – og ikkje færre. Vi må unngå at f.eks. eit rigid anbodsregime resulterer i eit dårlegare samla behandlingstilbod for denne svake pasientgruppa.

Helseføretaka spelar ei viktig rolle i kjøp av plassar. Slik som vi har høyrte – og slik som eg har forstått det – har helseføretaka agert ulikt med omsyn til kjøp av behandlingsslassar. Slik eg oppfattar statsrådens innlegg, tenkjer han at det no skal skje ei viss harmonisering. Det trur eg er bra for dei aktuelle aktørane, slik at alle kjenner spelereglane. Eg trur at det i neste omgang vil bli veldig godt for dei det gjeld, nemleg pasientane.

Eg er glad for at både statsråden og Dag Ole Teigen her i dag strekar under kor stor del og kor viktig del dei private og ideelle organisasjonane og institusjonane sine tilbod til rusmiddelavhengige er. Venstre er enig i at desse institusjonane spelar ei svært viktig rolle, og derfor er det viktig at f.eks. eit anbodsregime ikkje er som ein kjøpp

i hjulet for disse institusjonane slik at dei viktige tilboda blir øydelagde.

I alle fall slik som eg oppfattar det, er svaret frå statsråden positivt. Eg er einig i at det også var ganske pragmatisk. På det området vi no snakkar om, må vi i alle fall ha eit ope sinn. Samhandling har vore eit mantra ikkje minst frå statsråden, og vi må samhandle med denne store tilbodsaktøren i mange, mange år framover.

Jan Bøhler (A) [14:07:15]: Denne debatten og dette temaet viser hvordan også de rød-grønne partiene er opp-tatt av å kunne samarbeide godt med private og ideelle eiere av institusjoner, og det handler vel om over 60 pst. av institusjonene på dette området. Det er mye godt engasjement, mye erfaring og mye kunnskap som ligger i disse institusjonene, og vi – de rød-grønne partiene her på Stortinget – har også flere ganger når vi har ønsket å satse mer innenfor rusomsorgen, henvendt oss den veien med bevilgningene våre.

Men det er ett spørsmål som jeg synes er viktig i samarbeidsformen og i hvordan man legger opp avtalene og samspillet, som særlig representanten Nesvik, og også representanten Lønning, var inne på i sine innlegg, som jeg kunne tenke meg å gå litt videre på. Det gjelder debattene vi har om at vi møter rusavhengige hvor pasienthistorien er sånn at de har hatt fem, seks, åtte, ti, tolv opphold på institusjon, enten det har vært private, ideelle eller offentlige, som ikke har gitt resultater, og det har også på den andre siden ført til debatter om vi skal gå andre veier, apropos debatten om utdeling av heroin eller heroinassistert behandling og andre alternativer. Jeg synes det er et viktig spørsmål også når vi har dette temaet til interpellasjon her i dag. Jeg for min del har ved flere av besøkene vi har hatt med komiteen, og som jeg har hatt på egenhånd, spurt mange av disse institusjonene: Vet dere hva resultatene deres er? Vet dere hvordan det går med de rusavhengige som har vært hos dere, etter én måned, etter et halvt år, etter ett år? Jeg har fått få svar på det noe sted. Selvsagt har det på den ene siden verdi i seg selv å få komme et sted, få roet seg ned og få pleie og omsorg sånn at man er bedre rustet til å komme ut i det harde livet som rusavhengig igjen. Men hovedspørsmålet må jo være: Hvor mange greier å komme seg ut av rusavhengigheten gjennom opphold på institusjonene?

Når vi tenker på avtaleform, samarbeidsform mellom alle typer institusjoner, enten vi kaller det private, ideelle eller offentlige, mener jeg det er viktig at vi ikke stivner i gamle arbeidsformer og behandlingssideologier som har vist seg ikke å gi gode nok resultater og ikke forbedret situasjonen for rusavhengige nok. Jeg synes det er en viktig avveining når vi her diskuterer forholdet mellom forutsigbarhet og det å stille krav om forbedring. Jeg mener ikke at det nødvendigvis er en motsetning, men jeg mener at vi må unngå at våre krav om forutsigbarhet blir en sovepute, at vi må kombinere det å kunne ha langsiktige avtaler og mulighet til å bygge opp kvalitet med å stille klare krav, og at det må bli et sterkere innslag i avtalen og i forhandlingene. Jeg mener at avtaler og forhandlinger også i større grad bør omhandle samarbeidet etter institusjons-

oppholdet, altså hvordan man utformer samarbeid om et-tervern og om oppfølging etter oppholdet, og hvordan forbedringspotensialet er, evaluering av resultater, hvordan det går med de rusavhengige både på kort og lang sikt etter oppholdet på institusjonene, må være en del av vurderingen av hvordan man skal samarbeide videre. Det er klart at dette er vanskeligere når det gjelder rusavhengige, enn i andre deler av somatikken og andre behandlingsområder, fordi det er mye mer sammensatt og vanskeligere å oppnå så håndfaste resultater. Men vi er likevel helt avhengig av at vi får bedre tak på den delen av samarbeidet med alle typer institusjoner.

Jeg tror den eneste måten alle, enten det er offentlige eller private, ideelle institusjoner, kan sikre seg på lang sikt, er å konsentrere seg aller mest om å forbedre seg, gjøre en best mulig jobb og legge større vekt på resultater. Jeg mener at vi skal passe oss for å ha ideologiske sperrer på dette området med hensyn til hvem vi samarbeider med osv. Den eneste sperren jeg mener vi bør ha, er å ikke konservere arbeidsformer, behandlingssideologer osv. der det er vanskelig å få øye på at det har gitt gode nok resultater for pasientene og de rusavhengige.

Laila Dāvøy (KrF) [14:11:55]: Det var en liten, artig debatt her fra Høyre og Fremskrittspartiets side, spesielt med hensyn til at de ikke så forskjell på private kommersielle og private ideelle. Jeg ser forskjell, og for meg er det relativt enkelt at nonprofit er de ideelle, og det er disse jeg snakker om når vi snakker om ideelle institusjoner, de som ikke tar utbytte, de som driver ideelt, og som på denne måten kanskje tilfører en institusjon mye mer enn bare ved å bruke de midlene de har, eller som de får fra det offentlige. Mange av disse driver også med egne midler for å supplere på en god måte, og de har ofte frivillige knyttet til seg. Jeg ville begynne med det.

Ellers er jeg også enig med representanten Harald T. Nesvik, som sier at det aller viktigste er at vi ikke får så lange ventetider, at ikke ventetidene øker, og at vi har nok midler i russektoren, slik at vi faktisk kan få behandlet alle disse rusavhengige som jo står i større og større køer. Det er jeg også veldig enig i. Men samtidig til selve interpellasjonen: Den går på, som jeg fortsatt vil hevde, at utrolig mange institusjoner har opplevd en uryddighet, en usikkerhet og en uforutsigbarhet de siste årene, kanskje mer enn tidligere. Statsråden peker på at man her har fire forskjellige måter å gjøre avtaler på. Det er klart at det også kan skape forvirring når kanskje én og samme institusjon skal legge inn tilbud i ulike regioner som opererer på ulik måte. Det kan være at dette har gjort at noen av institusjonene har funnet dette svært vanskelig. Samtidig vet vi at lengden har vært et kjempestort problem. Mange har fått kortsiktige leieavtaler. Så vidt jeg vet – her må jeg ta et lite forbehold – kan man innenfor EØS-regelverket faktisk gå så langt som opptil seks år, kanskje ikke i første runde, men ved at man også kan få videreført avtalene. Det kan man jo finne ut av. Det aller viktigste, tror jeg, for disse institusjonene er å ha en god forutsigbarhet og at man har ryddige og kanskje samme kriterier for både utvelgelse og avtaler.

Helt til sist har jeg lyst til å spørre statsråden: Hvordan vil det bli nå for de ideelle institusjonene framover? Vil det bli samme avtalelengde? Vil det bli samme kriterier for utvelgelse? Vil det bli samme system, enten det blir direkte kjøp, konkurranse uten kunngjøring eller konkurranse med forhandlinger? Vil statsråden legge opp til at det blir de samme over hele landet? Da ville jo det vært veldig mye bedre for alle.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:15:28]: Jeg vil bare starte med å si at jeg mener at det er kapasiteten som er sakens kjerne, og å ha tilstrekkelig kapasitet. Så kan man si at det har utelukkende med bevilgninger å gjøre. Bevilgninger er veldig viktig, men det har ikke utelukkende med bevilgninger å gjøre. Så kan man si at her skulle man ha bevilget mer penger. Det vil alltid være en politisk diskusjon, men jeg minner om at Regjeringen har økt bevilgningene til russektoren med nesten 700 mill. kr etter regjeringsskiftet. I så måte mener jeg det er grunnlag for ros for det arbeidet vi har gjort.

Så mer konkret til det som er interpellasjonens tema. Jeg er veldig opptatt av at vi må ha et mangfoldig tilbud. Jeg mener at offentlig sektor skal ha rusbehandlingstilbud i egen virksomhet. Det er riktig at vi også har egen kapasitet i egen virksomhet. Så mener jeg at i en del sammenhenger er det helt greit å kjøpe tjenester fra det som kalles private, kommersielle aktører på dette feltet. Det gjør vi også. Men så er jeg nok mer enig med representanten Dāvøy i at det er en forskjell på private, kommersielle aktører og private, ideelle aktører. De ideelle aktørene har etter min mening en added value – de har et verdibasert grunnlag og har et tungt innslag av frivillighet. Nettopp det også å ha med institusjoner med verdibasert utgangspunkt og med tungt innslag av frivillighet gjør at vi også sørger for større mangfold. Det tror jeg vi trenger i russektoren.

Derfor er jeg veldig opptatt av at vi skal ha kjøpsprosedyrer som gjør at vi sørger for at noe har vi i egen virksomhet, vi skal ikke kjøpe alt. Vi skal ha kjøpsprosedyrer som sørger for at vi kan ha åpenhet og konkurranse der det er riktig, men det er også riktig å bruke unntaksbestemmelsen for å sikre seg at noen av leverandørene er private, ideelle organisasjoner.

Så vil jeg bare gjenta det jeg har sagt om at jeg er veldig opptatt av at når de regionale helseforetakene kjøper, skal de være gode og skikkelig profesjonelle kjøpere. Da er jeg enig i at kontraktslengde er en veldig viktig bit, og det jobber vi med. Men vær klar over at enhver medalje har en bakside. Ta f.eks. at Frelsesarmeens Håpets dør ønsker seg inn i igjen. Jo lengre kontrakter vi gav til andre den gangen Håpets dør tapte, desto lengre tid vil det gå før de får muligheten til igjen å komme inn i virksomheten. Så enhver medalje har en bakside, også denne.

Det er i summen av alle disse hensynene vi må forsøke å stake ut en fornuftig politikk.

Presidenten: Debatten i sak nr. 3 er dermed avsluttet.

Sak nr. 4 [14:18:36]

Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetjenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem (Innst. S. nr. 189 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:5 (2008–2009))

Rune J. Skjælaaen (Sp) [14:19:12] (ordfører for saken): Spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer er temaet for Riksrevisjonens undersøkelse. Etter Opptappingsplanen for psykisk helse er det bra at Riksrevisjonen på en grundig måte har gått igjennom tilbudet til voksne. Men en svakhet ved undersøkelsen er at det bare er spesialisthelsetjenestens tilbud som er undersøkt, og ikke også kommunehelsetjenestens tilbud.

Bakgrunnen for at jeg sier dette, er at det er en sammenheng mellom det tilbudet som en kan få lokalt av kommunehelsetjenesten, og det tilbudet en må gi sentralt av spesialisthelsetjenesten. En godt utbygd kommunal helse-tjeneste bør kunne dempe behovet i spesialisthelsetjenesten. Et dårlig tilbud lokalt kan føre til for stor pågang sentralt. Det ser vi faktisk flere eksempler på.

Høringen komiteen hadde under behandlingen av denne rapporten, viste videre at en har vært igjennom krevende omstillinger i det psykiske helsetilbudet til voksne på grunn av fastlåste kulturer som bl.a. manglet brukerperspektivet i tilstrekkelig grad. Det har vært svært krevende mange steder å endre behandlingsskulturene. Det er ikke gjort over natten å få til gode omstillinger. Det har vist seg å være langt mer krevende innenfor psykiatrien enn innenfor somatikken å få til nødvendige omstillinger.

Riksrevisjonen fastslår at forskjellene helseregionene imellom er store. Det viser seg også at dette har innvirkning på den henvisningspraksisen til fastlegene. Hele komiteen mener at det er alvorlig at fastlegene har så ulike terskler for henvisninger til spesialisthelsetjenesten – det er det ene. Det andre er at det faglige skjønnet i så stor grad blir påvirket av tilbudet som finnes. Komiteen mener videre at det er urovekkende at mange henvisninger er mangelfulle – det er det ene. Det andre er at spesialisthelsetjenesten i slike tilfeller ikke ber om tilleggsinformasjon. Komiteen ber departementet følge opp problemstillingen knyttet til henvisningspraksisen, slik at pasientene får lik behandling.

Ellers merker komiteen seg at departementet har skjerpet kravene til rapportering og laget en mal for melding som skal gjøre styringsdialogen mellom helseforetakene og departementet bedre. Det er veldig bra og nødvendig. Da kan departementet følge utviklingen. Noe av problemet har vært at departementet ikke har visst hvordan situasjonen har vært ute, fordi en rett og slett ikke har hatt gode nok styringsdata til å kunne følge utviklingen.

Likeverdige tilbud innenfor psykisk helsevern skal være tilgjengelig uavhengig av hvor man bor. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er store geografiske forskjeller. Norsk psykiatri var i svært dårlig forfatning da opptappingsplanen ble iverksatt. Mye er blitt bedre, og på mange felt er det blitt svært mye bedre. Men rapporten fra Riksrevisjonen viser at det fremdeles gjenstår mye

for å sikre at det psykiske helsetilbudet for voksne er godt nok.

Komiteen forventer at departementet i forbindelse med Nasjonal helseplan 2007–2010 viser veien fram mot målet om å gjøre det psykiske helsetilbudet for voksne bedre og likeverdig i hele landet.

Vigdis Giltun (FrP) [14:23:43]: Målsettingen med Opptappingsplanen for psykisk helse var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukernes behov skulle være utgangspunktet for behandling og pleie. Riksrevisjonens rapport viser at målet er langt fra nådd, og rapporten avdekker mange alvorlige svakheter som burde ha vært fulgt bedre opp underveis. Rapporten var ingen stor overraskelse for oss som er i helse- og omsorgskomiteen, og mesteparten av dette har vært påpekt under de årlige budsjettbehandlingene.

Noe av det mest alvorlige er at det ikke er noen sammenheng mellom pasientens tilstand og rett til behandling. Det er helt tilfeldig hvem som blir rettighetspasienter, og avslagsprosenten ved poliklinikkene varierer fra 3 til 79 pst. Prosentdelen av rettighetspasienter varierer fra 11 til 92 pst., og en høy andel av pasientene får ikke stilt noen diagnose, bare et symptom. Dette gjelder også for de mest alvorlig syke. Mange fastleger henviser ikke til distriktpsykiatriske sentre når de vet at pasienten ikke blir møtt av en spesialist, men kanskje en sykepleier eller en sosionom. Dette ble også påpekt under høringen. Mange av pasientene blir ikke informert om sine rettigheter, og i mange tilfeller får ikke pasientens lege nødvendig informasjon for å følge opp. De som henvises, får jo da ikke den retten til behandling som de burde hatt ifølge målsettingen.

Psykiatere er i liten grad med i behandlingen. Psykiatrisk spisskompetanse er noe som mangler, og det ble også påpekt av legerådet allerede for 20 år siden. Det finnes ingen bemanningsnormer for de distriktpsykiatriske sentrene, og undersøkelsen viser at spesialistandelen der varierer fra 6 til 43 pst. av fagårsverkene. Det er også mange vakanser og utstrakt bruk av vikarer, også utenlandske med varierende norskkunnskap og annen kulturbakgrunn. Dette kan ha stor negativ betydning for behandlingen av denne typen pasienter. Dette tok jeg også opp med Sylvia Brustad i 2007. Fremskrittspartiet er derfor meget kritisk til at de distriktpsykiatriske sentrene ikke er bedre fulgt opp.

Det framgår også at det er en veldig uklar ansvarsdeling mellom første- og andrelinjetjenesten og resten av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det går selvsagt ut over pasientene og målsettingen om god samhandling. Selv om denne rapporten ikke tar for seg kommunehelsetjenesten, vet man at denne ikke er utbygd for å fange opp de store endringene ved at mange av de sykeste nå bor i eget hjem.

Fra 2003 til 2006 var reduksjonen i døgnplasser på 9 pst., og nedtrappingen fortsetter. Helse Sør-Øst kuttet med hele 35 pst. på de tyngste døgnplassene nå i høst. Til tross for det har vi en situasjon hvor vi også innenfor psykiatrien finner det særnorske fenomenet «korridorpasienter». Nedtrappingen av døgnbehandling i sikkerhets-

psykiatrien og endringene de siste ti årene har ifølge brukerorganisasjonene og pårørende ført til et dårligere tilbud til de aller sykeste, og dette framkom også på høringen.

Før 2004 var rett til nødvendig helsehjelp betinget av de til enhver tid tilgjengelige ressurser. Denne bestemmelsen ble kritisert som både innholdsløs og uten verdi. Kapasitetsbegrensningene ble fjernet fra loven 1. september 2004, og det skulle nå være pasientens tilstand og kostnadseffektiviteten ved de nødvendige behandlingstiltak som skulle bestemme om pasienten hadde et lovmessig krav på helsehjelp.

I dag unngås såkalte fristbrudd ved at pasienten enten får avslag eller får avkortet sitt behandlingstilbud, slik at flere går igjennom på raskere tid. De får for få konsultasjoner, eller de blir også sendt ut etter døgnbehandling altfor raskt. Oppfølging i kommunene er ofte fraværende eller altfor dårlig ivarettatt, som har fått alvorlige følger. Det har vi sett gjentatte eksempler på.

Pasientgrupper som kommer spesielt dårlig ut, er de mest alvorlig syke med tunge psykiatriske lidelser. Tidligere undersøkelser har også vist at eldre over 60 år er en gruppe som i liten grad benytter eller får tilgang på spesialisthelsetjenesten.

Den nye prioriteringsveilederen sies å være et stort skritt i riktig retning, men jeg er dessverre ikke trygg på at den veilederen vil løse de fleste svakhetene som denne rapporten har påpekt.

En viktig forutsetning for at pasientene skal få oppfylt sine rettigheter er at det er et godt nok tilbud, at retten til fritt sykehusvalg også gjelder utover dem som har avtale i dag, slik at pasientene kan få behandling der det faktisk er tilgjengelig. Det gjelder også for psykologer og psykiatere, som Fremskrittspartiet har foreslått. I dag er det helseforetakene som begrenser hvem de har avtale med, og mange klinikker og institusjoner kan ikke tilby tjenester.

Avslutningsvis vil jeg si at Riksrevisjonens undersøkelse både når det gjelder barn og unge, som vi tidligere har behandlet, og voksne, viser de samme store svakhetene. Behovet for hjelp viser seg å være langt større enn det planen tok høyde for, og resultatet av undersøkelsen og andre framlagte rapporter viser at opptappingen innenfor psykiatrien må fortsette, men enda mer målrettet og med øremerkede midler, noe Fremskrittspartiet har foreslått, fram til en bedre finansiering kommer på plass.

Jeg vil da ta opp forslaget om flere døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien, som er fremmet av Fremskrittspartiet og Høyre.

A n d e r s A n u n d s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Vigdis Giltun har tatt opp det forslag hun refererte til.

Inge Lønning (H) [14:29:43]: Innstillingen fra kontroll- og konstitusjonskomiteen er relativt kortfattet. Til gjengjeld er vedlegget til innstillingen meget omfattende, nemlig referatet fra høringen i tilknytning til behandlingen av saken i komiteen. Det tror jeg kanskje er betegn-

de for de utfordringene vi står overfor på dette området. Det er vesentlig lettere å beskrive problemene og brette dem ut, enn det er å anbefale den riktige behandling av problemene.

Det som er avdekket i Riksrevisjonens gjennomgang, er at det er uakseptabelt store ulikheter i det behandlingstilbudet pasienter mottar på dette feltet. Ut fra de dataene som Riksrevisjonen legger frem, synes det som om ulikhetene er enda større innenfor det psykiske helsevernet enn innenfor somatikken, og de er mer en store nok innenfor somatikken. Dette er i seg selv et tankekors, fordi de retningslinjene som gjelder for den faglige vurderingen, er jo de samme i hele det norske helsevesen. Det er ikke ett sett av retningslinjer i én region og et annet sett i en annen region. Prioriteringsforskriften som helsepersonellet er forpliktet til å følge, er den samme. Men den tolkes vidt forskjellig. Det alvorligste ved Riksrevisjonens rapport er vel at den slår fast at det i hvert fall i deler av systemet er ting som tyder på at det ikke er pasientens tilstand som er bestemmende for hvilken diagnose som kommer ut, og hvilke rettigheter som utløses gjennom diagnosen, men det er systemets kapasitet til å ta imot som bestemmer hvorledes diagnosen utformes. Derfor tror jeg det er grunn til å vektlegge det arbeid som er satt i gang av Helse- og omsorgsdepartementet, når det gjelder å utarbeide faglige veiledere som utfyller selve prioriteringsforskriften på en slik måte at man i hvert fall et stykke på vei får eliminert de dramatiske forskjellene i praktiseringen av gjeldende bestemmelser.

Det er helt klart at de generelle rettigheter som pasienter har, skal være de samme i hele Norge og i alle deler av helsevesenet. Vi er da naturligvis forpliktet til å ta det på alvor når Riksrevisjonen kan dokumentere at avstanden mellom kart og terreng er usedvanlig stor. Men når avstanden mellom kart og terreng er så stor, er jo spørsmålet om det som trengs, er en revisjon av kartet. Er det grunn til å tro at en revisjon av kartet vil forandre terrenget i vesentlig grad? Eller er det nettopp måten kartet brukes på som er den grunnleggende utfordringen?

Etter å ha fulgt denne problemstillingen i en del tiår, tror jeg at den viktigste ressurs som ikke blir utnyttet effektivt nok i dag, er den som ligger hos de private spesialistene – og nå sier jeg ikke de private avtalespesialistene, men jeg sier uttrykkelig de private spesialistene, uavhengig av om de har en avtale eller ikke. Det er der det finnes ledige ressurser av faglig art som kan hentes ut på kort sikt, mens det å bygge opp økt kapasitet i det offentlige i beste fall tar lang tid, og i mange tilfeller også slukes opp av byråkratiseringsprosessen innenfra, slik at nettogevinsten for pasientbehandlingen blir lik null. Så er det faktisk en betydelig ressurs både når det gjelder psykologer og psykiatere, som kan utnyttes mer effektivt enn i dag. Men det vil føre over i en annen debatt enn det som er innholdet i denne saken, nemlig hvorledes vi håndterer avtalesystemet, og hvorledes man kan frigjøre seg fra den tvangstrøyen som avtalesystemet langt på vei er blitt, og som gjør at faglige ressurser ikke blir utnyttet godt nok.

Øystein Djupedal (SV) [14:35:00]: La meg først si at saksordføreren og flere andre talere har gjort rede for saken. Dette er et spørsmål man godt kan politisere og si at det er uenighet om, men Riksrevisjonens rapport er først og fremst et dokument for å peke på de samlede utfordringene vi har på det feltet som går på psykiatri.

Etter mange år her i huset husker jeg godt den gangen psykiatriplanen første gang ble vedtatt. Det er vel ca. ti år tilbake. Det denne rapporten fastslår, er at situasjonen er vesentlig bedre i dag enn for ti år tilbake, uten at det dermed er sagt at det ikke er store utfordringer innenfor psykiatrien. Det avdekker jo også rapporten. Derfor er det grunn til å si at denne rapporten fra Riksrevisjonen må være en del av det grunnlagsmaterialet som Helse- og omsorgsdepartementet tar med seg i sitt videre arbeid for å forbedre tilbudet til psykiatriske pasienter.

Det denne rapporten også viser, er at det er store forskjeller mellom helseforetakene. Det er store forskjeller mellom de ulike helseregionene. Det som er utfordringen, er hvordan vi sørger for å få et bedre og likeverdig tilbud til dem som faktisk har bruk for det. Men det er viktig å huske på – og det er faktisk også et poeng – at gjennom disse ti årene som Opptrappingsplanen for psykisk helse har vart, har vi hatt mange ulike regjeringer i Norge, og vi har hatt mange ulike helse- og omsorgskomiteer her i huset. Og det har i grunnen vært tverrpolitisk enighet om dette løftet. Derfor skal man være varsom med å politisere det man ikke trenger å politisere, bare ta tak i det som Riksrevisjonens rapport tydelig avdekker, nemlig at vi har noen felles utfordringer, som jeg med sikkerhet vet at Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden tar tak i.

La meg peke på noen av de utfordringene vi har. Det er flere som har vært inne på dem. En utfordring er at det er stor ulikhet i hvordan søknader behandles. Her ser vi – og det framkom også i høringen – at avslag på behandling varierer fra 3 pst. til 79 pst. i poliklinikkene. Vi ser også at spesialistandelen i de 46 undersøkte DPS-ene varierer fra 6 pst. til 43 pst. Her har vi på mange måter et Forskjells-Norge som ikke er planlagt. Årsakene til det står det også mye om i rapporten, og de er sammensatt. Men poenget er at dette avdekker en for stor ulikhet som gjør at mange pasienter ikke får den behandling de har krav på. Det er det som er utfordringen her.

Det vi også ser, er at denne typen pasientgrupper ikke er egnet for stykkprisbehandling, og stykkprissystemet har vi jo innenfor helse. Det betyr at det også er en utfordring hvordan man skal klare å løse dette bedre i framtiden.

Jeg hadde forleden dag gleden av å se et program på tv om paleontologen Jørn Hurum, som har kommet over et fossil i Messel i Tyskland. Han døpte det «the missing link». Det er mulig at det egentlig er «the missing link» vi etterlyser her også. Det er mulig at samhandlingsreformen som statsråden nå skal legge fram for Stortinget om kort tid, egentlig er «the missing link». I hvert fall ser vi veldig tydelig i psykiatrien at det mangler et mellomledd mellom helseforetaket og tilbudet ute i den enkelte kommune. Det er mulig at denne stortingsmeldingen bør bli kalt «the missing link» og ikke noe annet. Uansett kan denne samhandlingsreformen gi svar på mange av de utfordrin-

ger som Riksrevisjonens rapport her peker på, nemlig at det er manglende samhandling, manglende koordinering og manglende rapportering som gjør at mange pasienter helt uforskyldt faller igjennom i et system som er stort, vanskelig, uoversiktlig og byråkratisk. La meg i hvert fall håpe at denne stortingsmeldingen som vi får om kort tid, kan være et svar på «the missing link» i psykiatrien.

La meg også si at vi ser at det har vært tilført betydelige ressurser i denne perioden, ikke bare gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, men også i kommuneøkonomien. Kommuneøkonomien har utvilsomt også bidratt, selv om den ikke har bidratt nok. Her står det også mye klokt i rapporten som det er viktig for departementet å ta tak i.

I det store og hele vil jeg avslutte med å si at den rapporten som Riksrevisjonen har laget, er en viktig rapport. Denne rapporten kombinert med den kunnskap vi for øvrig har om dette feltet, og det vi vet kommer fra Regjeringen, gjør at jeg er optimist. Jeg tror også det er viktig å si at i den grad det er mulig i et så betent politisk spørsmål, bør man prøve ikke å politisere mer enn godt er, for her er det en stor grad av politisk vilje og enighet. Og hvis man ikke lykkes, tror jeg at representanten Lønning er inne på mye sentralt rundt dette, nemlig at det ikke dreier seg om politisk vilje til å få det til, det dreier seg egentlig heller ikke om ressurser, for ressurstilfanget har vært betydelig i perioden, men det dreier seg om enkle ting: Klarer vi å organisere dette godt nok, klarer vi å få samhandlingsmønstret godt nok, og klarer vi å ivareta at det er pasienten som er det viktigste, og ikke systemet rundt? Så jeg tror vi er på riktig vei. Denne rapporten viser at vi har et stykke vei å gå, men vi har også gått et stykke, la oss også huske på det.

Laila Dāvøy (KrF) [14:40:25]: Riksrevisjonens rapport og stadige oppslag i media viser at det fortsatt er store mangler i det psykiske helsevernet. Når dette er sagt, har jeg samtidig lyst til å slå fast at det har skjedd mye positivt på dette området siden 1997.

Stortingsmeldingen fra 1996, som dannet grunnlaget for stortingsbehandlingen og den etterfølgende økonomiske opptrappingsplanen, slo fast at behandlingsskjeden ble brutt i alle ledd. Den gang var det en skikkelig elendighetsbeskrivelse.

Gjennom opptrappingsplanen har tilbudene i det psykiske helsevernet blitt bedre både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Nye tilbud og tjenester er bygd opp, og flere får hjelp. Samtidig er det heldigvis blitt større åpenhet om psykiske lidelser. Dermed har flere våget å oppsøke hjelp for slike lidelser, og behovet for tjenester har økt.

Riksrevisjonens rapport har tatt for seg spesialisthelsetjenesten. Det betyr at det bare er ett av bena i behandlingsskjeden som er blitt undersøkt, noe som ikke vil gi et fullstendig bilde av situasjonen. Mye av den omlegging og opptrapping som har skjedd gjennom de siste ti år, har også funnet sted i kommunene – i primærhelsetjenesten. Siktemålet har vært at behandling skulle gis så nær pasienten som mulig. Et godt utbygd tjenestetilbud i kommu-

nene vil også bety avlastning på de spesialiserte behandlingstilbudene. De omlegginger som har skjedd, har vært krevende, og det har tatt lengre tid enn en kanskje hadde regnet med i 1997.

Undersøkelsen viser at det er store ulikheter mellom helseregionene, som også representanten Lønning var inne på. Det gjelder både antallet døgnplasser og det polikliniske tilbudet. Fastlegene har også ulik praksis når det gjelder henvisning, og henvisningene kan ofte være mangelfulle. Undersøkelsen viser videre at henvisningspraksisen påvirkes av om tilbudene det kan henvises til, er tilstrekkelige.

Det er urovekkende at pasientens mulighet for riktig behandling kan bli påvirket av mangelfull informasjon om pasientens tilstand og hvor i landet pasienten bor. Det er helt nødvendig at departementet iverksetter tiltak for å rette opp dette, hvilket jeg har forstått at departementet er i gang med. Likeverdig helsetilbud, også innen psykisk helsevern, skal være tilgjengelig uavhengig av hvor en bor i landet.

Fra og med 2009 inngår de øremerkede midlene til psykisk helsevern i rammetilskuddene til kommunene. Kristelig Folkeparti gikk som kjent imot dette og mente det fortsatt var såpass stort behov for oppbygging av tjenestetapparatet på dette feltet at pengene fra handlingsplanen fortsatt burde øremerkes. Det gjaldt spesielt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og ikke minst langtidssyke med psykiske lidelser, som hadde behov for en del boligitiltak.

Riksrevisjonens rapport viser, som jeg har inne på, at det fortsatt er store udekkede behov på området. Når øremerkingen nå er tatt bort, er det ekstra viktig at departementet følger nøye med på om dette svekker tilbudene. Jeg vil si det så sterkt at om nødvendig bør det igjen bli øremerkede midler på de områder hvor man ser at det kanskje ikke går fort nok framover.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [14:44:47]: Den åpne høringen om denne rapporten 24. februar ble også en gjennomgang av hele opptrappingsplanen, og brukere og profesjoner kom til orde. Høringen viste etter min mening at det er relativt bred enighet om hvilke hovedgrep vi må ta for å videreutvikle det psykiske helsefeltet i Norge.

Det er helt klart at vi fortsatt har store utfordringer. Det skal jeg snart komme til. Men vi må ikke glemme alt det positive som er oppnådd gjennom opptrappingsplanen. Det har vært en vesentlig utbygging og utvikling av tjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, det er satset mye på kompetanseutvikling, og det er satt i gang informasjons- og holdningsarbeid rettet mot skoler, befolkning og arbeidsliv.

Som sagt er jeg ikke tilfreds med innsatsen på alle områder, og jeg vil nevne noen eksempler:

- Vi kom for sent i gang med etablering og utvikling av psykisk helsearbeid i kommunene.
- Vi har ikke lyktes med å etablere reell brukermedvirkning overalt.
- Det gjenstår mye omstillingsarbeid når vi skal fra in-

stusjonsbasert døgnbehandling til utadrettede og lokalbaserte tilbud.

- Bruk av tvang er ikke redusert.
- Vi trenger flere psykiatere og en del andre faggrupper ved de distriktspsykiatriske sentrene.
- En videre omstilling vil frigjøre psykiatere og andre fagfolk ved sykehusene, slik at de kan gå inn i desentralisert arbeid og styrke det tverrfaglige arbeidet ved de distriktspsykiatriske sentrene.
- Vi trenger også spesialister i kommunene.

Med det bakteppet, hva jobber vi nå videre med?

Oppdragsdokumentet, som departementet gir til helseforetakene, og som gis videre derfra, er blitt spissere og mer konkret, med strengere krav til omstilling, modernisering og kompetanseutvikling, og det legges stor vekt på brukermedvirkning.

Bruk av tvang skal ned, og vi har etter hvert interessante eksempler som vi lærer av. Jeg hadde gleden av på fredag i forrige uke å besøke Jæren Distriktspsykiatriske Senter. Det er et distriktspsykiatrisk senter som gir et tilbud til innbyggerne i fire–fem kommuner på Jæren. Noe av det som var veldig spennende der, var at de hadde brukerstyrte plasser. Pasientene inngikk kontrakt med det distriktspsykiatriske senteret. Nå var det 31 pasienter som hadde en slik kontrakt. Kontrakten handlet om at når brukeren, som bodde utenfor institusjonen, følte at han eller hun hadde behov for innleggelse, bestemte brukeren selv at han eller hun skulle legges inn.

Ordringen var nå evaluert, og evalueringen viste at i løpet av den perioden man hadde hatt disse brukerstyrte plassene, var forbruket av tjenester til innlagte i institusjon halvert, sammenlignet med før man kom i gang med disse brukerstyrte kontraktene. Bruken av tvang var redusert med to tredjedeler.

Det dette viser, er at økt tilgjengelighet førte til lavere forbruk. Samarbeidet mellom kommunetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom denne typen brukerkontrakter førte til at brukerne hadde en mye bedre livssituasjon, og det var meningsfylt for fagfolkene som jobbet ved det distriktspsykiatriske senteret. Det førte igjen til at de ikke hadde noen ledige fagstillinger ved Jæren Distriktspsykiatriske Senter. Alle overlegestillinger, alle assistentlegestillinger, alle klinisk psykolog-stillinger osv. var besatt. Det viser at det skjer mye spennende innenfor fagfeltet også, som går i riktig retning. Så vi må bli spissere og mer konkrete fra departementets side når det gjelder å stille krav om denne type utvikling.

Det er laget en ny rapportmal som skal gjøre styringsdialogen bedre, og vi har innført strengere krav til rapportering. Vi må vite hva som skjer.

Avtalespesialistene – der skiller jeg nok litt lag med representanten Lønning og sier *avtalespesialistene* – skal knyttes sterkere til den øvrige spesialisthelsetjenesten, ikke minst slik at pasientene slipper å ringe rundt til mange for å få time. Noe av det som jeg virkelig har opplevd som uverdig for pasientene etter at jeg ble helse- og omsorgsminister, er at folk kan gå fra fastlegen, f.eks. her i byen, med en liste på 100–150 navn som de selv må ringe til. I en situasjon der fastlegen mener man er så syk at

man trenger spesialisert behandling innenfor psykisk helsevern, blir man altså utstyrt med en liste med telefonnummer og får beskjed om å ringe videre. Dette må vi få slutt på, og det er blant de veldig strenge kravene vi har stilt i dokumentene for i år. Det er et system som skal opphøre i år.

I årets budsjett er det et stimuleringsstilsudd på 20 mill. kr til å ansette flere psykologer i kommunene. 50 mill. kr er bevilget til forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Vi er inspirert av det som skjer i Moss, med det som kalles et ACT-team, der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider om et team som jobber ute der pasientene er. Hvis man slutter å ta medisinen sin, får man ikke lov til å fortsette med det. Man blir fulgt opp av et hjelpeapparat som sørger for at sykdommen ikke får utvikle seg. Der tror jeg også vi har et veldig viktig punkt når det gjelder noen av de tragiske drapstilfellene vi har sett altfor mange eksempler på.

Vi har videreført kompetansemidlene fra opptrappingsplanen, og det er, som representanten Giltun var inne på, utarbeidet prioriteringsveiledere som skal sørge for riktigere og mer rettferdig prioritering.

Mye av svikten og bristene vi ser, skyldes mangel på samhandling mellom nivåene og innen kommunene, som representanten Djupedal så godt påpekte. Det skarpe forvaltningsskillet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste gjør det vanskelig å få til sammenhengende tjenester som virkelig møter brukernes behov. Samhandlingsreformen skal bidra til at kommunene må legge opp tjenestene etter befolkningens behov i langt større grad enn i dag. Hvis kommunene får et tydeligere ansvar – økonomisk og juridisk – skal det bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud. Målet er at pasienter og brukere skal få riktig hjelp på riktig sted, når de trenger det.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 3213)

Sak nr. 5 [14:53:05]

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler (Innst. S. nr. 227 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:7 (2008–2009))

Rune J. Skjælaaen (Sp) [14:53:54] (ordfører for saken): Komiteen understreker at målet med legemiddelpolitikken er å sikre at pasientene har god tilgang på nødvendige legemidler, at legemidler brukes faglig forsvarlig, og at prisene holdes på et nivå som er akseptabelt, altså et rimelig nivå.

Utgiftene både for staten og for brukeren er avhengig av prisene på original- og kopilegemidler og hvor raskt kopilegemidler blir tilgjengelig på apotekene. Norge er blant de billigste land i Europa når det gjelder legemidler. Det er et inntrykk mange av oss ikke har, men det er faktisk tilfel-

let, og når det gjelder kopilegemidler i trinnprissystemet, er vi faktisk aller billigst i Europa. Det viser, mener jeg, at de tiltak som det offentlige har satt i verk for å skaffe rimelige legemidler, faktisk har vært vellykket. Men Norge har en noe lavere andel av generiske legemidler enn andre land i Skandinavia, og Stortinget har flere ganger påpekt at generikaandelen må økes. Lang saksbehandlingstid i Legemiddelverket for å få markedsføringstillatelse for kopilegemidler fører til at det offentlige bruker for mye ressurser på medisin. Stortinget har faktisk styrket budsjettet til Legemiddelverket med vel 25 mill. kr for å få ned saksbehandlingstiden, og for utvikling av elektroniske løsninger som har det samme formål. Men komiteen ber departementet følge utviklingen tett, slik at de målene som er satt for saksbehandlingstid, nås, og slik at andelen av generiske legemidler økes til et nivå tilsvarende nivået i andre land i Skandinavia.

Som sagt er prisene i legemiddelmarkedet både for staten og brukerne på et rimelig akseptabelt nivå, men vi skulle ønske at det hadde vært en noe større andel av kopilegemidler, og at de kom raskere på markedet.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet i sak nr. 5. (Votering, se side 3214)

Sak nr. 6 [14:57:09]

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av omstilling i forsvarssektoren (Innst. S. nr. 229 (2008–2009), jf. Dokument nr. 3:6 (2008–2009))

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

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

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

– Det anses vedtatt.

Svein Roald Hansen (A) [14:58:01] (ordfører for saken): Omstillingen i forsvarssektoren er en av de mest omfattende omstillingene som er gjennomført i offentlig sektor. Den har pågått gjennom to stortingsperioder, og det var bred enighet om behovet.

For ti år siden befant Forsvaret seg i en dyp og vedvarende strukturell krise med en ubalanse mellom størrelse og ressurser. Målsettingene var å forbedre den operative evnen gjennom en omstilling fra et mobiliseringsforsvar til et forsvar som er i stand til å møte et bredt spekter av oppgaver, både hjemme og ute. Omstillingen innebar omorganiseringer, nye strukturer, nedbemanninger og en vridning av ressurser fra drift til investeringer i moderne materiell.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at Forsvaret ikke fullt ut har nådd målene om å etablere den vedtatte strukturen i løpet av fjoråret. Årsakene ligger i forsinkelser på materiellfornyelsen og mangler innen personell og øving. Underveis i denne omstillingen har Riksrevisjonen gjennomført i alt syv forvaltningsrevisjoner som har berørt ulike temaer som er relevante for omstillingen, og som har avdekket mangler. Slik sett kommer de anmerkninger denne rapporten gir grunnlag for, ikke så overraskende.

Revisjoner har også det viktige formål å kunne gi kunnskap vi kan lære av. En slik lærdom i denne rapporten er at måten nedbemanningen ble gjennomført på, gav for stort tap av kompetanse. Her ser vi nå at kravet til gjennomføringstempo gikk ut over hensynet til å beholde riktig kompetanse i organisasjonen. Den samme konklusjon har departementet selv trukket, noe Stortinget ble informert om allerede i St.prp. nr. 78 for 2006–2007.

En annen viktig erfaring er at FLO ble for stor og mangeartet og har hatt for liten kapasitet og kompetanse til å fylle sin tiltenkte rolle godt nok. Det har statsråden trukket konsekvensene av, og hun varslet i fjor høst at det blir tatt organisatoriske grep slik at FLO forenkles og får et sterkere søkelys på kjernevirksomheten: å framskaffe, vedlikeholde og levere materiell og forsyninger til forsvarsgrenene. Det har komiteens støtte.

Når det gjelder operativ evne, er Riksrevisjonens vurdering at målet om å øke den operative evnen ikke er nådd i løpet av 2008. Departementet har i sine merknader pekt på at hvis man hadde fått med utviklingen i hele 2008, ville bildet vært annerledes. Det samme påpekte forsvarssjefen under høringen. Forsvarssjefens vurdering er at utviklingen fra 2005 til 2008 har gitt Forsvaret et betydelig operativt løft, og at dette vil fortsette i inneværende langtidsperiode etter hvert som de store materiellforsyningsprogrammene avsluttes. Riksrevisjonen på sin side fastholder sin konklusjon, også etter å ha gjennomgått forsvarssjefens årsrapport for 2008, om at den operative evne ikke er bedret.

Forklaringen på dette spriket i vurderingene av utvikling i operativ evne skal ligge i at rapporteringssystemene som benyttes i Forsvaret, ikke gir mulighet til å rapportere forbedringer i eksisterende kapasiteter, men bare mangler i løpet av perioden. Dette er en svakhet i rapporteringssystemene som er uheldig, og som også svekker Stortingets kontrollmuligheter. Komiteen ber derfor om at rapporteringssystemet gjennomgås, slik at det i framtiden ikke oppstår grunnlag for denne type sprikende konklusjoner på et så sentralt område som operativ evne.

Et annet av målene, vridning av ressurser fra drift til investering, er pr. i dag ikke fullt ut nådd. Komiteen ser fram til den samlede vurdering av utviklingen for perioden 2005–2008 av dette, som Regjeringen vil gi Stortinget i budsjettet for 2010.

Et annet viktig element i omstillingen som skal bedre den operative evnen, er den omfattende materiellfornyelsen. Her har det i store deler av omstillingsperioden vært slik at de bevilgningene som er gitt år for år, ikke har vært brukt opp. Det har bidratt til forsinkelser i fornyelsesprogrammene. Behovet for inndekning av det store un-

derskuddet Forsvaret opparbeidet i 2004, gav også store konsekvenser for materiellinvesteringsprosjektene, både i 2006 og i 2007.

På dette området har det altså vært et til dels betydelig avvik mellom det som har vært planlagt og bevilget til, og det som har vært gjennomført. Slikt gir også anmerkning. Derfor er det positivt at Forsvaret i 2008 har brukt det som ble budsjettert, og at regnskapet for 2008 skal vise at alle bevilgede midler til materiell for perioden 2005–2008 er omsatt.

Et av målene som ble trukket opp tidlig i omstillingsarbeidet, i St.prp. nr. 42 for 2003–2004, var at driftsutgiftene til logistikk og støttevirksomhet skulle reduseres med 2,3 milliarder kr, mens driftsutgiftene til operativ virksomhet og styrkeproduksjon skulle økes med 1,4 milliarder kr.

Riksrevisjonens undersøkelse har avdekket at det ikke er etablert systemer for å rapportere konkret når det gjelder disse målene. Det gir anmerkning, og anmodning om å iverksette kontrollrutiner som gjør det mulig å etterprøve om slike mål nås.

Høyre og Fremskrittspartiet har i tillegg noen særmerknader, og jeg regner med at disse partiene selv ønsker å gjøre rede for dem.

Per Ove Width (FrP) [15:03:24]: Forsvaret har i en årrekke vist en bekymringsfull utvikling. Vi har sett at økonomiutviklingen ikke har reflektert de oppgaver Forsvaret er pålagt. Vi er også svært skeptiske til den nedbemanningen vi ser.

Vi er opptatt av at Forsvarets organisasjon må være stor nok til å ivareta de pålagte oppgaver. Spesielt ser vi store utfordringer i Hæren når det gjelder mulighet til å stille nok styrker til utenlandsoperasjoner samtidig som vi skal sikre en tilstedeværelse i Norge.

Fremskrittspartiet har i flere år foreslått en betydelig styrking av forsvarsbudsjettet. Vi har ment at Forsvarets utvikling lenge har gått i gal retning, og vi har sett at deler av organisasjonen ikke har vært i stand til å holde et forsvarlig nivå på øving og annen aktivitet. Vi har vært, og er, bekymret for at Forsvaret skal framstå som en usikker og lite tiltalende arbeidsplass som følge av de mange omorganiseringene i organisasjonen. Vi har vært nærmest alene om å uttrykke bekymring for tilstanden i Forsvaret og den innvirkning den har for Forsvarets evne til å bestå som en troverdig organisasjon.

Vi er klar over og verdsetter på mange måter at hovedmålene for omstillingen i forsvarssektoren i perioden 2002–2005 og 2005–2008 har vært å forbedre den operative evnen. Forsvarets ledelse har gjentatte ganger gjennom de siste år sagt at operativiteten i Forsvaret aldri har vært bedre. Dette har vi funnet merkelig, all den tid det gjennom de senere år har vært reduksjon i øvingsvirksomhet og antall tjenestegjørende. Vi har påpekt at det har vært en alvorlig negativ utvikling i antall operative seilingsdøgn for Kystvakten og Marinen i våre havområder, uten at dette har fått gehør hos regjering og andre. Vi har uttrykt bekymring for reduksjonen i overvåkingsflygingen og for manglende flytimer for våre piloter.

Vi har i våre alternative budsjetter de siste årene også

påpekt det vi har oppfattet som et operativt problem, nemlig det at FLO ikke har vært i stand til å levere de tjenester og varer de skal til resten av Forsvaret.

Som sagt har vi stått alene om så alvorlige bekymringer for Forsvaret. Nå viser det seg – jeg må jo, for Forsvarets del, si dessverre – at Riksrevisjonens undersøkelse av omstillingen i forsvarssektoren konkluderer med akkurat det Fremskrittspartiet har hevdet. Det alvorlige i at Riksrevisjonen har kommet fram til disse konklusjonene, viser at forsvarsledelsen har underkommunisert sannheten rundt den reelle tilstanden i Forsvaret. Forsvarets ledelse har etter min mening vært med på å underminere Stortingets beslutningsgrunnlag.

Dette at forsvarsledelsen har en egen oppfatning av Forsvarets tilstand, er bekymringsfullt. De dokumenter som er framlagt for Stortinget, har ikke vist de fakta som er framkommet gjennom Riksrevisjonens undersøkelser. Vi har stor forståelse for at departementet forsøker å dempe resultatet som framkom gjennom undersøkelsen, men det gjør bare Forsvarets situasjon enda vanskeligere.

Om vi nå ser litt på hva som framkom i Riksrevisjonens undersøkelser, vil vi se at Forsvaret ikke har nådd hovedmålet for omstilling i forsvarssektoren i perioden 2005–2008 om å forbedre den operative evnen. Omstillingen ble innledet i 2002, og har vært en av de mest omfattende omstillinger i statlig sektor i Norge. Riksrevisjonen konstaterer at vedtatt struktur for perioden 2005–2008 ikke er etablert som forutsatt. Videre konstaterer Riksrevisjonen at det er betydelige mangler knyttet til innfasing og vedlikehold av materiell. I likhet med Fremskrittspartiets bekymring viser undersøkelsen at øvingsaktiviteten er redusert eller kansellert, noe vi mener skyldes for lave budsjetter, bl.a. som følge av lite korrekte opplysninger fra Forsvarets ledelse om de reelle behovene. Det konstateres at Forsvaret mangler vesentlig kompetanse. Dette er et resultat av den altfor raske nedbemanningen i Forsvaret kombinert med de stadige omorganiseringene som har bidratt til at mange dyktige medarbeidere har valgt å finne andre karrierer. Vi frykter at dette har bidratt til å gi Forsvaret et dårlig rykte som arbeidsgiver, og dermed utestenge ressurspersoner fra å søke seg dit.

Både i 2007 og i 2008 rapporterte forsvarssjefen om for lav treningsaktivitet i alle forsvarsgrener.

Forsvarssektoren har i årene 2005–2007 ikke investert i materiell i henhold til det Stortinget har bevilget. Dette har fått konsekvenser for tilgjengeligheten på materiell. Fremskrittspartiet har gang på gang gjentatt at det er avgjørende at Forsvaret har tilstrekkelig og adekvat utstyr, da dette er avgjørende for Forsvarets mulighet til å løse sine oppgaver. Dette er viktig også med hensyn til de tjenestegjørendes sikkerhet.

Som det framkom i undersøkelsen, har forsvarssektoren heller ikke bevilget det som lå til grunn i planforutsetningen for begge omstillingsperiodene. At dette også har fått konsekvenser for omstillingen av forsvarssektoren, er det ikke tvil om. Fremskrittspartiet har stått alene om å forsøke å rette opp dette gapet mellom behov og bevilgninger gjennom våre alternative budsjetter. Det er nesten skremmende å se at våre beregninger og forslag er svært

nøyaktige i forhold til Forsvarets egentlige behov. Det er, og har vært, frustrerende faktisk å være det eneste partiet som har sett dette.

Resultatene av Riksrevisjonens konklusjoner og de mange uklare svar fra departementet bør medføre at forsvarskomiteen tar denne saken opp til videre utredning og høringer.

Per-Kristian Foss (H) [15:08:50]: Riksrevisjonens undersøkelse viser til fulle at Forsvaret ikke har nådd målet om å etablere vedtatt struktur for perioden 2005–2008. Grunnen til det er vesentlige mangler innen materiell, personell og øving. Det kommer frem i undersøkelsen at det er store utfordringer og forsinkelser i både Hæren, Sjøforsvaret, Luftforsvaret, Heimevernet og felleskapasitetene. Det vises til at Hæren har hatt store utfordringer med å etablere vedtatt struktur innen 2008, og etter Høyres syn er det heller ikke utsikt til at dette blir etablert innen 2009. Når det gjelder Sjøforsvaret, er det betydelige forsinkelser med innfasingen av nytt materiell, noe som gjør at den forutsatte kapasiteten for kystvakt, fregatt- og missiltorpedobåtvåpenet ikke lar seg realisere som planlagt. Det skyldes bl.a. forsinkede leveranser. I tillegg er tilgjengeligheten på undervannsbåter forbundet med usikkerhet. For felleskapasitetene har undersøkelsen bl.a. påvist mangler i realiseringen av FLOs logistikkbase land og Forsvarets kompetansesenter logistikk.

Jeg tillater meg å konstatere at det er oppdaget vesentlige avvik i forhold til målsettingen med omstillingen i forsvarssektoren i perioden 2005–2008. Forsvarssjefens årsrapport for 2008 viser at Riksrevisjonens vurdering om at vedtatt struktur for perioden ikke ble etablert som forutsatt, er helt korrekt. Under høringen ble det avdekket alvorlige mangler på en rekke områder som medfører konsekvenser for den operative evnen også i inneværende periode. Den operative evnen til Forsvaret ved utgangen av 2008 ble ikke forbedret, slik målsettingen var.

Høyre er opptatt av at Forsvaret har en økonomi og en organisasjon som gjenspeiler de oppgaver de er satt til å løse. Vi er bekymret over at det ikke er en balanse mellom de krav og de mål som er satt av Stortinget på den ene siden, og det Forsvaret er i stand til å levere på den andre. La meg understreke alvorret i den situasjonen. Høyre er sterkt bekymret for situasjonen i Forsvaret. I forbindelse med vår økende bekymring over situasjonen har Høyre notert at Forsvarsdepartementet viser til den vedtatte langtidsplanen for Forsvaret for perioden 2009–2012. Denne langtidsplanen, som etter Regjeringens vurdering inneholder gode nok forbedringstiltak, settes det nå lit til at skal vesentlig forbedre situasjonen i Forsvaret. Jeg vil understreke at det er betydelig uenighet om langtidsplanens bærekraft, og vil særlig vise til merknadene fra flertallet i forsvarskomiteen i Innst. S. nr. 318 for 2007–2008.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen har i løpet av behandlingen av denne saken gjennomført en åpen høring med statsråden, mottatt svar på skriftlige spørsmål samt fått etterspurt dokumentasjon, inkludert forsvarssjefens årsrapport for 2008. Deler av dette materialet er gradert og kan ikke siteres her, men dette graderte bakgrunnsma-

terialet er likevel høyst relevant for Stortingets behandling. Det er med undring vi har merket oss at forsvarssjefen har gitt uttrykk for at deler av dagens system for rapportering på mål- og resultatstyring i Forsvaret oppleves som lite relevant. Det er også blitt konstatert at det heller ikke rapporteres i henhold til gjeldende retningslinjer. Vi ser alvorlig på denne situasjonen, og vi forutsetter at Forsvarsdepartementet sørger for at det utarbeides og implementeres korrekte og relevante styringsparametre.

Når det gjelder spørsmål om operativ evne, strukturutvikling, måloppnåelse og aktivitetsnivå, har vi med denne rapporten fra Riksrevisjonen fått opplysninger som forsterker inntrykket av en særdeles presset forsvarssektor. Ja, på enkelte områder vil vi faktisk påstå at tilstanden kan betegnes som kritisk.

Vi anser at kontroll- og konstitusjonskomiteen gjennom behandlingen av denne saken har fått kjennskap til – og Stortinget nå får kjennskap til – forhold som er avgjørende for at Stortinget skal kunne både fastlegge mål for og føre den nødvendige kontroll med utviklingen i Forsvaret. Vi kan imidlertid ikke se at disse forhold er blitt tilstrekkelig redegjort for for Stortinget i løpet av denne perioden. På enkelte områder synes det å være betydelige avvik mellom opplysninger Stortinget har mottatt, og det som i Riksrevisjonens rapport beskrives som den reelle tilstand i deler av Forsvaret.

Jeg regner med at det neste storting på relevant måte følger dette opp, ikke minst med utgangspunkt i årsrapporten for 2008.

Øystein Djupedal (SV) [15:13:31]: La meg komme med noen kommentarer utover det som saksordføreren på en utmerket måte gjorde greie for når det gjaldt omstillinger i Forsvaret for perioden 2005–2008.

La meg først fastslå at selvfølgelig vil man – og det gjelder enhver rapport fra Riksrevisjonen – ha mest fokus på den ene krona og ikke på de 99, for det denne rapporten viser, er ikke at det kun er et spørsmål om penger, men kanskje først og fremst et spørsmål om organisering. Forsvaret var i en strukturell krise rundt årtusenskiftet som man har startet en omstilling av. Denne rapporten tar da tak i en del av denne perioden. Det er klart at dette har vært en veldig krevende periode for Forsvaret, med store omstillinger, men samtidig også en periode med store investeringer, som det også framgår av rapporten.

Det som er hovedfunnet, er at det er manglende svar mellom den strukturen eller de pengene man har, og det man har fått ut. Det er det helt nødvendig å se på. Derfor er det også god grunn til å si at det er et godt arbeid som pågår, men dette arbeidet er ikke slutført.

Det ligger også et godt arbeid – la meg understreke det – i rapporten, og rapporten gir mye kunnskap om hva som er skjedd. Man kan ut av dette også trekke mye lærdom av hva man bør gjøre framover. Det er imidlertid etter mitt skjønn en for kort periode til å felle noen entydig dom over at Forsvaret går i feil retning i forhold til de mål som Stortinget har satt, selv om både Forsvaret og Forsvarsdepartementet må ta Riksrevisjonens konklusjon om svek-

ket operativ evne i den undersøkelsen som er foretatt, på det største alvor.

Det er i rapporten avdekket betydelige systemsvakheter, kanskje særlig når det gjelder opprettelsen av Forsvarets logistikkorganisasjon, som skulle bidra til en mer profesjonell håndtering av kjøp. Det er helt tydelig at FLOs evne til å levere ikke har vært god nok. Planer er ikke fulgt, innkjøp er ikke foretatt, men forskjøvet. Heller ikke her står det på penger. Pengene er bevilget. Man har sågar bevilget mer penger enn noensinne. Men det dreier seg om systemsvakheter som gjør at man ikke klarer de leveransene som Forsvaret ønsker.

Personellsituasjonen har flere vært inne på. Det er også ganske betegnende det som sies i høringen, nemlig at man har nedbemannet uten å ta tilstrekkelig hensyn til den kompetanse Forsvaret har bruk for. Dette fins det ingen god forklaring på. Dette gjør selvfølgelig at Forsvaret sitter med et svekket personell – eller formulert på en annen måte: Man har mistet kompetanse som var viktig for Forsvaret i denne nedbemanningsperioden. Det er alvorlig, og det er grunn til å se på hvordan man skal hindre det i framtiden.

Det er også en stor svakhet ved det store, sentraliserte systemet som FLO representerer. Det er det viktig å erkjenne. Kanskje FLO har blitt for stort og for mangeartet. Kanskje må man se på om dette kan gjøres på en annen måte, hvordan materiellinvesteringer skal kunne foretas og gjennomføres slik at det er i tråd med det Stortinget ønsker.

Systemet må, uansett hvordan man velger å organisere det, kunne håndtere så store oppgaver og investeringer som Forsvaret står overfor. Forsvaret må selvfølgelig da sørge for at de har den nødvendige kompetanse både i FLO og i systemet sitt for øvrig.

Omstillinger i Forsvaret handler også om å vri ressurser fra drift til anskaffelser av nytt materiell og ny teknologi, tilpasset vår tids utfordringer. Heller ikke dette har Forsvaret lyktes godt nok med. Det har blitt mer forbruk til drift og mindre forbruk til materiell. Selv om SV ikke bestandig har vært for de store investeringene som er foretatt gjennom de siste år, er det ikke noen tvil om at når man nå først har foretatt disse store investeringene, er det meningen at man skal ha planlagte seilingsdøgn, og øvelser skal gjennomføres, slik at man faktisk får brukt materialet på en ordentlig måte. Det betyr altså at disse titalls milliardene til ikke minst nye fartøy og øvrige investeringer må brukes på en operativ god måte.

Selv om Riksrevisjonen har avdekket at målene for omstillingen ikke er nådd, inkludert den operative evnen, står neppe landets forsvarsevne i fare, slik man kan få inntrykk av gjennom Høyres bekymringsmerknader i innstillingen. Og som påpekt av Forsvaret selv: Mange av Forsvarets enheter vurderes å ha en god operativ evne og bidrar på en god måte til å løse Forsvarets oppgaver.

Det som det også er viktig å si, er at Forsvaret har mer penger enn noen gang. I år fikk de vel 32 milliarder kr – og 32 000 millioner kr er mye penger. Det betyr at Forsvaret har mye penger og ansvar for at disse forvaltes i tråd med det Stortinget har sagt. Det gjør at denne riks-

revisjonsrapporten er et viktig dokument for framtiden for hvordan Forsvaret skal bli bedre, at den operative evnen blir opprettholdt og forbedret, og ikke minst at man sørger for at det blir den vridningen i ressurser fra drift over til investering, som har vært målet for en del av omstillingen.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:19:06]: Moderniseringen av Forsvaret i perioden 2002–2008 er en av de mest omfattende omstillingene i offentlig sektor. Omstillingen har vært helt nødvendig og har hatt bred politisk forankring. Det har også vært bred enighet om hovedmålene i planen. Målet med omstillingen har vært å sikre Norge et tidsriktig og effektivt forsvar. Forsvarssektoren er nå på vei ut av den dype strukturelle krisen og ubalansen mellom struktur, oppgaver og ressurstildeling som preget situasjonen frem til Stoltenberg I-regjeringen satte i gang snuoperasjonen i 2001.

Jeg har merket meg at kontroll- og konstitusjonskomiteens mindretall sår tvil om den nye langtidsplanens bærekraft og økonomiske forutsetninger. St.prp. nr. 48 for 2007–2008 ble grundig behandlet for snart ett år siden. Regjeringens oppfølging er godt forankret gjennom Stortingets vedtak. Planen vil etablere en langsiktig og bærekraftig balanse mellom oppgaver, struktur og økonomi.

Riksrevisjonen har med sin undersøkelse belyst viktige sider ved omstillingen av forsvarssektoren. Jeg registrerer med tilfredshet at komiteen har merket seg at mange av de forhold Riksrevisjonen berører, også er ivarettatt i langtidsplanen.

Forsvarssjefens militærfaglige råd er et sentralt grunnlag for all utvikling av Forsvaret. Innenfor utviklingen av operativ evne har forsvarssjefen og jeg en helt sammenfallende virkelighetsoppfatning: Betydelige deler av forsvarsstrukturen har fått forbedret operativ evne i perioden 2005–2008. Sett i forhold til situasjonen i 2001 er utviklingen meget bra. NATO har i sin nylig foretatte landvurdering uttalt at Norge bidrar substansielt til alliansen og til operasjoner i utlandet. De fastslår også at utviklingen skissert i den nye langtidsplanen er viktig og riktig.

En hovedårsak til at den operative evnen innenfor enkelte områder ikke rapporteres økt, er utskiftning av materiell og leverandørforsinkelser innenfor flere store materiellprosjekter. Innføring av nytt materiell er en villet og planlagt utvikling for å kunne øke den operative evnen over tid. Stortinget er fortløpende orientert om utviklingen.

Jeg registrerer at komiteen har merknader til rapporteringssystemet. Jeg kan forsikre om at dette er et område vi kontinuerlig arbeider med. Det pågår for tiden et arbeid for å gjennomgå rapporteringssystemet. Ambisjonen er å forenkle og strukturere rapporteringen og ivareta en helhetlig tilnærming.

Operativ leveranseevne er avhengig av et velfungerende apparat for logistikk og støtte. Forsvarets logistikkorganisasjon leverer i all hovedsak i henhold til inngåtte leveranseavtaler med kundene. Som varslet i langtidsplanen og i budsjettet for 2009, var det lagt opp til en gjennomgang av logistikkvirksomheten. Det er nå besluttet å gjennomføre organisatoriske endringer for å tydeliggjøre ansvars- og styringslinjene. Dette sikrer at FLO i enda større

grad kan fokusere på sin kjernevirksomhet – framskaffelse og levering av materiell og forsyninger.

Når det gjelder materiellinvesteringer, vil jeg vise til at regnskapet for 2008 synliggjør at samtlige bevilgninger i perioden 2005–2008 er omsatt. Som jeg sa under høringen 11. mars, er dette et forhold som hadde kommet bedre frem dersom Riksrevisjonen også hadde sett på hele gjennomføringsåret 2008.

Avslutningsvis vil jeg fastholde at målene for perioden 2005–2008 i hovedsak er nådd. Noe kursjustering nderveis har vært nødvendig. Dette er naturlig i så store omstillingsprosesser.

Samtidig har omstillingen kostet – viktig kompetanse gikk tapt i forbindelse med den omfattende nedbemanningen i perioden 2002–2005.

Med den nye langtidspanen for 2009–2012 bringer vi omstillingen inn i en ny fase. Forsvaret skal styrkes – nytt materiell anskaffes, bemanningen øker, små og sårbare fagmiljøer som ofte deltar i operasjoner utenlands, skal styrkes, og FLOs innretning endres. Samtidig skal det bringes balanse mellom oppgaver, struktur og økonomi. Dette har Regjeringen tydelig fulgt opp i budsjettet for 2009.

Presidenten: Ingen har bedt om ordet til replikk.

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

Svein Roald Hansen (A) [15:24:18]: Jeg har bare noen få merknader til innlegget til Per Ove Width. Han tok Riksrevisjonens rapport til inntekt for, og som en bekreftelse på, det Fremskrittspartiet har hevdet underveis gjennom behandlingen av omstillingene og de årlige budsjettene, at Forsvaret blir for lite og får for lite midler. Det er feil forståelse av Riksrevisjonens rapport. For Riksrevisjonen har ikke vurdert om det Stortinget har vedtatt, er tilstrekkelig for Forsvaret. Riksrevisjonen driver heldigvis ikke noen overprøving av Stortingets vedtak, men den sjekker om Stortingets vedtak blir fulgt opp. Der har det vært noen anmerkninger. Bare for å ta et eksempel i forhold til om det har vært nok penger: Det har av ulike grunner i flere år vært slik at man ikke har evnet å bruke opp de pengene man har fått til materiellinvesteringer, f.eks. Det er det anmerkningene gjelder.

Så mener man nå at man ikke har vært godt nok informert underveis om de avvik som alltid oppstår ved den slags store omstillinger. Det finnes det iallfall ikke noen støtte hos Riksrevisjonen for. Det er ingen anmerkninger om manglende rapportering til Stortinget. Det denne rapporten bekrefter, i likhet med en del av de delrapportene som vi har behandlet tidligere, er at omstillinger i offentlig sektor, særlig så omfattende omstillinger som vi her snakker om, blir mer krevende – det tar mer tid, og man gjør feil underveis – enn det man forestiller seg når man starter. Vi har sett det i flere rapporter om omstillinger. Vi så det i sammen med barnevernet og andre virksomheter, og vi kommer til å se det i kommende omstillinger. Vi må evne, også her i Stortinget, å ta høyde for at ting tar tid, at ting er krevende og framfor alt at omstillinger ofte koster penger, for vi har en tendens, uavhengig av politisk stå-

sted, til å skulle hente ut gevinsten allerede i første budsjett, før man i det hele tatt har hatt mulighet til å få ut gevinsten.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 6. (Votering, se side 3214)

Sak nr. 7 [15:26:45]

Innstilling fra justiskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Arne Sortevik, Bård Hoksrud og Jan Arild Ellingsen om utvidet innsyn i korrespondanse mellom departementer og ytre etater (Innst. S. nr. 251 (2008–2009), jf. Dokument nr. 8:42 (2008–2009))

Presidenten: Etter ønske fra justiskomiteen 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 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.

Anne Marit Bjørnflaten (A) [15:27:52] (komiteens leder og ordfører for saken): Saken vi har til behandling, gjelder representantforslag fremmet av representantene Per Sandberg, Arne Sortevik, Bård Hoksrud og Jan Arild Ellingsen. Forslaget omfatter endringer når det gjelder evalueringen av offentlighetsloven, og består av to punkter. Det første er at representantene ber Regjeringen legge fram et lovforslag om utvidet innsyn i korrespondanse mellom departementer og ytre etater i alle saker der det ikke finnes tungtveiende grunner til hemmelighold.

Det andre punktet er at representantene ber om at Regjeringen skal foreta en evaluering av offentlighetsloven ikke senere enn fem år etter at loven er vedtatt iverksatt. I tillegg vises det til en rekke eksempler i representantforslaget, der representantene mener offentligheten har vært hindret innsyn.

I 2006 la regjeringen Stoltenberg fram en ny offentlighetslov som fikk flertall i Stortinget. Hovedformålet med den nye loven var å styrke innsynsretten, bl.a. for å sikre en bredest mulig deltakelse i demokratiske prosesser. Den nye loven tok til å gjelde fra 1. januar 2009 og styrket retten til innsyn i offentlig virksomhet vesentlig i forhold til tidligere lovverk. Det blir også en snevrere anledning til å gi unntak fra innsyn. Det kan kreves innsyn i flere former for informasjon enn etter gammel lov. Under saksbehandlingen av innsynskrav får de som krever innsyn, nå en sterkere stilling, bl.a. gjennom at plikten til å gi en begrunnelse ved avslag på krav om innsyn blir styrket.

Den nye loven innbærer at journalene til en rekke organer blir tilgjengelige på Internett på en egen portal, såkalt

Offentlig elektronisk postjournal. På denne bakgrunn har flertallet i komiteen, som består av medlemmer fra Arbeiderpartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, vist til at de fleste av de beskrevne eksemplene i representantforslaget er fra tiden før loven trådte i kraft.

Flertallet mener at lovforslaget som skal omfatte utvidet innsyn, allerede er gjennomført, og viser til svaret fra justisministeren, der det bl.a. heter:

«Etter den gamle bestemmelsen (...) kunne dokumenter innhentet fra et underordnet organ til bruk for departementets interne saksforberedelse unntas. Adgangen til å unnta har blitt vesentlig snevrere i den nye loven ved at man har innført et skadevilkår. Dokumentene kan nå bare unntas når det er nødvendig for å sikre forsvarlige interne avgjørelsesprosesser.»

Vedrørende forslaget om å «foreta en bred evaluering av offentlighetsloven ikke senere enn fem år etter at loven er vedtatt iverksatt», viser flertallet til Stortingets eget vedtak om at loven skal evalueres i løpet av neste stortingsperiode. I og med at loven tok til å gjelde fra 1. januar i år, vil dette måtte medføre at den nye offentlighetsloven må evalueres i løpet av de neste fem år. Flertallet mener derfor at det heller ikke er grunn til å støtte dette forslaget.

På denne bakgrunn anbefaler flertallet at forslaget vedlegges protokollen.

Morten Ørsal Johansen (FrP) [15:31:05]: Offentlig åpenhet er en av grunnpillarene i et demokrati. Norge, som et forbilde for demokratiet, er opptatt av at offentliggjøring fra de styrende organer er både riktig og viktig. Vi har derfor et lovverk som i stor grad ivaretar dette.

Når Fremskrittspartiet har fremmet forslag om utvidet innsyn i korrespondansen mellom departementene og de ytre etater, er det fordi vi mener at en kan bli bedre på dette området, og fordi Stortinget og allmennheten har krav på å vite.

I den nye loven, som trådte i kraft i januar i år, har mange av intensjonene om snevrere mulighet til å unnta fra offentlighet blitt ivarettatt. Det er bra. Men etter Fremskrittspartiets mening er det i altfor stor grad fortsatt mulig å unnta dokumenter fra offentliggjøring hvis en ønsker dette. Lovteksten sier i § 15:

«Når det er nødvendig for å sikre forsvarlige interne avgjerdprosesser, kan organet gjere unntak frå innsyn for dokument som organet har innhenta frå eit underordna organ til bruk i den interne saksførebuinga si.»

Dette er helt klart en skjerpelse, men muligheten for misbruk er i stor grad fortsatt til stede, hvis man av bekvemmelighetsmessige hensyn vil. Sitatet «nødvendig for å sikre» har en bred mulighet for tolkning. Fremskrittspartiet ønsker å begrense denne muligheten, både av hensyn til Stortinget og av hensyn til folk flests behov for og nytte av å vite. En skal selvfølgelig ta hensyn til den interne behandlingen og sikre en god saksbehandling, men dette skal ikke gå på bekostning av behovet for offentlighetens innsyn, et behov som bør veie tungt. Regjeringspartiene har selv, bl.a. gjennom Soria Moria-erklæringen, poengtert viktigheten av dette og har der-

for et ansvar for å etterleve sine egne, gode intensjoner.

Fremskrittspartiet vil med dette forslaget presisere at offentlig innsyn skal veie tyngre enn behovet for unntak, som det står i forslaget, og håper at også de andre partiene ser nettopp dette behovet og nødvendigheten av det.

I forbindelse med behandlingen av den nye offentlighetsloven er det også lagt opp til at loven skal evalueres i løpet av neste stortingsperiode. At nye lover av denne typen skal evalueres etter en viss tid, er nærmest en selvfølge for å kunne finne ut om intensjonene i loven har blitt oppfylt. For å kunne foreta en evaluering som gir best mulig grunnlag for å gjøre eventuelle endringer, er det viktig å starte arbeidet så raskt som mulig og legge visse premisser for hva en bør evaluere, eller hva en evaluering bør inneholde. Dette vil helt klart gjøre arbeidet noe enklere og gi klare signaler om hva lovgiver ønsker å fokusere på.

Fremskrittspartiet vil med dette forslaget peke på noen områder som vi anser som viktige. Vi innser også at det kan dukke opp andre ting underveis. Jeg finner det litt underlig at regjeringspartiene og statsråden ikke finner det nødvendig på dette tidspunkt å binde opp detaljene i evalueringen, som det står i brevet fra statsråden, som er dattert den 19. mars 2009. Når statsråden i det samme brevet antar at de temaer som Fremskrittspartiet nevner i sitt forslag, vil høre naturlig hjemme i en kommende evaluering, er det også naturlig for meg å lure på hvorfor statsråden og regjeringspartiene ikke kan støtte forslaget. Har en et håp om at noe skal glemmes?

Det er også en tendens til å høre fra regjeringspartiene at Fremskrittspartiet sparker opp allerede åpne dører, det gjentas til stadighet. Men det er slik at åpne dører har en viss tendens til å gli igjen, i hvert fall under denne regjeringen, og gå i vranglås. Da er det ofte lurt å sparke dem av hengslene, slik at de forblir åpne.

Jeg vil med dette ta opp de forslagene som Fremskrittspartiet har fremmet i saken.

Presidenten: Representanten Morten Ørsal Johansen har tatt opp de forslagene han refererte til.

Statsråd Knut Storberget [15:35:17]: Jeg syns det er bra at Fremskrittspartiet velger å sette søkelys på denne saken. Vi trenger mer åpenhet, ikke bare i forvaltningen, men også andre steder hvor viktige avgjørelser fattes. Det er en forutsetning for demokratiet, men det er også en forutsetning for å få til en god og konstruktiv debatt. Jeg er ikke så sikker på om man lenger har dekning for å si at det nærmest går i gal retning når det gjelder spørsmålet om åpenhet, ikke minst sett i lys av det arbeidet som ble gjort av alle politiske partier da man vedtok offentlighetsloven her i Stortinget.

Forslaget som vi nå behandler, består av to punkter. Det ene går ut på å be Regjeringa fremme et lovforslag om utvidet innsyn i korrespondansen mellom departementet og ytre etater i alle saker der det ikke finnes tungtveide grunner til hemmelighet. I det andre punktet foreslås det å be Regjeringa om å foreta en bred evaluering av offentlighetsloven ikke senere enn fem år etter at loven er

vedtatt iverksatt. Det nevnes en rekke punkter som man mener må med i en slik evaluering.

Det er min oppfatning at de forslagene som ligger på bordet her i dag, om å gi innsyn når det ikke finnes tungtveiende grunner til hemmelighold, og om evaluering, er forslag som i veldig stor grad blir ivaretatt, først og fremst gjennom den nye offentlighetsloven, men ikke minst gjennom det arbeidet som Regjeringa løpende gjør i forbindelse med det evalueringsarbeidet som skal igangsettes.

Den nye offentlighetsloven, som ble vedtatt i mai 2006, tok til å gjelde 1. januar i år. Hovedformålet med den nye loven var å styrke innsynsretten, og loven medfører da også en vesentlig utvidet innsynsrett sammenlignet med det som fulgte av offentlighetsloven fra 1970. Generelt kommer dette til uttrykk bl.a. ved at flere rettssubjekter er omfattet av den nye loven enn av den gamle, og at anledningen til å gjøre unntak fra innsyn er snevret inn i betydelig grad. I tillegg nevner jeg at den som krever innsyn, nå har fått en sterkere stilling under saksbehandlingen, bl.a. gjennom strengere krav til begrunnelse av unntak fra innsynsretten.

Det som tas opp i første del av forslaget, er kommentert i det nevnte brevet, som også er referert tidligere i dag, av 19. mars 2009 til justiskomiteen. Der er det redegjort for at dokumenter som er innhentet fra et underordnet organ til bruk for det overordnede organets interne saksforberedelse, f.eks. innhentet av et departement fra et underliggende organ, tidligere generelt kunne unntas fra innsyn etter den gamle loven. Gjennom den nye loven § 15 er denne unntaksadgangen vesentlig innsnevret. Det er innført et skadevilkår, slik at unntak nå bare kan gjøres når dette er nødvendig for å sikre forsvarlige interne avgjørelsesprosesser. Jeg anser derfor forslaget som allerede gjennomført med den nye loven.

Så er det også viktig å peke på at mange av oss, i de posisjoner vi har, ser at det faktisk er en stor fordel at offentligheten gis innsyn. Jeg må bare si at det har vært vår praksis i Justisdepartementet i løpet av de årene jeg har vært der, at vi skal praktisere denne loven på en liberal måte, i den forstand at når vi ikke finner noen grunner til at det skal være unntatt offentlighet, skal man gi offentligheten innsyn. Det har vi mange eksempler på som jeg ikke trenger å nevne her. Men jeg vet bl.a. at våre underliggende etater, enten det er Politidirektoratet eller Kriminalomsorgen, faktisk også etter at saken har blitt forelagt departementet, har gitt det resultat at man har offentliggjort dokumenter. Jeg mener også at enhver sittende regjering har mye å tjene på å gi slikt innsyn, for når man ikke gir innsyn, skapes det ofte mange misforståelser og misoppfatninger med hensyn til hva som faktisk ligger i sakene. Mange representanter her i salen er jo kjent med at pressen er gitt innsyn f.eks. i Politidirektoratets utredninger og arbeid. Det har avstedkommet viktige diskusjoner, som også har vært krevende, men jeg tror alle har tjent på det.

Den andre delen av forslaget, om evaluering, er også kommentert i brevet fra meg til komiteen. Jeg viser til dette brevet, men også til Innst. O. nr. 41 for 2005–2006 og til

Stortingets vedtak i saken som gikk ut på å be Regjeringa foreta en evaluering av offentlighetsloven i løpet av neste stortingsperiode. Dette vil være innenfor den tidsrammen som er oppstilt i forslaget. Jeg mener fortsatt at det ikke er hensiktsmessig nå å binde opp evalueringen med hensyn til hvilke nærmere temaer som skal tas opp, slik forslaget ville medført. Det er likevel nærliggende å tenke seg at de temaer som er nevnt i forslaget, vil naturlig høre hjemme i den kommende evalueringen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bård Hoksrud (FrP) [15:40:32]: Det er interessant å høre statsrådens innlegg. Han sier at han er opptatt av at det skal være full åpenhet, at man ikke skal unnta dokumenter fra offentligheten. Da forutsetter jeg at statsråden kan svare veldig klart og konkret på et spørsmål: Er det da ikke slik at departementer og statsråder skal kunne unnta dokumenter fordi det kanskje er ubehagelig for en statsråd eller for et departement at forskjellige rapporter blir offentliggjort umiddelbart etter at rapporten er ferdig?

Statsråd Knut Storberget [15:41:09]: Jeg mener at behag og ubehagsfølelse hos statsråder eller andre ikke kan være særlig tyngende momenter når man vurderer spørsmålet om offentlighet. Men det er ikke slik at man har innsyn i alt. Hvis man skulle gi innsyn i alt, f.eks. i det Politidirektoratet jobber med som underliggende etat, ville det kunne gå på bekostning av f.eks. politiets strategier og innsats med hensyn til alvorlig kriminalitet. Da vil jeg tro at Fremskrittspartiet ville være veldig opptatt av at den opplysningen måtte holdes skjult.

Men vår erfaring er at når vi gir offentligheten innsyn, og senest de siste dagene har jo offentligheten fått innsyn i rapporter fra Politidirektoratet, bl.a. om våpen og oppfatninger om trusler i forhold til folk som har vært ute i tjeneste – som man kan diskutere og være uenig i, men jeg ber representanten legge merke til at det er gitt innsyn – har vi mye å tjene på det, for da får vi en best mulig politisk debatt.

Carl I. Hagen (FrP) [15:42:23]: Jeg er glad for at statsråden også bekrefter behovet for mer offentlighet og mer åpenhet sånn prinsipielt. Men statsråden er også klar over at det fra tid til annen dukker opp journalister som søker om innsyn i offentlige dokumenter, og som får avslag. Da er systemet i dag at man kan klage til Sivilombudsmannen. Sivilombudsmannen kan i hvert fall vurdere om det etter hans oppfatning er berettiget innenfor loven om en klage skal avvises, eller om man vil si at her skal det egentlig være offentlig innsyn.

Er statsråden enig med meg i at for at Sivilombudsmannen skal kunne utføre sitt arbeid, må man ha tilgang til de dokumenter som gjelder i saken, ikke for å offentliggjøre dem, det er noe helt annet, men for å vurdere om det etter hans oppfatning er et dokument som burde vært utlevert som følge av offentlighetsloven eller ikke? Altså at ombudsmannen selv i alle fall må ha tilgang til det dokumentet for å kunne gjøre sin lovbestemte jobb.

Statsråd Knut Storberget [15:43:28]: Jeg er glad for at representanten Hagen og jeg er enige om at det er behov for mer åpenhet. Jeg mener at hele lovarbeidet rundt offentlighetsloven og alle partier som sluttet opp om det, bekjentgjorde det veldig tydelig. Så mener jeg samtidig at det nå er viktig at man lar loven få lov til å virke, og samtidig bidrar til at man både får opplæring og kompetanse ut i de forskjellige etater.

Når det gjelder spørsmålet om Sivilombudsmannens innsyn, er det vanskelig å svare på generelt. Det er helt åpenbart at enhver som behandler spørsmål om offentlighet, har alt å tjene på at man sjøl besitter de dokumenter man skal vurdere om skal være unntatt offentlighet. Men generelt er det vanskelig å si ja eller nei på et slikt spørsmål om Sivilombudsmannen.

Carl I. Hagen (FrP) [15:44:22]: Jeg takker statsråden for dette generelle svaret.

Men det er et rent prinsipielt spørsmål: Hvorledes skal Sivilombudsmannen kunne vurdere om et dokument er omfattet av offentlighetslovens bestemmelser om at det skal utleveres eller ikke utleveres til en journalist som spør, hvis Sivilombudsmannen selv ikke får se dokumentet? Hvorledes i all verden skal Sivilombudsmannen da kunne vurdere det? Derfor er det et rent prinsipielt spørsmål.

Det ville ha hjulpet om statsråden hadde et noe klarere svar. Da hadde man spart et lovforslag fra meg i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, i og med at en statsråd har nektet å utlevere til Sivilombudsmannen et dokument som Sivilombudsmannen har fått en klage på ikke er utlevert, og det er umulig for Sivilombudsmannen. Her kunne statsråden ha skåret igjennom og løst dette på vegne av Regjeringen nå, uten at vi får en ny runde om en uke eller to.

Statsråd Knut Storberget [15:45:31]: Jeg tar offentlighetsloven og de vilkår som er knyttet opp mot offentlighetsloven, og for så vidt også prosessen, såpass på alvor at jeg ikke tar saksbehandling stående her i Stortinget når det gjelder så viktige spørsmål. Jeg må derfor bare vise til mitt opprinnelige svar når det gjelder det.

Presidenten: Replikskordskiftet er dermed omme.

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

Bård Hoksrud (FrP) [15:46:04]: Statsråden sa i innlegget sitt at han mente at det ikke lenger var dekning for å si hvorvidt ting går i gal retning eller ikke. Han mente for så vidt at det ikke gikk i gal retning. Jeg synes det er litt spesielt. For statsråden var veldig opptatt av at den nye offentlighetsloven trådte i kraft 1. januar. Da er det ganske interessant å ha med seg at bl.a. jeg 2. januar sendte et spørsmål til statsråden i Samferdselsdepartementet og bad om å få en oversikt over listen over hemmeligholdte veiprosjekter som kunne finansieres i henhold til tiltakspakken, men fikk ikke svar fra statsråden. Man begrunnet dette med at det var en del av de interne arbeidsprosessene i depar-

tementet, og dermed ville man ikke gi ut informasjonen.

Jeg synes det er litt spesielt når noe av det som har blitt framhevet som viktig, at loven har trådt i kraft og at det har skjedd en endring, at man opplever dagen etter at loven har trådt i kraft, at dokumenter blir holdt tilbake. Og det er den samme begrunnelsen: Stortinget og stortingsrepresentanter får ikke mulighet til å utføre jobben sin på en skikkelig måte, nettopp fordi departementer holder dokumenter tilbake.

Vi har flere eksempler: Vi har Kystverkets rapport om oljevernberedskap. Vi har Difis rapport om Luftfartstilsynet, som ble holdt tilbake av departementet. Men etter masse spetakkel og mye fram og tilbake valgte til slutt departementet å offentliggjøre rapporten. Vi har ikke minst skolebussaken, hvor departementet hadde bedt om å få en rapport, og holdt rapporten hemmelig. De ønsket å gå igjennom rapporten før den skulle offentliggjøres, slik at offentligheten kunne få kjennskap til hva som lå i rapporten. På samme måte er det bedt om å få et oversiktskart over hvor de farligste ulykkesstrekningene i landet er. Statsråden sier at man skal komme tilbake, og at Stortinget skal få se dette kartet. I etterkant viser det seg sannsynligvis at det ikke er det opprinnelige kartet som Veidirektoratet har utarbeidet som kommer offentligheten til kjenne.

Jeg synes at det er denne typen ting som er problematisk, at man ikke gir offentligheten mulighet til faktisk å få se de opprinnelige dokumentene og å få vite hva som ligger i de opprinnelige dokumentene. Derfor må vi nå ta opp dette, slik at offentligheten skal få mer innsyn, og at offentligheten skal få mulighet til å være med i diskusjonen i det offentlige rom om hva de forskjellige tingene faktisk dreier seg om. Jeg hadde håpet at det var flere partier som ville støttet opp om at offentlighet er viktig, og at offentligheten faktisk skal få fullt innsyn i viktige dokumenter for å kunne delta i den offentlige debatten.

Svein Roald Hansen (A) [15:49:01]: Representanten Morten Ørsal Johansen begrunnet forslaget med at den formuleringen som er i den nye loven – hvor man altså har innført et skadevilkår for å unnta den typen dokumenter, og det er en klar innskjerping i forhold til tidligere lov – kunne misbrukes. Da stusser jeg, for i det forslaget Fremskrittspartiet legger fram, heter det altså at man skal ha åpenhet «i alle saker der det ikke finnes tungtveiende grunner til hemmelighold». Jeg skjønner ikke helt forskjellen på de to formuleringene i forhold til begrepet «kunne misbrukes». For uansett hvordan man formulerer seg, var det altså tverrpolitisk enighet i Stortinget under behandlingen av den nye offentlighetsloven om at selv om hovedprinsippet er offentlighet, er det lovlig å unnta dokumenter på visse vilkår. Da er det alltid en vurdering, og noen må gjøre den vurderingen. Den kan misbrukes, uansett hvordan den er formulert. Derfor må det gjøres et stykke arbeid på hvordan man bruker loven. Det må være et politisk trykk på og en vilje til at det skal være mest mulig åpenhet, slik at adgangen skal brukes bare der det er nødvendig, så langt det er mulig å formulere det.

Jeg skal ikke trekke opp hele historien, men jeg hadde den tvilsomme fornøyelsen å sitte i det utvalget som utredet den siste offentlighetsloven. Det var etter at det først var gjennomført en stortingsmelding og behandling i Stortinget, hvor Stortinget sa at ja, vi må ha mer åpenhet, men akkurat den løsningen den daværende regjeringen skisserte, ville de ikke ha. Så ble utvalget nedsatt. Vi jobbet i fire år – to år lenger enn det som var planen. Den daværende regjeringen, regjeringen Bondevik II, brukte så lang tid på å bearbeide utvalgets innstilling at saken først ble lagt fram så sent at en ikke rakk å behandle den i forrige periode. Da var det Venstres Odd Einar Dørum som var justisminister, og ingen vil beskylde Venstre eller Odd Einar Dørum for ikke å være opp tatt av offentlighetsloven. Den ble liggende over valget, og ble behandlet i denne perioden og iverksatt først 1. januar i år. Det illustrerer at det er krevende å finsikte inn disse hullene som vi må ha for å kunne unnta noen dokumenter.

Så til det forsøket Carl I. Hagen gjorde på å bondefange justisministeren. Carl I. Hagen vet godt at det er noen dokumenter som selv ikke Sivilombudsmannen har krav på å få se, ut fra dokumentets natur. Et slikt dokument er regjeringsnotater. Et annet dokument er f.eks. råd som Regjeringen innhenter fra advokater. Da trenger ikke Sivilombudsmannen å se dokumentet for å vite at offentlighetsloven er slik at man kan unnta innsyn. Det tilfellet Carl I. Hagen forsøkte seg på, var et slikt eksempel.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 7.
(Votering, se side 3214)

Etter at det var ringt til votering, uttalte **presidenten:** Stortinget går til votering.

Votering i sak nr. 1

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

- forslag nr. 1, fra Sonja Irene Sjøli på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 2, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet

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

«Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag om å gi et offentlig tilbud om ultralydundersøkelse til gravide kvinner i 11.–13. svangerskapsuke.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 81 mot 25 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.00.33)

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

«Stortinget ber Regjeringen om snarest å utarbeide retningslinjer og støttetiltak som sikrer at LAR-brukere som planlegger graviditet, avslutter vedlikeholdsbehandling før svangerskapet og i stedet tilbys andre egnete støttetiltak som legger til rette for et rusmiddel- og medikamentfritt svangerskap.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 61 mot 45 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.00.54)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 om å fremlegge forslag til en tilskuddsordning som kan bidra til utvikling av et bedre og mer sammenhengende tilbud gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Ordningen må utformes slik at den bidrar til å utvikle bedre tilbud til gravide og familier med særlige behov.

II

Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag til en lovbestemmelse som sikrer en individuell rett til følgetjeneste for gravide kvinner med mer enn én times reisevei til fødestedet.

III

Stortinget ber Regjeringen opprette rådgivere på alle barneavdelinger på sykehus som skal ha en koordinerende og rådgivende funksjon for familier som venter eller får et barn med nedsatt funksjonsevne.

IV

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kommunene oppretter koordinatorene for familier med barn som har behov for sammensatte tjenester på grunn av nedsatt funksjonsevne.

V

Stortinget ber Regjeringen om å kartlegge personellsituasjonen ved de forsterkede fødestuene i et 5–10 års perspektiv og iverksette tiltak for å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet.

VI

Stortinget ber Regjeringen om å øke utdanningskapasiteten for jordmødre.

VII

Stortinget ber Regjeringen bidra til at kapasiteten for

utdanning av helsefagarbeidere med kompetanse innen barsel- og barnepleie økes for å sikre tilstrekkelig kapasitet.

Presidenten: Presidenten antar at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsker å stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble med 55 mot 50 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.01.22)

Videre var innstilt:

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.

IX

St.meld. nr. 12 (2008–2009) – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten har Vigdis Giltun satt frem to forslag på vegne av Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det igangsettes prøveprosjekt med hospice der staten går inn med direkte tilskudd til drift.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for en egen statlig finansiering for palliativ pleie der pengene følger pasienten.»

Votering:

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 82 mot 24 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.02.04)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etab-

lert en finansieringsordning som ivaretar kostnadene ved palliative enheter i sykehjem.

Presidenten: Presidenten antar at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsker å stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble med 55 mot 50 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.02.32)

Videre var innstilt:

II

Dokument nr. 8:37 (2008–2009) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan-Henrik Fredriksen, Karin Kjønaas Kjos og Ib Thomsen om etablering av hospice – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: I sak nr. 3 foreligger det ikke noe votingstema.

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har Vigdis Giltun satt frem et forslag på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det er tilgjengelige plasser innen sikkerhetspsykiatrien til å kunne motta alvorlig psykisk syke fanger fra norske fengsler.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 68 mot 38 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 16.03.10)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 3:5 (2008–2009) – om Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem – vert lagt ved protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 5

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 3:7 (2008–2009) – Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 6

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 3:6 (2008–2009) – om Riksrevisjonens undersøkelse av omstilling i forsvarssektoren – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 7

Presidenten: Under debatten har Morten Ørsal Johansen satt frem to forslag på vegne av Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme et lovforslag om utvidet innsyn i korrespondanse mellom departementer og ytre etater, i alle saker der det ikke finnes tungtveiende grunner til hemmelighold.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en bred evaluering av offentlighetsloven ikke senere enn fem år etter

at loven er vedtatt iverksatt. Temaer som må evalueres, er blant annet lovens virkeområde, formålsparagrafen, lovens unntaksbestemmelser, praksis for klage, praktiseringen av meroffentlighetsprinsippet og hvordan loven praktiseres med sikte på eventuelle nødvendige korreksjoner for å oppfylle lovgivers intensjon.»

Venstre har varslet at de vil støtte forslagene fra Fremskrittspartiet.

Det voteses alternativt mellom disse forslagene og komiteens innstilling.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:42 (2008–2009) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Arne Sortevik, Bård Hoksrud og Jan Arild Ellingsen om utvidet innsyn i korrespondanse mellom departementer og ytre etater – vedlegges protokollen.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslagene fra Fremskrittspartiet ble komiteens innstilling bifalt med 75 mot 31 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 16.04.58)

Sak nr. 8 [16:05:10]

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Dermed er dagens kart ferdigbehandlet.

Presidenten gjør oppmerksom på at Lagtingets møte vil bli satt umiddelbart etter stortingsmøtet.

Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37 a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 16.06.
