

Møte tirsdag den 12. oktober 2010 kl. 10

President: Dag Terje Andersen

Dagsorden (nr. 7):

1. Innstilling fra justiskomiteen om lov om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre (Innst. 19 L (2010–2011), jf. Prop. 153 LS (2009–2010))
2. Innstilling fra justiskomiteen om samtykke til tiltredelse av Cape Town-konvensjonen og protokollen om luftfartøysløsøre (Innst. 18 S (2010–2011), jf. Prop. 153 LS (2009–2010))
3. Interpellasjon fra representanten Dagfinn Høybråten til justisministeren:

«Rettsmedisinen står allerede sentralt, og vil trolig få en stadig viktigere rolle i kriminalitetsbekjempelsen i framtiden. Dagens organisering av rettsmedisinsk sakkyndighet er fragmentert. En rekke departementer har ansvar og interesser innenfor feltet, og ulike institusjoner utfører rettsmedisinsk arbeid knyttet til straffesaker i Norge. Flere utredninger har påpekt at dagens organisering og finansiering av rettsmedisinske tjenester, med mangel på helhetlig ansvar og tenkning, er utilfredsstillende. En mer enhetlig og rasjonell organisering vil bedre kunne møte framtidens behov for mer strategisk tenkning, langsiktig planlegging og forskningsbasert sakkyndigvirksomhet på feltet.

Hva vil regjeringen gjøre for å sikre en mest mulig effektiv organisering av feltet, og vil regjeringen vurdere opprettelse av et statens rettssakkyndige institutt som foreslått i Hareide-rapporten i 2006?»
4. Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helse- og omsorgsministeren:

«Hovedstadsprosessen skal sikre bedre samordning av spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter i oslområdet. På denne måten skal pasientene sikres bedre kvalitet i behandlingstilbudet, samtidig som forskningen kan styrkes. Styret, administrasjonen og tillitsvalgte i Oslo universitetssykehus har imidlertid påpekt at omstillingen er svært krevende både økonomisk og med hensyn til å sikre god pasientbehandling. Det er utarbeidet en risikoanalyse, og styret har lagt til grunn forutsetninger for at prosessen skal være gjennomførbare.

Hva gjør statsråden for å sikre at pasientene får et godt og forsvarlig helsetilbud gjennom prosessen, og er statsråden trygg på at forutsetningene for gjennomføringen er godt nok kvalitetssikret?»
5. Interpellasjon fra representanten Laila Dævøy til helse- og omsorgsministeren:

«Rusfrihet som mål står sentralt i ruspolitikken. I den senere tid har det kommet tiltak som kun har skadereduksjon som mål. Det har også vært fremmet forslag om heroinstøttet behandling. Det er nødvendig å ha en helhetlig tilnærming til behandling av ruspasienter. Utover å behandle avhengigheten må også under-

liggende psykososiale og sosiale problemer tas tak i. En norsk undersøkelse fra 1997 viste at av 794 stoffmisbrukere født rundt 1960, og som var i behandling, hadde de fleste ulike sosiale problemer før de ble narkomane. I den nye forskriften om LAR kan det synes som at rusfrihet som mål har blitt borte.

Mener statsråden at rusfrihet fortsatt skal være et hovedmål i ruspolitikken, i så fall på hvilken måte vil regjeringen synliggjøre dette formålet i de ulike tiltakene på feltet?»

6. Interpellasjon fra representanten Laila Dævøy til helse- og omsorgsministeren:

«Det er en politisk oppgave å fordele helseressursene på best mulig måte slik at alle får den helsehjelpen de har behov for. Stadig mer kan behandles, samtidig som det er og vil bli begrensede økonomiske og menneskelige ressurser. Det er knyttet utfordringer til å måle behovet for og effekter av helsetjenester. Derfor kan ikke prioriteringer handle om tall alene, men også forebygging, rehabilitering, pasientsikkerhet og kvalitet. En del av prioriteringen må gjøres i møtet mellom pasient og helsepersonell gjennom en individuell vurdering. Det er behov for en godt informert debatt i befolkningen om vanskelige etiske og politiske valg siden dette har få entydige svar. Statsråden sier i Aftenposten 7. juni at en debatt om prioriteringer i helsetjenestene skaper unødig frykt.

Hvilke grep vil statsråden ta for at en debatt om prioriteringer nettopp kan skje uten at den skaper frykt og uro i befolkningen?»

7. Interpellasjon fra representanten Trine Skei Grande til forsknings- og høyere utdanningsministeren:

«I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 35 for 2007–2008 Mål og mening, den såkalte språkmeldingen, ble tegnspråk anerkjent som offisielt språk, og det overordnede offentlige ansvaret for tegnspråk ble forankret i lovverket. Døve og sterkt tunghørte skal være sikret samfunnsmessig deltakelse. Det innebærer blant annet at det er et stort behov for utdanning, forskning og faglig utvikling med hensyn til tegnspråk og tolking. Undertegnede har tidligere tatt opp utfordringen i forhold til kapasiteten innen tegnspråk- og tolkeutdanningen med statsråden, jf. bl.a. skriftlig spørsmål nr. 638 for 2009–2010.

Hva slags strategi har statsråden for å sikre utdanning, forskning og faglig utvikling innenfor fag som er helt avgjørende for utviklingen av tegnspråk som offisielt språk?»

8. Referat

*Minnetale over tidligere stortingsrepresentant
Sigurd Verdal*

Presidenten: Ærede medrepresentanter!

Tidligere stortingsrepresentant Sigurd Verdal er død, 83 år gammel. Med Sigurd Verdals bortgang har vi mistet en stor samfunnsbygger. Arbeiderpartiet har mistet en partipolitisk kraft.

Helt til det siste var Sigurd Verdal aktiv og synlig i nærmiljøet sitt, og det er ikke lenge siden han besøkte Stortinget. Han blir husket med takknemlighet av en stor venneskare.

Sigurd Verdal satt på Stortinget i tre perioder, fra 1981 til 1993, etter først å ha vært vararepresentant i to perioder. Han satt i landbrukskomiteen, der han også var nestleder, og i samferdselskomiteen. Han var visepresident i Lagtinget, og således medlem av Stortingets presidentskap i perioden 1985–1989.

Alle som kjente Sigurd Verdal, visste at han ved siden av politikken brant for skisporten.

I det sivile var Sigurd Verdal lærer og skolesjef. Han var som sagt også idrettsmann, organisasjonsmann, lokal- og fylkestingspolitiker, internasjonalist, målmann og historieforteller.

Sigurd Verdal var likt og avholdt av alle, kjent for sin direkte talemåte og for sin sterkt utviklede rettferdighetssans. Ingen saker var for små, og ingen var for store.

Sigurd Verdal var europeer. Han trodde på et samarbeidende Europa og betraktet EU som den beste løsningen.

Han var med i Nordisk Råd, og var delegat ved FNs generalforsamling. Han var medlem både av Stortingets gruppe av Den Interparlamentariske Union og av Stortingets delegasjon til Europaparlamentet.

Etter at han sluttet på Stortinget i 1993, ble Sigurd Verdal leder av Omsetningsrådet. Senere ble han industrigründer, og var med på å dra i gang den nye eksportbedriften NOR-PLATE AS.

Det meste av arbeidet i råd, styrer og utvalg la han bak seg etter hvert. Sigurd Verdal fant ro og fred med familien, ikke minst på hytta på farsgården, Verdal i Eiken.

Sigurd Verdal meldte seg inn i Arbeiderpartiet allerede som 13-åring. Og i mars i år kunne partileder Jens Stoltenberg overrekke ham diplom for 70 års aktivt medlemskap under Vest-Agder Arbeiderpartis årsmøte.

Vi takker Sigurd Verdal for hans langvarige og store samfunnsengasjement og lyser fred over hans minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

Presidenten: Fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe foreligger søknad om permisjon for representanten Jan Arild Ellingsen i tiden fra og med 12. oktober til og med 15. oktober for å delta i møter med NATOs parlamentariske forsamling i Cambridge.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

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

Presidenten: Representanten Bent Høie vil framsette et representantforslag.

Bent Høie (H) [10:05:00]: På vegne av representantene Erna Solberg, Sonja Irene Sjøli, Svein Harberg, Eli-

sabeth Aspaker og meg selv vil jeg sette fram forslag om bedre helsetjenester på nett.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten foreslå at formiddagsmøtet om nødvendig fortsetter utover den reglementsmessige tid, kl. 16, til dagens kart er ferdigbehandlet. – Ingen innvendinger er kommet mot presidentens forslag, og det anses vedtatt.

Sak nr. 1 [10:05:47]

Innstilling fra justiskomiteen om lov om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre (Innst. 19 L (2010–2011), jf. Prop. 153 LS (2009–2010))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 221)

Sak nr. 2 [10:06:02]

Innstilling fra justiskomiteen om samtykke til tiltredelse av Cape Town-konvensjonen og protokollen om luftfartøysløsøre (Innst. 18 S (2010–2011), jf. Prop. 153 LS (2009–2010))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 222)

Sak nr. 3 [10:06:20]

Interpellasjon fra representanten Dagfinn Høybråten til justisministeren:

«Rettsmedisinen står allerede sentralt, og vil trolig få en stadig viktigere rolle i kriminalitetsbekjempelsen i framtiden. Dagens organisering av rettsmedisinsk sakkynndighet er fragmentert. En rekke departementer har ansvar og interesser innenfor feltet, og ulike institusjoner utfører rettsmedisinsk arbeid knyttet til straffesaker i Norge. Flere utredninger har påpekt at dagens organisering og finansiering av rettsmedisinske tjenester, med mangel på helhetlig ansvar og tenkning, er utilfredsstillende. En mer enhetlig og rasjonell organisering vil bedre kunne møte framtidens behov for mer strategisk tenkning, langsiktig planlegging og forskningsbasert sakkynndigvirkosomhet på feltet.

Hva vil regjeringen gjøre for å sikre en mest mulig effektiv organisering av feltet, og vil regjeringen vurdere opprettelse av et statens rettssakkynndige institutt som foreslått i Hareide-rapporten i 2006?»

Dagfinn Høybråten (KrF) [10:07:39]: Rettsmedisinen står sentralt i all kriminalitetsbekjempelse, og vil trolig

få stadig større betydning framover. DNA-reformen som regjeringen prisverdig har gjennomført, er et eksempel på dette. God kvalitet innen rettsmedisinen er avgjørende. Vi vet at en rekke justismord har skyldes svakheter ved rettsmedisinsk arbeid. I en amerikansk undersøkelse av 86 justismord publisert i tidsskriftet *Science* i 2005 var konklusjonen at svikt i rettsmedisinsk og kriminalteknisk arbeid var skyld i 63 pst. av tilfellene av justismord. I Norge har vi hatt Liland-saken og Fritz Moen-saken, der mangler ved dødstidspunktbestemmelsen var medvirkende til utfallet.

Når jeg har reist denne interpellasjonen, er det nettopp ut fra et ønske om å styrke den siden av rettssikkerhets-situasjonen i Norge som har sin basis i et sterkt og samordnet rettssakkyndig miljø. Det vil også virke kriminalitetsforebyggende. Jeg er meget vel klar over at organiseringen av statens oppgaver er regjeringens ansvar, men rettssikkerheten og kriminalitetsforebyggingen er et kollektivt ansvar. Derfor hører dette temaet hjemme i stortings salen.

Feltet er også i rivende utvikling internasjonalt. Nye teknikker tas stadig i bruk. Moderne radiologiske CT- og MR-skanningmetoder brukes nå mange steder rutinemessig i forbindelse med obduksjoner, teknikker som har vist seg å kunne avdekke drap som ellers ville ha blitt oversett.

Kristelig Folkeparti mener Norge bør ha som ambisjon å ligge i front internasjonalt innenfor rettsmedisin. Vi må bedre utnytte det potensialet innen etterforskning og kriminalitetsbekjempelse som rettsmedisinen gir, og vil gi framover. Skal vi få det til, trenger vi forbedringer på flere felt. Blant annet må politiet ha ressursene til å dra ut på åsteder og sikre materiale. Her har DNA-reformen vært et viktig skritt i positiv retning, men vi har fortsatt et stykke vei å gå. Det er også behov for en kompetanseheving innenfor politidistriktene når det gjelder prøvetaking og sporsikring, og for å få et best mulig samarbeid med de medisinske sakkyndige i vid forstand.

En annen side er rekruttering, forskning og utvikling. Norge er snart det eneste landet i Europa der rettsmedisin ikke er en egen spesialitet. Både Finland, Sverige og Danmark har dette. Det vanskeliggjør rekrutteringen til faget, og man kan se at gjennomsnittsalderen for faste vitenskapelige sakkyndige ved instituttet i Oslo nå er 60 år. Jeg vil utfordre regjeringen på hva den vil gjøre for å styrke rekruttering, forskning og utvikling i rettspatologi, rettspsykiatri og klinisk rettsmedisin for øvrig.

Ikke minst, og det er det som er hovedtemaet for denne interpellasjonen, er det et stort behov for en ny og bedre organisering av rettsmedisinsk sakkyndighet her i landet. Det har lenge vært en erkjennelse at dagens organisering er for oppdelt, for fragmentert. En rekke departementer har ansvar og interesser innenfor feltet, og ulike institusjoner utfører rettsmedisinsk arbeid knyttet til straffesaker i Norge. Flere utredninger har påpekt at dagens organisering og finansiering av rettsmedisinske tjenester, med mangel på helhetlig ansvar og tenkning, er utilfredsstillende.

Nødvendigheten av organisatoriske grep ble fremmet allerede i en NOU fra 2001, *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker*, og ble gjentatt i den såkalte Hareide-rapporten til politidirektøren i 2006. Så langt har dessverre lite

skjedd når det gjelder oppfølgingen av dette, og det må skiftende regjeringer ta ansvar for.

I Hareide-rapporten konkluderte en med at en mer enhetlig og rasjonell organisering av rettsmedisinsk sakkyndighet vil gi grunnlag for økt bevissthet omkring bruken av vitenskapelige analyser som sentrale virkemidler i bekjempelsen av kriminalitet. Det slås også fast at det er behov for en vesentlig mer strategisk tenkning, langsiktig planlegging og forskningsbasert sakkyndigvirksomhet enn det dagens situasjon gir grunnlag for.

En nærliggende løsning for å få en mer helhetlig og rasjonell organisering av analysemiljøene vil være å samle dem. Det vil høyst sannsynlig gi administrative og faglige synergieffekter. Blant annet vil et samlet miljø danne grunnlag for en bredere basis for forskning og vitenskapelig forankring av undersøkelsesmetoder og vurdering av funn i enkeltsaker. Det vil også være enklere å ivareta behovet for helhetlig tenkning og styring. Hareide-utvalgets eksperter så også et behov for en økt bevissthet omkring sakkyndigrollen, og mente at et faglig bredt sammensatt miljø ville kunne bidra til dette.

I et notat fra professorene Jørg Mørland og Torleiv Rognum til prosjektgruppen heter det følgende:

«Etter vår vurdering vil et tettere samarbeid mellom de rettsmedisinske disipliner være svært gunstig. Kan dette skje i tilknytning til et større medisinsk fagmiljø der det drives forskning av betydning for de forskjellige rettsmedisinske områder, vil dette ytterligere bidra til å opprettholde, samt styrke rettsmedisinen. Dette tror vi igjen vil være en forutsetning for tilstrekkelig kvalitet på det rettsmedisinske området der kravene til soliditet og vitenskapelig fundament er økende.»

Kristelig Folkeparti vil slutte seg til konklusjonene i Hareide-rapporten og foreslå at det etableres et nytt instrument som tar seg av sakkyndige undersøkelser og analyser på oppdrag fra politiet og andre offentlige institusjoner innenfor rettspatologi, rettsgenetikk, rettsstoksikologi og kjemiske analyser. Et slikt rettssakkyndig institutt vil kunne være et faglig senter for rettssakkyndighet også for tilstøtende fagområder som rettsodontologi, rettsantropologi, rettspsykiatri og rettspsykologi. Forskning og utvikling innen de aktuelle fagområdene bør ligge til instituttet.

En viktig oppgave for et slikt rettssakkyndig institutt vil være å bidra til kompetansebygging i politidistriktene, spesielt når det gjelder sporsikring. Det er også behov for å profilere og kvalitetssikre funksjonen som rettssakkyndig.

Hareide-utvalget ønsket at et slikt statens rettssakkyndige institutt skulle ta opp i seg dagens Rettsmedisinsk institutt, Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning i Folkehelseinstituttet, Tollaboratoriet samt de kjemiske analyser som i dag utføres ved Kripes. Det kan være et godt utgangspunkt for en nødvendig omorganisering.

Det er ikke Stortingets oppgave å designe organiseringen av statens tjenester. Men Stortinget kan ikke uten bekymring registrere at situasjonen på dette området er såpass oppdelt, og vi kan heller ikke unngå å registrere av pressen at det har vært, og til dels er, en vanskelig situasjon i dette fagmiljøet som krever grep fra overordnet nivå for å sikre at ikke de viktige samfunnsmessige hensynene som

rettssikkerheten er, og som kriminalitetsforebyggelsen er, blir skadelidende av den vanskelige situasjonen som dette feltet befinner seg i.

Jeg kjenner justisministeren som en handlekraftig og engasjert statsråd. Jeg er overbevist om at han deler vårt ønske om å styrke rettsmedisinen i Norge, og at han ser disse sammenhengene. Jeg vil derfor utfordre ham til å ta tak i utfordringene på dette området og bidra til å sikre en mer effektiv organisering av feltet, gjerne slik jeg har skissert det i denne interpellasjonen, men ikke nødvendigvis slik. Det fins andre måter å gjøre det på. Det avgjørende nå, tror jeg, i den situasjonen som man nå er i, er at man får til et mer samlet og helhetlig grep på tvers av departementer, på tvers av etater, forskningsinstitusjoner og behandlingssinstitusjoner, slik at de overordnede målene for rettssikkerhet i Norge blir enda bedre ivaretatt.

Jeg utfordrer derfor statsråden til å ta et initiativ til en samling og styrking av rettsmedisinen gjennom et statens rettsakkyndige institutt i en eller annen form. For jeg tror at en fortsatt manglende koordinering, helhetstenkning og styring vil hemme utviklingen av feltet og kriminalitetsbekjempelsen i Norge på en måte som vi ikke er tjent med. Norge bør ha alle muligheter til å ligge i front på dette feltet. Det klarer vi ikke uten å samle kreftene i et tettere samarbeid.

Statsråd Knut Storberget [10:16:45]: Aller først vil jeg takke for interpellasjonen. Det er flott å kunne starte arbeidsøkta i Stortinget denne høsten med en slik type sak. For det er viktig, og jeg mener at det også er helt betimelig fra Stortingets side, å engasjere seg i disse spørsmålene. I så måte er det viktige signaler som også kommer fra partiene, som vi skal lytte til.

Jeg har egentlig et ganske kort svar på interpellasjonens hovedspørsmål, om vi vil «vurdere opprettelsen av et statens rettsakkyndige institutt som foreslått i Hareide-rapporten i 2006». Svaret er ja, det vil vi vurdere.

Det er helt avgjørende at vi får en ytterligere styrking av rettsakkyndigheten i Norge. Vi ser at rettsakkyndigheten, som interpellanten også tar opp, bare spiller en viktigere og viktigere rolle på et ganske vidt felt, men den står overfor samme type utfordringer i forhold til kompetanse, i forhold til rekruttering, i forhold til kvalitetssikring, i forhold til kontrollregime.

Så vil jeg også understreke at det som gjør dette til en utfordring, og som også gjør det til at det er en bra sak at vi har en slik debatt i Stortinget, som kan gi drahjelp til alle som ønsker å ta grep når det gjelder dette, er at her er det mange aktører som er inne, og det er mange interesser som også er inne. Rettsmedisin er et område der flere departementer har ansvar og interesser. Slik vil det være også i framtida, uavhengig av hvordan vi måtte organisere oss. Helsevesenet, universitetssektoren og justissektoren er sentrale deler av dette.

Det gjøres mye rettsmedisinsk arbeid i Norge i tilknytning til flere institusjoner. Organiseringen på det rettsmedisinske og kriminaltekniske området varierer fra land til land. Noen land har samlet disse oppgavene under statlige forvaltningsorgan. Andre land har et mer fragmentert

system med offentlige og private laboratorier som kappes om å bistå på kommersiell basis med undersøkelser og analyser. Ser vi bort fra rettspsykiatrien, har Norge valgt å samle fag- og sakkyndigheten i institusjoner i Oslo-området – Rettsmedisinsk institutt, Folkehelseinstituttet og Kripos – som er underlagt offentlig styring og kontroll, i tillegg til den rettsmedisinske virksomheten i tilknytning til universiteter i landet for øvrig. Både Rettsmedisinsk institutt, Folkehelseinstituttet og Kripos nyter etter min mening i dag stor respekt for det arbeidet som gjøres, både allment og også i domstolene, som mottar disse sakkyndige rådene. De nyter også stor respekt blant forsvarere og i norsk politi og påtalemyndighet.

I Hareide-rapporten, som interpellanten viser til, foreslås det opprettet et nytt statlig rettsakkyndig institutt. Arbeidsgruppen som avga rapporten, var gitt i oppdrag å utrede hvordan en utvidet DNA-registrering i strafferettspleien skal organiseres og finansieres. Arbeidsgruppen foreslo på kort sikt å ivareta behovet for økt analysekapasitet under et nytt DNA-regelverk ved å styrke RMI, Rettsmedisinsk institutt, og etablere nye og effektive datakommunikasjonsløsninger mellom politidistriktene, Kripos og RMI. Som et langsiktig tiltak foreslo arbeidsgruppen å slå sammen RMI, Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet, Kjemiavsnittet ved Kripos og Tollaboratoriet til et nytt statlig institutt. Det nye instituttet skal etter forslaget ledes av et styre, som oppnevnes av Kongen i statsråd, og sortere under Helsedepartementet. Slik lød forslaget. Jeg mener at dette er et forslag som absolutt fortsatt har aktualitet, og som det er interessant å jobbe ut fra. Det er likevel mange spørsmål som reises tilknyttet dette. Det er et vidtrekkende og komplisert område å bevege seg inn i.

Forslaget om et slikt institutt har møtt innvendinger i høringsrunden. Folkehelseinstituttet framhevet bl.a. at forslaget ikke ivaretok behovet for nær kontakt mellom de rettsmedisinske og andre medisinske fagmiljøer, og at utviklingen av rettspsykiatri og rettspatologi ikke er tilstrekkelig drøftet. Det ble også stilt flere spørsmål ved den hensikten å skille ut den kjemiske analysevirksomheten ved Kripos i et nytt institutt. Den rettsmedisinske kommisjon advarte mot for sterk sentralisering og pekte på viktigheten av å utvikle og beholde gode sakkyndigmiljøer ved universitetsmiljøene i landet for øvrig.

Det er derfor jeg på det nåværende tidspunkt ikke er beredt til å konkludere når det gjelder dette. Men jeg mener at de intensjoner, de ønsker og for så vidt de utfordringer vi ser på dette området, ikke har gjort det uaktuelt fortsatt å vurdere dette spørsmålet, særlig fordi vi nå ser avslutningen på første fase av det som på en måte var den store rettsakkyndige satsingen fra regjeringa, og som vi fikk bred støtte til her i Stortinget, nemlig DNA-reformen.

Jeg må nok bare medgi at her må vi ta en ting av gangen. Det var viktig for oss å få på plass DNA-reformen og få effekt ut av den. Det har vært utfordrende. Jeg vil samtidig benytte anledningen, siden jeg har den her nå, til å gi honnør til Rettsmedisinsk institutt for den jobben som gjøres. Det er en betydelig jobb som er gjort opp mot DNA-reformen.

Regjeringa har bevilget over 60 mill. kr i 2008 og 100 mill. kr i 2009 til økt satsing på DNA-prøvetaking og sentral finansiering. I år er det satt av nærmere 120 mill. kr til dette formålet. Regjeringas satsing på økt bruk av DNA som bevis i strafferettspleien er foreslått videreført også i statsbudsjettet for neste år. Vi har investert betydelig i personell, opplæring og utstyr for å sikre effektivitet og kvalitet i alle ledd, fra politiet sikrer spor på åstedet, som også interpellanten er inne på – det arbeidet som politiet gjør, har jo hatt stor betydning også for annen type sporsikring – til DNA-profiler blir framstilt og registrert, og fram til resultatene brukes i etterforskning og irettføring. Og vi ser jo betydelige resultater i antall oppklarte saker.

Det er gledelig at det nå er registrert inn ca. 23 500 søkbare personprofiler i DNA-registrene, som bidrar veldig til at vi raskt kommer på gjerningspersonen. Jeg har sagt det mange ganger, og jeg gjentar det gjerne: Det er et ganske lite antall mennesker som begår kriminelle handlinger i dette landet, og det å få økt antallet registrerte personer i DNA-registrene fra vel 10 000 til 23 500 gir betydelig gevinst. I løpet av de årene vi nå har bak oss, har vi satt mye inn på å få dette gjennomført. Ifølge Politidirektoratet er bl.a. flere grove tyverier begått av organiserte kriminelle oppklart ved hjelp av DNA i 2010. Også svært grov kriminalitet begått i utlandet er i år oppklart fordi organiserte kriminelle er registrert inn i det norske DNA-registeret.

Bruk av sakkyndige reiser viktige og prinsipielle spørsmål. Ofte ligger vanskelig tilgjengelige eller etterprøvbare fagvurderinger til grunn for den sakkyndiges konklusjon. At sakkyndiges vurderinger ofte har avgjørende betydning for domstolers og andre organers beslutninger, gir etter min oppfatning behov for å vurdere bruken av sakkyndige i et bredt perspektiv. Som nevnt i regjeringas lovforslag Prop. 14 L for 2009–2010 vil Justisdepartementet starte opp et arbeid med å kartlegge når sakkyndigvurderinger inngår i domstolers og andre organers beslutningsgrunnlag og gjennomgå regelverket for bruk av sakkyndige, som er helt nødvendig.

Universitetet i Oslo har nå hva angår Rettsmedisinsk institutt, oppnevnt et interimsstyre som innen utgangen av 2010 skal fremme et forslag for universitetsstyret om den framtidige organiseringen av Rettsmedisinsk institutt. Jeg avventer denne utredningen og vil vurdere om det er behov for ytterligere utredning av arbeidet på det rettsmedisinske området når denne foreligger. Jeg tror at det vil bli en viktig brikke i en eventuell tenkt mulig samordning av de rettsakkyndige tjenestene, som jeg mener har mye spennende i seg.

Jeg legger også merke til at Rettsmedisinsk institutt nå er i ferd med å få stabilisert antallet sporprøver man får inn til omtrentlig 700, slik at man nå faktisk i disse dager behandler flere enn det man får inn, og er i ferd med å nedarbeide det som måtte være av restanser.

Sammen med forsknings- og høyere utdanningsministeren og helseministeren vil jeg i tillegg nå foreta en bredere gjennomgang av det rettsakkyndige området, også på basis av denne interpellasjonen, herunder av tilbudet fra sakkyndige miljøer i tilknytning til universitetene i lan-

det for øvrig. Behovet er primært å sikre strafferettspleien forutsigbarhet for at rettsakkyndige tjenester kan leveres i rett tid og på et tilstrekkelig høyt faglig nivå.

Dagfinn Høybråten (KrF) [10:26:11]: La meg først takke justisministeren for et positivt, imøtekommende og grundig svar. Jeg ser det slik at de intensjoner som justisministeren har gitt uttrykk for her i dag, er helt i tråd med intensjonene i mitt budskap i interpellasjonen. Jeg har respekt for at prosessene er kompliserte, men jeg har lyst til å minne justisministeren om at de har pågått lenge, at den kritiske situasjonen ved særlig ett av disse miljøene har påkalt offentlighetens oppmerksomhet, og at det er nødvendig å ta noen overordnede styringsgrep.

Sett fra ulike synsvinkler er dette et viktig område, men det er aller viktigst for justisministeren, det er aller viktigst for den øverste ansvarlige for justissektoren i Norge at dette fungerer. Helseministeren vil alltid være en deltidssaktør på dette feltet – med all respekt, hun har sitt konstitusjonelle ansvar – men hovedtyngden av hennes oppmerksomhet må være i en helt annen retning. Det samme gjelder forskningsministeren og universitetssektoren. De er viktige medspillere, men det overordnede ansvaret for hvordan denne sektoren utvikler seg, er justisministerens. Og med all respekt for kompleksiteten og aktørbildet her, som jo er vanskelig nok, selv om alle er statlige, tror jeg at hvis det ikke tas et kraftfullt grep fra toppen av regjeringen ved justisministeren som den sterkest interesserte i at dette lykkes, vil det fort tvinge seg fram andre løsninger, som jeg ikke tror justisministeren er spesielt interessert i. For disse oppgavene må løses på en god måte. Det er sikkert andre her som vil komme inn på det. For min del tror jeg på en sterk offentlig overordnet styring av dette feltet, men det er avhengig av at det offentlige gjør jobben sin.

Jeg vil bare si at jeg er mer utålmodig enn justisministeren, men jeg er positiv til hans intensjoner. Jeg har tro på hans handlekraft, og jeg håper at han følger dette sporet videre, og at det gir resultater i form av et mer samordnet og kraftfullt miljø til rettssikkerhetens beste.

Statsråd Knut Storberget [10:29:14]: Jeg må bare understreke det jeg sa i svaret på interpellasjonen. Jeg forstår utålmodigheten, for Hareide-rapporten kom i 2006. Men samtidig er det litt slik at jeg er ikke sikker på om det var rett tidspunkt i fjor – for å si det slik – eller tidlig i år å servere store strukturelle endringer opp mot de miljøene som jobber med dette. Det er ikke til å legge skjul på – det har også vi lagt merke til – at det har vært nødvendig å ta grep opp mot situasjonen bl.a. ved Rettsmedisinsk institutt. Det er jeg glad for at forsknings- og høyere utdanningsministeren faktisk har gjort, særlig med de styringsgrep som nå er tatt ved Rettsmedisinsk institutt.

Så vil jeg også si at én ting er jo denne diskusjonen om man skal samle alle kreftene, som jeg mener faktisk har veldig mye godt for seg. En annen ting er alt det andre som interpellanten også trekker opp, for vi har betydelige utfordringer når det gjelder rekruttering til i hvert fall noen av fagfeltene, og vi har også utfordringer i å sikre at vi får god kompetanse inn i disse posisjonene.

Én ting er å være psykiater, en annen ting er å gå i retten og – jeg holdt på å si – gi faglige råd med tanke på ganske vanskelige og for mange veldig fremmede definisjoner av mer rettspsykiatrisk art, f.eks.

Så vi har andre utfordringer utover de organisatoriske. Men en av grunnene til at jeg mener at interpellanten og i hvert fall undertegnede er enige om at man kan få ganske god effekt av en større grad av samhandling mellom disse institusjonene, et rettssakkyndig institutt, er at det ville bidra nettopp til å løfte både autoriteten, statusen og også muligheten for å drive en tverrgående kompetansebygging. For når man står i retten og skal gi råd, er det veldig mange av de samme utfordringene man står overfor, enten man er patolog, psykiater eller for den saks skyld en annen type kliniker som kommer og skal gi veiledning. Det er det som gjør det spennende, og jeg mener faktisk at det kunne gitt drahjelp også ved de andre utfordringene vi står overfor.

Og så vil jeg understreke at i de fleste store, alvorlige straffesaker som særlig har med legemskrenkelse å gjøre, ser vi jo at dette er sentralt. Det får bare en mer og mer sentral rolle, også for en annen type kriminalitet. DNA-reformen er et veldig godt eksempel på hvor sentralt dette blir. Vi kan ikke basere rettspleien på at DNA-beviset er helt vannrett. Vi må til enhver tid stille kritiske spørsmål rundt disse bevislighetene. Sett i lys av det er det på mange måter grunn til å støtte opp under den utålmodighet som interpellanten også viser.

Odin Adelsten Bohmann (A) [10:32:39]: Interpellanten sier det er viktig med en effektiv organisering av rettsmedisinens rolle i kriminalitetsbekjempelse. Det er et utgangspunkt det er vanskelig å være uenig i. Men det er også viktig å framheve at det blir gjort mye fra regjeringens side når det gjelder kriminalitetsbekjempelse. Vi oppklarer mer og forebygger bedre.

Den 1. september 2008 ble adgangen til å registrere DNA-profiler i strafferettspleien utvidet til også å omfatte såkalt hverdagskriminalitet. Et riktig og viktig grep. DNA-reformen er en av de store reformene i strafferettspleien, og formålet er effektiv etterforskning og økt oppklaring, med tanke på både den kriminaliteten som rammer folk flest, og mer alvorlig kriminalitet. Noe av det viktigste med reformen er bl.a. at politiet nå, ved hjelp av DNA, tar flere av gjengangerne.

Antallet DNA-analyser har økt betraktelig under DNA-reformen. Ved utgangen av 2009 forelå det ikke restanser hos RMI for analyse av personprøver. Det er viktig å understreke, slik statsråden gjør, at DNA-reformen er et av mange, svært viktige bidrag for økt rettssikkerhet i strafferettspleien. Det er ingen tvil om at i noen av de største kriminalsakene i de siste årene, har DNA-spor vært avgjørende for oppklaringen.

Kriminalitet blir stadig mer grenseoverskridende. At Norge nå er en del av Prüm-avtalen, gjør at vi får tilgang til fingeravtrykk og DNA over hele EU, som igjen medfører at oppklaringsprosenten vil øke ytterligere.

Det er et viktig tema som blir tatt opp av interpellanten. Regjeringen er opptatt av å styrke bruken av rettsme-

disinsk sakkyndighet, men det er også viktig å understreke at denne statsråden og den rød-grønne regjeringen faktisk har avlevert et stort løft innenfor dette området. For når vi også vet hvor særdeles omfattende og varierende sporanalyser kan være fra sak til sak, er det ingen overdrivelse å gi stor honnør til alle involverte i DNA-reformen for alt fra omfang, antall prøver og hvor mange som er registrert, og da også antall treff.

Som interpellanten sier, er rettsmedisinen sentral i dagens kriminalitetsbekjempelse. Den har blitt mer sentral under denne statsrådets myndighet, og vil bli ytterligere mer sentral i årene framover. Det gleder meg at vi er enige om det.

André Oktay Dahl (H) [10:35:20]: Interpellanten reiser et viktig spørsmål. Rettsmedisinsk sakkyndighet som brukes og tolkes på rett måte, er viktig på flere måter. Det er en forutsetning for rettssikkerhet for en mistenkt, siktet eller tiltalt samtidig som det er en forutsetning for å oppklare saker på vegne av offer og samfunn, og for domfelte personer. Målet med enhver reform må jo være å få mer oppklaring samtidig som man har en betryggende rettssikkerhet.

Statsrådets understrekning av at disse tjenestene leveres til rett tid på et tilstrekkelig høyt faglig nivå, er jeg selvfølgelig helt enig i. Jeg tror det er viktig at vi på det feltet ikke tenker at vi skal ha en reform som blir en skrivebordsreform. Vi har sett på Nav, hvordan det har gått. Det er et eksempel på hvordan man skal samordne vidt forskjellige kulturer. Det krever relativt mye. Jeg tror ikke utfordringene på dette feltet akkurat er mindre, som statsråden for så vidt var inne på i sitt svar.

Mye har skjedd i etterkant av at et enstemmig storting vedtok DNA-reformen. Vi synes kanskje det er grunn til å se på hvordan samarbeidet er i de etablerte institusjonene – hvordan det fungerer i dag – før vi eventuelt vurderer om man skal begynne å slå dem sammen.

Vi har over tid sett hvordan f.eks. RMI har fått sterk kritikk for måten ting håndteres på der oppe. Det hele toppet seg, som de fleste fikk med seg, da direktør Olav Gunnar Ballo gikk av etter veldig kort tid ved RMI. Ingen av oss kan selvfølgelig ta stilling til hva som var den totale virkelighetsbeskrivelsen der oppe, men hvis halvparten av det som daværende direktør ved RMI uttalte, stemmer, må man si at det kan by på utfordringer å slå det sammen med andre miljøer, enten det gjelder at ansatte kaller seg for hekser og farger håret på bestemte måter eller saboterer vedtak, at de ikke oppfatter at politiet nærmest er kunder og betaler for tjenesten de yter, og at det har vært nærmest umulig å få fram kvalifisert statistikk. Det har vi fått etter press fra Høyre nå, omsider.

Problemet i Norge i dag, når vi nå skryter av DNA-reformen, er at man velger ikke å bruke det eneste miljøet som har vært akkreditert i lang tid, som kan levere raskere og mer effektivt og sikre mer rettssikkerhet, nemlig Gena i Stavanger. En god start for å få mer rettssikkerhet er, etter Høyres mening, derfor ikke å starte opp med å lage ytterligere store konstruksjoner som monopoliserer dette, men at man faktisk begynner å bruke de miljøene

som delvis er offentlig finansiert og delvis privat finansiert, og som oppnår bedre resultater enn RMI, før man begynner å diskutere enorme reformer å la Nav-reformen forsøkt på rettsmedisin.

Det har vi hatt mange runder på tidligere, så jeg skal ikke gjenta Høyres argumenter, men i budsjettet og i statsrådens svar er det understreket at man skal ha en runde på og ha en gjennomgang av miljøene knyttet til landets universiteter. Da stiller jeg spørsmål til statsråden om det også betyr at han nå begynner å åpne opp for andre miljøer, før det en eller annen gang måtte passe Tromsø-miljøet å bli ferdig der oppe, at man begynner å bruke allerede etablerte kvalifiserte miljøer, før man begynner å lage store reformer å la det som interpellanten tar opp.

Det er grunn til å peke på at statsråden er fornøyd med at det er 23 500 søkbare personprofiler i DNA-registeret, mens det var 10 000 i 2008. Men spørsmålet er: Hvor imponerende er egentlig det i forhold til de pengene som er brukt, og ikke minst at andre miljøer ikke har fått lov til å utvikle seg og bruke ledig kapasitet, i en fase hvor vi skulle få langt flere personprofiler, forhåpentligvis, inn i DNA-registrene?

Så til slutt: Det er blitt sagt en del om samhandling her. Det er jo en utfordring at justis og forskning deler på ansvaret, for det er jo to vidt forskjellige kulturer som møter hverandre. Jeg vet om ganske mange innad i politiet som ikke synes det er spesielt tilfredsstillende at mer forskningsorienterte mennesker ved RMI tolker mandatet sitt utover det mandatet de skal ha, med tanke på å belære politiet om hvordan de skal gå frem ved innhenting av bevis. Det har det vært eksempler på. Jeg har også sett diverse rapporter fra Universitetet i Oslo, der man har diverse kulturer for hvordan ting ikke bør være der oppe. Det rammer også RMI, så Høyre vil i hvert fall oppfordre til at man samhandler bedre innad i de strukturene man har, og ikke minst at man tar i bruk mindre innovatører som faktisk er bedre enn RMI, allerede i dag, slik at vi kan få DNA-reformen slik hele Stortinget forutsatte da den ble vedtatt.

Dagfinn Høybråten (KrF) [10:40:41]: Jeg skal ikke falle for fristelsen til å dra opp debatten om den parallellen som representanten Oktay Dahl viste til. Jeg synes det er et bilde som halter sterkt.

Det er riktig at når man står overfor klare mål og har et veldig fragmentert apparat for å nå de målene, må man gjøre noe med det. Justisministeren har gitt uttrykk for fra Stortingets talerstol i dag at det akter han å gjøre, sammen med de andre berørte.

Til slutt har jeg grunn til å stille spørsmålet: Hvordan tenker justisministeren å holde Stortinget både informert og involvert i arbeidet med de løsninger han nå har på tegnebrettet?

Statsråd Knut Storberget [10:41:50]: Takk for innspill! Det er veldig all right å kunne gå inn i denne vanskelige materien og ha hatt en runde her i huset i forkant. Det mener jeg. Jeg hører hva Høyre sier, og jeg hører hva Kristelig Folkeparti sier, og jeg mener

at det kommer gode argumenter fra begge hold, faktisk.

Vi er parat til å informere Stortinget om utviklingen av dette arbeidet på egnet måte. Det naturlige for oss ville vel først og fremst være i budsjettarbeidet – ved første anledning i revidert – for å se på hva slags prosess vi egentlig skal ha for det arbeidet vi nå går inn i.

Jeg må også understreke, på bakgrunn av det representanten Oktay Dahl trekker fram, at vi i veldig stor grad er fornøyde med den jobben som gjøres ved Rettsmedisinsk institutt, ikke bare når det gjelder kapasitet, men også kvalitet. Det har jeg sagt mange ganger her i Stortinget, og det står jeg fast ved. Jeg mener det er stor tillit ute til det arbeidet som gjøres der, og det er en av de viktigste grunnene til at regjeringa mener at det er Rettsmedisinsk institutt som skal ha hånd om DNA-arbeidet. Jeg syns også at Stortinget er et rimelig lite egnet sted å diskutere og inngå eventuelle avtaler med private aktører, som eventuelt må undergis både anbud og hva det måtte være, hvis man ønsker å trekke inn andre kommersielle aktører – noe regjeringa har sagt at det ønsker vi ikke. Men vi ønsker et såkalt second opinion-miljø, som vi har pekt på bør være i Tromsø.

Jeg mener at det arbeidet som er gjort, er bra, også i forhold til volum. Altså: De 23 500 personene som nå er i registeret, er et betydelig antall, og vi ser jo at treffmulighetene øker markant etter at vi har fått registrert såpass mange mennesker som har begått straffbare handlinger som kvalifiserer for å komme i registeret. Det er en veldig liten gruppe mennesker som begår store deler av kriminaliteten, så dette er allerede et svært nyttig verktøy.

Og så litt til spørsmålet om styringen av dette. Jeg mener jo at Justisdepartementet har en avgjørende aksje i dette, og dette har vi avgjørende interesse i. Jeg er ikke sikker på om det er Justisdepartementet som skal sitte og styre et framtidig institutt. Der vil jeg nok hevde at uavhengigheten nettopp til fagmiljøene bør sikres, og at det taler for at det er andre departement som kanskje skal ha styringen av det. Men det får vi komme tilbake til.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 3 avsluttet.

Sak nr. 4 [10:44:53]

Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helse- og omsorgsministeren:

«Hovedstadsprosessen skal sikre bedre samordning av spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter i osloområdet. På denne måten skal pasientene sikres bedre kvalitet i behandlingstilbudet, samtidig som forskningen kan styrkes. Styret, administrasjonen og tillitsvalgte i Oslo universitetssykehus har imidlertid påpekt at omstillingen er svært krevende både økonomisk og med hensyn til å sikre god pasientbehandling. Det er utarbeidet en risikoanalyse, og styret har lagt til grunn forutsetninger for at prosessen skal være gjennomførbar.

Hva gjør statsråden for å sikre at pasientene får et godt og forsvarlig helsetilbud gjennom prosessen, og er stats-

råden trygg på at forutsetningene for gjennomføringen er godt nok kvalitetssikret?»

Bent Høie (H) [10:45:50]: Det har vært bred politisk enighet om behovet for en bedre samordning av helsetilbudet i hovedstadsområdet. Denne interpellasjonen handler om hvordan vi skal sikre at hovedstadsprosessen gjennomføres på en måte som ivaretar pasientsikkerheten og kvaliteten på tilbudet. Mitt hovedanliggende er å forsikre meg om at statsråden følger opp det politiske ansvaret hun har, for at den svært krevende prosessen kommer i mål på en betryggende måte.

Allerede i 2004 fikk regjeringen Bondevik II utarbeidet en rapport som viste hvordan manglende samordning av helsetilbudet i hovedstadsområdet svekket helsetilbudet til pasientene. På dette tidspunkt gikk grensen mellom Helse Sør og Helse Øst rett gjennom Oslo by. Mange av fagmiljøene på hver side av denne helsepolitiske muren var for små til å sikre optimal kvalitet og pasientsikkerhet. Dublering av funksjoner bandt opp ressurser som kunne ha vært benyttet til å gi pasienter mer og bedre behandling. Samtidig førte dette til en dobbel administrasjon og et byråkratisk system for pasientene. Fra faglig og politisk hold ble det derfor pekt på at samling av fagmiljøene ville styrke kvaliteten og forskningen i helsetjenesten. Bare gjennom bedre samordning av støttefunksjoner i dette området skal man kunne frigjøre beløp i 100-millionerlassen, som kan brukes til mer og bedre behandling, samt til investering i nytt medisinsk utstyr og forskning.

Daværende helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen lanserte forslaget om en sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst, og forslaget ble fremmet av Høyre i Stortinget i 2006. Fusjonen ble gjennomført av regjeringen Stoltenberg II 1. juni 2007. Helse Sør-Øst fikk dermed ansvaret for å gi bedre helsetjenester til over halvparten av landets befolkning ved hjelp av 69 000 gode medarbeidere, fordelt på 16 lokale helseforetak. Gjennom inndeling i sykehusområder er det bl.a. etablert et nytt Oslo universitetssykehus, som omfatter virksomheten både ved Ullevål, Rikshospitalet og Aker.

En av de mest krevende oppgavene i Helse Sør-Øst er samordningen av hovedstadsområdet – den såkalte hovedstadsprosessen. Prosessen innebærer en omfattende omstilling for å sikre bedre samordning av spesialisthelsetjenestetilbudene i Oslo og Akershus. Det er vedtatt at de spesialiserte regionfunksjoner skal samles på Gaustad, og at Ullevål skal være lokalsykehus for Oslos befolkning. 160 000 pasienter fra Alna og Follo skal være overført fra Oslo universitetssykehus til opptaksområdet for Ahus innen 1. januar 2011. Ansvar for fusjonen innenfor bl.a. pediatri, dialyse samt øre-nese-hals skal overføres fra Oslo universitetssykehus til Vestre Viken i løpet av første tertial 2011.

Det skal gjennomføres en såkalt redesign av klinikkene i Oslo universitetssykehus for å samle klinikker som nå er spredt på ulike adresser i hovedstaden. Dette er avgjørende for å sikre bedre kvalitet i pasienttilbud og forskning. Deretter skal man legge grunnlaget for å ta ut samordningsgevinsten, som på sikt skal gi en mulighet

for investering i nye lokaler og bedre medisinsk-teknisk utstyr.

Representanter for ledelse, ansatte og pasienter ved de berørte helseforetakene har vært tydelige på at hovedstadsprosessen innebærer veldig krevende omstillinger, på grensen av det forsvarlige.

Fra Høyres side vil vi understreke at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingstilbudet må være overordnet andre hensyn i en slik prosess. Oslo universitetssykehus påpeker i sine styredokumenter fra 30. september i år at det er flere, betydelige risikofaktorer i prosjektet. Det lyser rødt for overføring av pasienter fra Oslo universitetssykehus til Vestre Viken og Ahus. Ansvaret for øyeblikkelig hjelp overføres fra 1. januar 2011, og fra samme dato skal sistnevnte sykehus overta ansvaret for kronisk syke og henvisning av nye pasienter i sine nye opptaksområder.

Det er særlig tidsfaktoren som er kritisk her. Styret ved Ahus har oppgradert vurdering av risiko ved pasientoverføring, fordi rekruttering av personell ennå ikke er på plass. En av de mest åpenbare problemene i denne kompliserte prosessen med overføring av pasienter er at det ikke er avklart hvilke personalbehov Oslo universitetssykehus vil ha i fremtiden. Dette har ført til at rekruttering av nytt personell til Ahus og Vestre Viken har vært vanskelig. Bemanningsplaner for Oslo universitetssykehus skal foreligge først 15. oktober, bare to og en halv måned før store pasientgrupper skal overføres og personell må være på plass på Ahus og Vestre Viken. Det fører også til utfordringer for andre helseforetak andre steder i landet hvis en kommer i en situasjon der det blir kraftig konkurranse om helsepersonell i det området som fra før av har sterkest trykk, og en da begynner å tappe sykehus ellers i regionen for fagfolk.

Fra Høyres side støtter vi helseforetakenes vurdering om at den praktiske overføringen av pasientene først skal finne sted når tilstrekkelig personell er på plass. Vi merker oss at helseforetakene samarbeider for å få dette på plass, og henstiller til statsråden å foreta en fortløpende vurdering av om dette lar seg realisere på et forsvarlig vis.

Det er krevende å snu pasientstrømmene innen 1. januar 2011, og dette må gjøres innenfor rammen av retten til fritt sykehusvalg. Oslo universitetssykehus mener at det er liten risiko for at denne prosessen rammer akuttbehandling, med de alvorlige konsekvenser dette vil få for pasientbehandlingen. Det er iverksatt tiltak for å redusere risikoen ytterligere, men jeg vil be statsråden forsikre oss om at dette gjennomføres på en slik måte at en ikke setter liv og helse i fare.

Oslo universitetssykehus mener det er en stor risiko for at overføringen fører til økt ventetid for behandling, fordi omstillingsprosessen tar mye tid fra pasientrettet virksomhet. Dette vil i så fall være stikk i strid med regjeringens uttalelse om at en forventer redusert ventetid neste år. Jeg vil utfordre statsråden til å gi en realistisk vurdering av muligheten for å oppnå dette når en har en så stor omstillingsprosess for befolkningen i Oslo og Akershus – som i realiteten utgjør halvparten av landets befolkning.

Helseforetakene har også påpekt at omstillingsprosessen er kostnadskrevende, særlig fordi personellbehovet økes når fusjoner overlappes under en kompleks prosess med overføring av pasienter. Dette er en utfordring mange helseforetak i landet står overfor gjennom sine omstillingsprosesser. Samtidig er det liten tvil om at hovedstadsprosessen er særlig krevende i omfang og i kompleksitet. Selv om omstillingen på sikt forventes å frigjøre ressurser, er det kortsiktige bildet at utgiftene øker samtidig som inntektene reduseres.

Styreleder ved Oslo universitetssykehus, Steinar Martinhinsen, gikk i juni til det uvanlige skritt å varsle sin eier i Helse Sør-Øst om at de økonomiske utfordringene var så omfattende at de truet gjennomføringen av hovedstadsprosessen. Den samme Marthinsen uttalte i kraft av sin stilling som direktør i Helse Sør-Øst at regjeringens forslag til statsbudsjett for 2011 er positivt for helseregionen. Det er ønskelig at statsråden avklarer om dette innebærer at omstillingen i hovedstadsprosessen kan gjennomføres på et forsvarlig vis, samtidig som ventetiden skal reduseres, samhandlingen med kommunene styrkes og budsjettene holdes.

Vi har sett tendenser til at de berørte helseforetakene og Helse Sør-Øst peker på hverandre, mens helse- og omsorgsministeren peker på Helse Sør-Øst når bekymringen for gjennomføringen av hovedstadsprosessen kommer opp. Helseforetaksmodellen innebærer at mye av ansvaret for den løpende drift og viktige beslutninger er tillagt de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene. Jeg vil likevel understreke at vi aldri har delegert det overordnede politiske ansvaret for å sikre trygg og god pasientbehandling. Det var et politisk vedtak som igangsatte hovedstadsprosessen, og det er et politisk ansvar at prosessen føres trygt i havn. Det er et politisk ansvar for helseministeren overfor Stortinget å klargjøre at den prosessen som nå er i gang, er kvalitetssikret på en slik måte at en ikke risikerer at dette fører til svikt i pasientbehandlingen, redusert kvalitet eller manglende tilbud i hovedstadsområdet.

Hovedstadsprosessen berører også de andre lokale helseforetakene i Helse Sør-Øst. I ettermiddag er det et stort fakkeltog på Sørlandet knyttet til de utfordringene som Helse Sørlandet står overfor, som er nært tilknyttet Helse Sør-Østs økonomiske situasjon og knyttet opp mot hovedstadsprosessen.

Etter min vurdering er dette den største omorganisering norsk helsevesen noen gang har stått overfor – ikke i tall, men på grunn av at det er denne omorganiseringen som berører flest ansatte i helsevesenet, og ikke minst er det den omorganiseringen som berører flest pasienter i helsevesenet. Tidligere har omorganiseringer kun berørt ledelse og organisering.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [10:56:12]: La meg først slå fast at hensynet til pasienter og kvaliteten i pasientbehandlingen er det aller viktigste for meg, og det er det aller viktigste i spesialisthelsetjenesten. Det er også dette som er i fokus når vi skal gjøre store omstillinger som vi står overfor – og som vi er midt inne i nå.

Samtidig er jeg opptatt av at vi skal levere sykehus-tjenester som bidrar til trygghet for alle. Det er derfor vi har styrket sykehusaktiviteten betydelig gjennom vårt forslag til statsbudsjett. Det viktigste vi gjør for å sikre et godt og forsvarlig helsetilbud, er at vi evner å prioritere de offentlig finansierte helsetjenestene. Vi må imidlertid også sørge for at tjenestene er organisert slik at det kan leveres sykehustjenester med høy kvalitet, sikkerhet og tilgjengelighet.

Som representanten Høie var inne på, var det slik for noen år tilbake at sykehusene i Oslo lå i to ulike helse-regioner, og fagmiljøene innenfor samme fagområder var lokalisert på flere steder. Det var klare forbedringsmuligheter ved å samordne fagmiljøene og gjøre tilbudet mer oversiktlig for pasientene. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst var et faktum i 2007. Den nye regionen fikk et klart oppdrag om å få til bedre samordning og bedre ressursbruk i regionen og i hovedstadsområdet spesielt.

Både Oslo universitetssykehus og Ahus står foran krevende endringer og viktige utfordringer for å ivareta pasientene og de ansatte.

Omstillingene på Oslo universitetssykehus skal styrke kompetansen i miljøene og sikre en bedre ressursbruk. Dette vil også gjøre tjenestene mer likeverdige og oversiktlige for befolkningen og lette samhandlingen mellom sykehusene og kommunen. Samlingen av flere funksjoner på henholdsvis Ullevål sykehus og Rikshospitalet vil skje i flere trinn og gjennomføres i løpet av 2011 og 2012. Dette er endringer som har mindre konsekvenser for pasientene, men som innebærer flytting og samling av fagmiljøer.

Jeg forutsetter at Helse Sør-Øst RHF sørger for at Oslo universitetssykehus har en god dialog med fagmiljøene ved de tre respektive sykehusene, slik at flyttingen av funksjoner og samling av fagmiljøer skjer på en forsvarlig og godt planlagt måte – og slik at gode fagmiljøer ikke forringes som følge av manglende forutsigbarhet og innflytelse på egen arbeidssituasjon. Når beslutningen er tatt og flyttingen er tidfestet, skal dette kommuniseres klart og tydelig både til fagmiljøene og til omverdenen. I en fase med tunge omstillinger er en kommuniserende ledelse særdeles viktig for å skape forståelse og bygge tillit.

En annen konsekvens av omstillingene er at befolkningen i bydel Alna og i Follo skal overføres fra Oslo universitetssykehus til Ahus fra 2011. Samlet sett innebærer dette et redusert pasientgrunnlag for Oslo universitetssykehus på 160 000 mennesker og tilsvarende økt pasientgrunnlag for Ahus. Kapasiteten ved de to helseforetakene må tilpasses det endrede pasientgrunnlaget.

Ifølge Helse Sør-Øst er tilpasset bemanning en identifisert risikofaktor i hovedstadsprosessen. Dersom Ahus skal kunne håndtere det økte pasientgrunnlaget fra 2011, må bemanningen ved Ahus økes. Dette er tenkt gjort bl.a. gjennom å legge til rette for overflytting av bemanning fra Oslo universitetssykehus. Det har vært forsinkelser i denne prosessen, men det legges nå til grunn at det vil være nok søkere ved de utlyste stillingene ved Ahus.

Men uavhengig av disse utfordringene har Helse Sør-Øst forsikret meg om at ingen pasienter skal overføres fra Oslo universitetssykehus til Ahus før det er sikkerhet for

at pasientene vil få et minst like godt tjenestetilbud ved Ahus. Befolkningen i hovedstadsområdet, og i Grorud-dalen, skal være sikret et likeverdig og forsvarlig lokal-sykehustilbud enten tilbudet gis ved Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet eller Ahus.

Det har vært oppmerksomhet ved om det fortsatt vil være drift på Aker sykehus etter 2010. Ifølge Helse Sør-Øst skal driften ved Aker sykehus videreføres frem til flytting av funksjoner til henholdsvis Ullevål sykehus og Rikshospitalet er gjennomført. Jeg er gjort kjent med at den ortopediske virksomheten flyttes i løpet av første halvår 2011, og at operasjonsstuene i økende grad vil brukes til dagkirurgi. Flytting av funksjoner som urologi, karkirurgi, gastrokirurgi og indremedisin vil skje senere i 2011 og 2012. Jeg har, som nevnt, forutsatt at Helse Sør-Øst sørger for at Oslo universitetssykehus har god dialog med fagmiljøene, og at beslutninger og tidfesting av flyttingene kommuniseres klart og tydelig både til fagmiljøene og til omverdenen.

Helseutfordringene i Oslo er store. Vi må derfor styrke tilbudet til befolkningen. Samhandling mellom sykehuse- ne og kommunen vil bidra til dette. På den måten kan vi tilby tjenester til f.eks. syke eldre og mennesker med kroniske sykdommer, med psykiske problemer og med rusmiddelavhengighet. Tiltak mot livsstilssykdommer og sosiale helseforskjeller er også viktig i storbyen. Slik kan vi forebygge sykehusinnleggelse og bedre helsen til sårbare grupper.

Jeg ga tidlig uttrykk for at frigjorte arealer ved Aker sykehus måtte kunne brukes til en samhandlingsarena mellom sykehuse- ne i hovedstadsområdet og Oslo kommune. I løpet av dette året har det vært dialog mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune for å utvikle en samhandlingsarena ved Aker sykehus. Senteret skal tilby tjenester som ligger i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette er tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, med kroniske lidelser, med behov for rehabilitering, med diabetes, med hjerte- og lungelidelser, med psykiske problemer og rusmiddelavhengighet. I tillegg er det forslag om etablering av et tilbud om lindrende behandling i livets slutfase og et forsterket sykehjem med en utvidet konsultasjonstjeneste fra fagspesialitetene på sykehuse- ne. Ifølge Helse Sør-Øst skal også enkelte spesialisthelsetjenester videreføres og fortsatt være på Aker fra 2013. Dette er f.eks. polikliniske tilbud, elektiv dagkirurgi, rehabilitering og dialyse.

Omstillinger er nødvendige. Helsetjenesten kan ikke være i ro mens utfordringene og behovene endres. Samtidig er omstillingene krevende å gjennomføre. Helse Sør-Øst følger prosessen tett og gjør fortløpende risikovurderinger som et grunnlag for å treffe nødvendige tiltak, dersom det skulle være behov for det.

I foretaksmøter og oppdragsdokument stiller jeg både spesielle og generelle styringskrav som har relevans for omstillingene. Departementet har jevnlig oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst for å følge omstillingene særskilt opp. Vi skal ikke undervurdere at arbeidet er krevende, men det er også nødvendig for å få til et fremtids-

rettet tilbud til befolkningen innenfor våre bærekraftige rammer.

M a r i t N y b a k k hadde her overtatt presidentplassen.

Bent Høie (H) [11:04:17]: Jeg takker statsråden for svaret. Jeg hadde imidlertid forventet en klarere tilbakemelding om hva statsråden har gjort for å forsikre seg om at denne prosessen er godt nok kvalitetssikret. Dette svaret var også preget av den typen ordbruk som en nå opplever i større og større grad når en diskuterer utfordringer i helsevesenet – nemlig at statsråden, som eier Helse Sør-Øst, sier at hun forutsetter at osv., og når da Helse Sør-Øst blir utfordret på det samme, svarer Helse Sør-Øst, som eier Oslo universitetssykehus og Ahus, at de forutsetter at osv., osv. Dette er ikke tilfredsstillende i forhold til det ansvaret helseministeren har overfor Stortinget når det gjelder den største delen av helsevirksomheten vår, nemlig Helse Sør-Øst. Jeg hadde forventet at helseministeren i dag kunne forsikre Stortinget om at helseministeren hadde tatt en del grep for å forsikre seg om at denne prosessen var tilstrekkelig kvalitetssikret.

Det at Helse Sør-Øst følger prosessen tett, er helt åpenbart siden en av direktørene i Helse Sør-Øst er styreleder i Oslo universitetssykehus. Det i seg selv er et problem nettopp fordi det resterende styret da sannsynligvis ikke vil føle det samme ansvaret for prosessen som hvis en hadde hatt et selvstendig, uavhengig styre. Det betyr at når vi nå står overfor den største omorganiseringen i norsk helsevesen som berører ansatte og pasienter, så virker ansvaret noe pulverisert og ikke plassert, og helseministeren er heller ikke tydelig nok overfor Stortinget i forhold til Helsedepartementet og helseministerens involvering i en så betydelig prosess. Et ganske klart tegn på det er at denne prosessen nesten ikke er omtalt i statsbudsjettet for 2011. Altså: Den største omorganiseringen i norsk helsevesen som berører pasienter og ansatte, er nesten ikke omtalt i det statsbudsjettet som omhandler det året da de fleste av disse endringene skal foregå.

Når det gjelder ventetider, så er det flyttet i risiko, både fordi det er stor sannsynlighet for at det skjer endringer i ventetiden, og at dette kan ha alvorlige konsekvenser. Allikevel var det ikke berørt i statsrådens svar.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [11:07:37]: I den foretaksmodellen som Stortinget har valgt for styringen av helseforetakene, er det slik at styringen går gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter som vi berammer når vi ser at det er nødvendig.

Jeg ble spurt om omstillingen kunne foretas i henhold til at budsjetter skulle holdes og at ventetider ikke skulle økes. Jeg har bare lyst til å minne om når det gjelder budsjettene, at det har vært en klar forbedring, slik at for 2009 var helseforetakene i økonomisk balanse. Det er det sikreste og det beste utgangspunkt for at man skal jobbe videre med å øke kvaliteten og få ned ventetidene ved sykehuse- ne. Og jeg har stilt klare krav om at ventetidene skal ned. De skal ikke øke. Det har vært økning i ventetidene,

selv om vi også må forklare det noe med at det har vært en stor økning i pasientbehandling, men det er likevel ikke godt nok. Ventetidene skal vi jobbe for å få ned.

Så er det spørsmål om hva gjør jeg for å sikre at denne omstillingsprosessen går etter planen? Ja, som jeg sier: ved oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Jeg har lagt opp til mye mer jevnlig møter med Helse Sør-Øst, nettopp for å følge denne prosessen, følge opp avvik, og også disse rapportene som er sett på når det gjelder å følge opp avvik, for å kunne justere og iverksette tiltak og sørge for at det skjer. Det er ikke slik at ansvaret er pulverisert, men det er et ansvar på hvert enkelt nivå. Derfor har også Oslo universitetssykehus et stort ansvar når det gjelder gjennomføringen av sin egen omstillingsprosess. Det er en stor virksomhet – det er sant nok – men likevel kan man ikke fraskrive seg ansvaret på noe nivå – det gjør heller ikke jeg.

Are Helseth (A) [11:10:29]: Denne interpellasjonen viser at vi innenfor styringssystemet for spesialisthelsetjenesten bruker denne talerstolen for helsepolitisk debatt. Hovedstadsprosessen bygger på sammenslåing av de tidligere regionale helseforetakene Sør og Øst. Dette ble gjort for å bøte på ikke optimal ressursutnyttelse og mangelfull koordinering. Det var ikke god nok koordinering av investeringsprosjekter på tvers av regionene, og det var manglende samsvar mellom behandlingsgrunnlagene, f.eks. ved at 60 pst. av pasientene til Rikshospitalet-Radiumhospitalet kom fra Helse Øst, mens sykehuset eiermessig tilhørte Helse Sør. Det var viktig for vurderingen bak sammenslåingen at en bedre koordinering i Sør-Øst-området kunne føre til bedre spredning også av spesialister til sykehus tilbud i landet for øvrig. Det var også lagt vekt på at forskningen skulle bli mindre fragmentert og bedre koordinert. Samlet sett ble en sammenslåing vurdert å være en bedre og riktigere ressursutnyttelse. Resultatet av dette skulle komme alle de regionale helseforetakene til gode. Slik jeg husker det, ble en slik tankerekke ikke bestridt av de aktuelle regionforetakene før sammenslåingen. Det nye regionforetaket har gjennomført en omfattende strategisk prosess og dernest organisert seg i såkalte sykehusområder.

Omstilling i kompetanseorganisasjoner er i seg selv krevende. Det blir ikke lettere når fire av de opprinnelige sykehusene også er universitetsinstitusjoner. Kompleksiteten øker ytterligere ved at døgkontinuerlig drift skal videreføres under endringsarbeidet, og det er uakseptabelt å tape kvalitet i den medisinske behandlingen i kortere eller lengre tid.

Interpellanten har reist en problemstilling som er omfattende, og jeg vil måtte begrense mitt innlegg til utvalgte politiske vurderinger. Jeg velger å knytte kommentarer til hovedstadsprosessens strategiske retning, til prosessforståelsen og til sammenhengen mellom hovedstadsprosessen og Samhandlingsreformen. Etter min forståelse er hovedgrepet i hovedstadsprosessen en geografisk samling av nasjonale og regionale spesialisthelsetjenestefunksjoner på ett sted og fortsatt spesialisthelsetjeneste på lokalsykehusnivå på andre lokasjoner i hovedstaden. Jeg mener dette er et riktig hovedgrep for framtidig gode tilbud både når

det gjelder nasjonale og regionale funksjoner, og når det gjelder lokalsykehusfunksjoner.

Gitt dette blir neste logiske ledd å erkjenne prosessens kompleksitet, og dermed behovet for kompetanse på trygg gjennomføring. En svakhet etter min mening ved samtiden er at vi teller det som er lett å telle, og at vi lett beregner risiko basert på sikre tallstørrelser. Materielle investeringskostnader som bygg er lett å telle i kroner, og vi har detaljert kvalitetssikring med angivelse av statistisk usikkerhet før vi vedtar prosjektene. Når vi kommer til utviklingsprosjekter som dreier seg om kunnskap og mennesker, mangler vi så enkle tall, og derfor er kvalitetssikringen og usikkerhetsberegningene mye vanskeligere. Det bør påkalle betydelig ydmykhet og høy status for kunnskap om ledelse av kompetanse i vår tid. Jeg observerer i hverdagen at lederskap som får dette til, godt involverer medarbeiderne og erkjenner at avdelingsledelsene må delta som premissleverandør opp mot ledelse, og som bindeledd fra toppledelse til de titusener av medarbeidere som møter pasientene én og én. Det kreves også en åpen og trygg kultur som produserer gode risikoanalyser og agerer på disse.

Hovedstadsprosessen er også en mulighet til å realisere Samhandlingsreformen. Det øker kanskje kompleksiteten i prosessen fordi kommunen skal være en fullverdig samarbeidspartner, men det er lettere å finne gode løsningsalternativer når organisasjonen formes, enn senere når den har satt seg. Her har regionforetak og kommune felles forpliktelser overfor sitt sørge-for-område og sine innbyggere, og jeg forventer at det oppdraget løses.

Peter N. Myhre (FrP) [11:15:27]: Jeg må nok si at jeg ikke kjenner meg så veldig godt igjen i den virkelighetsbeskrivelsen som helse- og omsorgsministeren kom med i sitt svar til interpellanten, som for øvrig skal ha takk for å ha tatt opp denne viktige saken.

Jeg legger også til grunn innledningsvis at jeg husker godt det vedtaket som ble fattet i Stortinget tidligere i år om å nedlegge Aker universitetssykehus, og at vedtaket ble fattet med Arbeiderpartiets, Sosialistisk Venstrepartiets og Senterpartiets stemmer.

Det er altså blitt satt i gang en prosess. Når helse- og omsorgsministeren, og for så vidt også representanten Helseth nå nettopp, på en snedig måte unngår den risikoanalysen som jeg står med her, blir jeg bekymret. Denne risikoanalysen er utarbeidet slik at det er satt opp syv problempunkter. Det er antydning en mulig årsak til og begrunnelse for de problemene som er oppstått, og hvilke konsekvenser de vil få. Det er også gitt et anslag over hvor sannsynlig det er at problemene vil oppstå, og hvor alvorlige konsekvensene vil bli.

Når det gjelder parameter nr. 1, akuttberedskap ved ut- og innfasing av pasientstrømmer, antyder rapporten at pasienter tilhørende Ahus vil kunne bli feilsendt til Oslo universitetssykehus, og at det vil bli en redusert akuttberedskap, noe som rapporten antyder vil ha svært alvorlige konsekvenser.

Parameter nr. 2 er økning i ventelister. Konsekvensene vil bli et midlertidig redusert behandlingstilbud, forlenget ventetid og eventuelle fristbrudd. Sannsynligheten for at

dette vil skje, er stor, og konsekvensene er alvorlige, står det i rapporten.

Parameter nr. 3: Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen vil kunne føre til midlertidig redusert behandlingstilbud og kontinuitet, opplevd utrygghet hos pasienter, pasienter kan falle ut av behandlingssystemet og tap av gode samarbeidsrelasjoner. Sannsynligheten for dette er moderat. Konsekvensene vil være alvorlige.

Så er det parameteren arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonell. Det vil føre til dårlig arbeidsmiljø og økt sykefravær. Sannsynligheten for at dette vil skje, er stor, og konsekvensene er i henhold til denne rapporten meget alvorlige.

Jeg skal gå videre til parameteren kostnadskontroll og gjennomføringskostnader. Det vil kunne føre til økte kostnader på grunn av behov for reservekapasitet i ut- og innfasingsperioden. Det vil føre til økte lønnsutgifter for å erstatte/supplere nøkkelpersonell og fagkompetanse, spesielt i ut- og innfasingsperioden og redusert kapasitet. Sannsynligheten for at dette skjer, er stor, og konsekvensene er svært alvorlige.

Jeg er bekymret når helseministeren likevel avgir garantier i fleng om at dette skal gå så bra, for det er ingenting som tyder på at denne prosessen går bra, og at den er under kontroll. Det er altså snakk om å nedlegge det eneste sykehuset i Oslo øst, som Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet har vedtatt. Det skal altså gjøres innenfor ordningen «fritt sykehusvalg» ved at man allierer seg med kommunehelsetjenesten og fastlegene for å kanalisere pasienter til Ahus.

Avslutningsvis vil jeg bare spørre: Hvordan kunne dette skje? Hvordan kunne denne prosessen bli satt i gang uten at det var et klart politisk ønske om det? Det er jo mange representanter, ikke minst fra Arbeiderpartiet, og særlig i Oslo, som har gitt uttrykk for sterk skepsis, og det er definitivt ingen lokale ønsker om verken å sette denne prosessen i gang, nedlegge Aker universitetssykehus eller gjennomføre prosessen for øvrig. Det ansvaret som regjeringen har for den overordnede styringen av helsevesenet, er ikke fjernet ved etablering av helseregioner og foretak. Derfor har helse- og omsorgsministeren en stor oppgave å gjøre her i de nærmeste ukene.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:20:53]: Som interpellanten har påpekt, er det spesielt viktig å sikre at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet på det totale tilbudet er overordnet andre hensyn i en slik prosess. Det har kommet alvorlige bekymringsmeldinger når det gjelder enkelte deler av funksjonsfordelingen. Helse Sør-Øst nedsatte i 2009 et regionalt utvalg som skulle vurdere funksjonsfordelingen innen karkirurgi, som la fram sin innstilling våren 2010. Innstillingen har vært til høring, og alle berørte parter, bl.a. Den norske legeförening, spesialistkomiteen for karkirurgi og generell kirurgi og Norsk karkirurgisk förening, har uttalt seg. De er entydig negative til å flytte karkirurgien fra Ahus til Oslo universitetssykehus. Det var bare Oslo universitetssykehus som var positive.

Jeg er blitt kjent med at det uten styrets kjennskap eller godkjennelse på initiativ fra Oslo universitetssykehus ble

nedsatt et nytt utvalg for å vurdere karkirurgien i hovedstadsområdet, og hvor Oslo universitetssykehus foreslår å legge ned avdeling for kar- og torakskirurgi på Ahus og flytte den til Oslo universitetssykehus. Dette mener de nevnte fagmiljøene vil ha store negative konsekvenser for helsetilbudet til Akershus-befolkningen og for Ahus, som fra 1. januar 2011 vil være det største områdepsykehuset i Norge. Det fremgår av styrevedtak fra Helse Sør-Øst i 2008 at et områdepsykehus skal ha enhetlig ansvar for sin befolkning, inklusiv vanlige spesialisthelsetjenester og akuttfunksjoner.

Grunnen til at det anses som uforsvarlig å fjerne dette fagtilbudet fra Ahus, er ikke bare effekten for karkirurgien, men også konsekvensene for andre pasientgrupper. Ved Ahus er kar- og torakskirurgien organisert i en og samme avdeling. Kreftmeldingen fra 2010 fastslår at Ahus fortsatt skal utføre denne lungekreftkirurgien i det nye opptaksområdet. Dersom karkirurgien ved Ahus fjernes, nedlegges også torakskirurgien, noe som betyr manglende kirurgisk service for hele lungepasientgruppen.

Avdelingen yter også service overfor mange andre pasientgrupper, som bl.a. nyresyke, diabetespasienter, sårpasienter og pasienter med brannskader. I tillegg har avdelingen støttefunksjon for mange andre avdelinger ved sykehuset. Dessuten yter avdelingen service til alle sykehusets avdelinger med hensyn til hjelp ved livstruende blødninger, som ved gynekologiske komplikasjoner, fødselskomplikasjoner, traumer osv. Det er fastslått at Ahus skal være traumeberedskapssykehus og kunne avlaste Oslo universitetssykehus for traumepasienter.

Høringsinstansene mener derfor at en sentralisering til Oslo universitetssykehus vil føre til dårligere pasientbehandling med forflytning av pasienter mellom Oslo universitetssykehus og Ahus. Det vil bli en stor belastning for pasientene og føre til en kostbar og meget krevende logistikk. Videre mener de at det med stor sannsynlighet vil få negative effekter på pasienttilbud, pasientlogistikk, om-dømme og økonomi, og det anses som en risiko i forhold til det å håndtere et utvidet opptaksområde fra 2011 – og det er alvorlig.

Ahus ble tatt i bruk for to år siden. Det er gjort betydelige investeringer på både radiologisk avdeling og på operasjonsavdelinger for full kar- og torakskirurgisk virksomhet.

Ved en nedleggelse av avdelingen mener høringsinstansene at Ahus også vil miste status som utdanningspsykehus for en rekke spesialiteter innen spesialistutdanning for leger. Det vil bety svekket legereskuttering og en forvring av forskningen, og det vil være uforenlig med status som universitetssykehus på sikt.

Vi kjenner ikke til noe sykehus, verken i Norge eller i Europa, av denne størrelsesorden som ikke har kar- eller torakskirurgisk kompetanse tilgjengelig på døgnbasis. Høringsinstansene mener at dersom det blir endelig vedtatt å legge ned den servicen, vil det svekke både det akuttmedisinske tilbudet og det totale helsetilbudet til befolkningen i Akershus vesentlig. Det kan ikke Høyre akseptere.

Jeg vil be statsråden følge opp denne saken og sette seg godt inn i forslaget om nedleggelse av karkirurgien ved

Ahus og de konsekvensene dette vil få for pasientene, og at hun sikrer at det totale helsetilbudet til Akershus-befolkningen opprettholdes. Dette er helseministerens ansvar og ingen andres.

Laila Dāvøy (KrF) [11:26:03]: Dette er en viktig interpellasjon. Takk til interpellanten for å ha reist den! Mange mennesker i denne delen av landet vårt er sterkt involvert. Debatten om hovedstadsprosessen har gått høyt de siste månedene i mange leirer. Allerede for et halvt år siden sa Kristelig Folkepartis leder, Dagfinn Høybråten, at denne prosessen ser ut til å gå mot en kollaps. Vi hører i dag statsråden si at alt går riktig for seg, og at hun ikke er bekymret for det.

Etter sommerferien kunne vi lese en uttalelse fra Fagforbundet i Oslo universitetssykehus, der de bl.a. sa følgende:

«Sykehusene har valgt å gjennomføre overgangen av personell på en måte som Fagforbundet og flere arbeidstakerorganisasjoner ikke kan stille seg bak.»

De sier videre at overgangsprosessen ikke er koordinert og synkronisert slik at ansatte kan ha en nødvendig oversikt over fremtiden til egen stilling og egne arbeidsoppgaver før de tvinges til å ta stilling til om det er aktuelt å søke stilling på Ahus.

Verneombudet ved Aker sykehus sa for kort tid siden at mange må bytte jobb, men at ingen vet hvem som må gå. Mange sier også at prosessen går for fort, som flere har vært inne på her, og at det mangler penger til gjennomføring.

Det kanskje mest alvorlige er nok risikoanalysen som viser at Oslo og Akershus vil få lengre køer og dårligere behandlingsskapitet ved Ahus. Er ikke dette et tegn på at det trengs mer tid, at usikkerheten er for stor til å gjennomføre prosessen allerede fra 1. januar neste år? Det er mitt spørsmål.

Nå er det ikke bare i Oslo-regionen at det er skapt utrygghet i sykehussektoren. I flere fylker leser vi hver dag om utrygghet og forslag om nedleggelse, det være seg av sykehus, avdelinger, akutt- eller fødetilbud.

I går våknet vi til NRKs morgennyheter der stortingsrepresentant Erling Sande fra Senterpartiet sa at han ikke ville ta gjenvalg dersom lokalsykehuset i Nordfjordeid blir nedlagt. Han mener at føde- og akutttilbudet er selve bærebjelken ved sykehuset. Ikke nok med det – han satte også spørsmålsteget ved Senterpartiets deltakelse i regjeringen dersom de ikke blir hørt på dette punkt.

Forleden fikk jeg en mail fra en av de ansatte ved Nordfjordeid sykehus, som sa følgende:

«Nå er det like før lokalsykehuset på Nordfjordeid er en saga blott. Det er helt fryktelig det som skjer, og det verste av alt er at nye forslag om hvordan man skal organisere fødetilbud ikke blir vurdert økonomisk. Man legger opp til en sterk følgetjeneste og gynekologer som daglig skal kjøre 2 timer frem og tilbake til Førde hver dag. Hva må ikke dette koste?»

Befolkningen oppfatter at sykehuset er i ferd med å bli lagt ned, tryggheten forsvinner. Nordfjorrådet sier at nok en delplan for nedleggelse av flere helsetilbud ved Nord-

fjordeid sykehus vil kunne føre til at sykehuset blir nedlagt når lokalsykehusfunksjonene skal behandles i forbindelse med Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Et annet eksempel er sykehuset på Stord. Der uttaler folk at de føler seg hjelpeløse og usikre på fremtiden. De kaller det som skjer, for en organisert nedtrapping fra Helse Fonna, en prosess som de sier har gått over lang tid.

Alle kommunene i Aust-Agder, et annet eksempel, vil kjempe for å beholde et fullverdig sykehus i Arendal.

Jeg merket meg svaret fra statsråden i sted til interpellanten når det gjelder Aker sykehus. Svaret fra statsråden går på at ved Aker sykehus skal flere funksjoner flyttes ut etter 2010. Det skal bli mer dagkirurgi. Det skal bli en samhandlingsarena ved Aker etter hvert. Med andre ord, det vil ikke lenger være et sykehus slik vi definerer sykehus i dag. Det er jo det som allerede har skjedd med veldig mange andre sykehus under Stoltenberg-regjeringen, at man tar den ene funksjonen etter den andre, så blir det til slutt poliklinisk dagkirurgi eller andre ting, og så blir sykehuset nedlagt som sykehus. Og det er ikke vi her i Stortinget som har sagt at ingen lokalsykehus skal legges ned. Det er det faktisk regjeringen som har sagt, og det står endatil i statsbudsjettet for 2011. Da synes jeg at man må heller kunne si at det er det man holder på med. Men iallfall er det en enorm utrygghet ute og går nå, når de regionale helseforetakene helt på egen hånd styrer disse prosessene.

Jan Böhler (A) [11:31:13]: Jeg synes det er en veldig viktig og god, berettiget interpellasjon som er reist her i dag av representanten Høie, og, kanskje litt i motsetning til ham, synes jeg også at helsestatsråden ga oss informasjon som var mer presis enn tidligere, og som brakte også vår kunnskap her i Stortinget videre.

Det er imidlertid et par ting som jeg synes det er grunn til å dvele ved, og som ligger i den problemstillingen representanten Høie har tatt opp om forsvarlig gjennomføring, om det skjer en forsvarlig overføring av så mange pasienter. Det viktigste punktet jeg vil ta opp, gjelder det som Oslo universitetssykehus sier når de forklarer planene sine. Jeg var bl.a. på et møte i Oslo legeförening nylig der de la fram hvordan de vil gjennomføre prosessen, og der de forutsetter investeringer i størrelsesorden 10–15 milliarder kroner i løpet av de kommende årene på primært Ullevål – det som nå kalles Kirkeveien – og også Riksen og det som kalles Gaustad, men primært Ullevål. Og når de beskriver planene sine om flytting av funksjoner fra Aker bl.a. inn på Ullevål, ligger det i forutsetningene at det skal skje store investeringer med nybygg på Ullevål, som disse 10–15 milliardene innebærer. Det er jo litt vanskelig her fra stortingssida å forstå den tilnærmingen, fordi det har vært så klart at man ønsket å spare helseutgifter i Osloområdet, og at det er investeringer i andre områder i landet som nå er prioritert når det gjelder sykehus. Jeg oppfatter, når man tegner dette kartet, at det i en del av de tingene som også helsestatsråden nå nevnte, som skal flyttes fra Aker til Ullevål i løpet av de kommende årene, også ligger forutsetninger om store investeringer på Ullevåls område, så det jeg tror det er viktig å gå nærmere inn i, er

hvordan denne fordelingen mellom Ullevål og Aker osv. skal gjøres.

Da er det kanskje grunn til å presisere litt i forhold til det representanten Peter N. Myhre nevnte i sitt innlegg. Det som ble behandlet her på Stortinget i mai, var et representantforslag fra Fremskrittspartiet som flertallet vedla protokollen, der også Høyre inngikk i det flertallet. Det er grunnen til at jeg synes tilnærmingen til representanten Høie også her i dag er veldig viktig og konstruktiv, fordi det handler om hvordan gjennomføre denne prosessen på en forsvarlig måte, hvordan samle høyspesialiserte tjenester på en forsvarlig måte, og hvordan sørge for at man får effekt ut av den sammenslåingen i Helse Sør-Øst som Stortinget gjorde i 2008. Og hvis man skal snakke om byråkratisk ordbruk, er jo både Ullevål og Rikshospitalet og Aker, alle de tre sykehusene, nedlagt i sin tidligere form – de kalles nå Kirkeveien og Gaustad eller noe lignende og Sinsenveien – de tre lokaliseringene av Oslo universitetssykehus. Det er riktig at de største omstillingene skjer på Aker, men det skjer også store omstillinger på de andre sykehusene, og det var det som ble beskrevet av et ganske stort flertall på Stortinget i forhold til det representantforslaget, og det er en bred omstilling av alle de tre sykehusene dette innebærer. Men det er all grunn til, som også representanten Myhre gjorde, å rette fokus mot hva som skjer i forhold til Aker sykehus, og det er to punkter jeg gjerne vil nevne der. Det er for det første at det er viktig å gå nærmere inn i hva som skal bli på Aker av sykehusfunksjoner nå, fordi man ikke får de 10–15 milliardene til å bygge opp det på Ullevål, og hva det da skal bli på lang sikt på Aker. Nå nevnte, gledelig nok, helsestatsråden at det er viktige funksjoner som nå er på sykehuset, som vil ligge der etter 2013. Da er det viktig å presisere det best mulig, ned på et konkret nivå, slik at de som nå jobber på Aker, og pasientene, vet hva de har å forholde seg til.

Det andre gjelder den samhandlingsarenaen som skal utvikle seg, nye viktige tjenester for hele Oslos befolkning, som er et veldig godt tilskudd og en veldig stor forbedring i forhold til det Stortinget har satt fingeren på: helseforskjeller i Oslo, hvordan jobbe overfor kronikere, livsstilssykdommer osv. Jeg vil si én ting knyttet til hvordan man skal skaffe plass på Ullevål til samling av funksjoner der, at jeg mener man også må sortere andre veien, altså fra Ullevål til Aker, når det gjelder innsats i forhold til livsstilssykdommer, når det gjelder disse samhandlingsoppgavene. Det bør gjelde både fra Ullevål til Aker og fra Lovisenberg og Diakonhjemmet til Aker, slik at man kan samle samhandlingsfunksjonene, livsstilssykdomsoppgavene på Aker.

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:36:48]: Jeg tar i grunnen ordet for å understreke det som helseministeren sa i sitt innlegg, at grunnlaget for den prosessen som vi er inne i nå når det gjelder sammenslåingen av sykehusene i Oslo-regionen, er vedtaket om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. Det var et vedtak som ble gjort med bredt flertall i Stortinget. Videre, det var vel ikke nevnt, men vi har altså investert rundt 20 milliarder kr, mener jeg det skal

være, i et nytt, moderne sykehus, et av Nordens flotteste – Ahus. Det er også lagt til grunn for den prosessen som skal gjennomføres. Dette er, helt riktig som det er sagt, et av de mest kompliserte offentlige omstillingsprosjektene som blir gjennomført her i landet. Og vi forutsetter, som statsråden også sa, at dette skal gjøres på en forsvarlig måte i forhold til pasientbehandlingen. Det skal ikke gå ut over kvaliteten på pasientbehandlingen. Det skal også gjennomføres på en forsvarlig måte i forhold til personellet, som blir overført til Ahus. Så disse tingene skal ligge til grunn. Og de risikoanalysene som kommer opp nå, er veldig viktige for å ivareta nettopp det.

En understreking av at det må ligge til grunn, og at man om nødvendig også må korrigere kursen, korrigere tempoet og korrigere ressursbruken for å få dette gjennomført på en forsvarlig måte, er veldig viktig. Og jeg føler meg trygg på at statsråden ivaretar det ansvaret på en god måte ved den understrekingen hun ga, nemlig at dette følges tett opp.

Så har jeg lyst til å si – og det var derfor jeg ba om ordet – at dette ikke bare er en sak for hovedstaden. Dette er en sak som har stor betydning for befolkningen i Helse Sør-Øst-området, på Sørlandet og i Innlandet i forhold til framtidige tilbud og framtidige sykehus. Det har også en dimensjon i forhold til nasjonal helsepolitikk.

Spesialisthelsetjenesten står overfor omstillingsutfordringer i stor skala i årene som kommer. Det gjennomføres omstillinger per i dag som utfordrer personell, og som utfordrer kvaliteten på pasientbehandlingen – kontinuerlig. Det har det gjort, og det vil det gjøre. Derfor er gjennomføringen av denne prosessen av stor betydning.

Det er mange som følger med rundt omkring i landet på hvordan dette blir gjennomført. Derfor tror jeg enhver antydning om å skulle stoppe opp og ikke gjennomføre dette ville få store konsekvenser. Det oppfatter jeg at interpellanten ikke har til hensikt, det lå ikke bak, for det ble understreket at Høyre støtter den prosessen som nå gjennomføres. Men det er viktig at den blir gjennomført med god kvalitet.

Det er også SVs utfordring: at den blir gjennomført slik at den både ivaretar kvaliteten på pasientbehandlingen på en god måte og også personellbehandlingen og de omstillingene man der står overfor. Det synes jeg at helsestatsråden ga et godt svar på.

Sylvi Graham (H) [11:40:27]: Fra 1. januar 2011 skal Akershus universitetssykehus kunne gi et godt tilbud til 160 000 nye pasienter fra Alna bydel og fra Follo-kommunene, i tillegg til det de gir i dag. Vi vet at Ahus allerede i dag har utfordringer knyttet til driften av det nye sykehuset, og at inntaket av nye pasientgrupper innebærer en enda mer krevende situasjon.

Slik interpellanten har påpekt, er det helt avgjørende å sikre at denne overføringen skjer på en måte som ivaretar pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetilbudet. Administrerende direktør har påpekt overfor styret at rekrutteringssituasjonen er kritisk. Risikoen knyttet til overføring av pasienter fra Oslo universitetssykehus til Ahus ble oppgradert fra gult til rødt så sent som 1. oktober.

Det er positivt at det nå har kommet inn flere søknader til stillingene som skal besettes, men fortsatt må søknadene behandles før nytt personell kan være på plass. Endelig fordeling av legehjemler er heller ikke helt avklart.

Oslo universitetssykehus legger sine endelige bemanningsplaner først 15. oktober. Det er åpenbart at denne delen av prosessen burde vært bedre koordinert, men dette reflekterer nok også hvor krevende omstillingen har blitt med de tidsrammer som er fastsatt.

I mitt skriftlige spørsmål til statsråden i august dette år ba jeg nettopp statsråden redegjøre for status i bemanningsprosessen ved Akershus universitetssykehus, for mye utrygghet har vært luftet i befolkningen i denne tiden. Statsråden forsøkte å berolige i sitt svar av 31. august, og jeg siterer:

«Det er viktig at ikke fagmiljøene forringes som følge av usikkerhet om fremtiden. Samtidig må vi sikre en kompetent og forsvarlig bemanning på de sykehuse som faktisk skal overta og behandle pasientene.»

Rekrutteringsprosessen dreier seg ikke bare om å få tak i nok folk. Det er avgjørende at nytt personell har fått tilstrekkelig opplæring. Helsepersonell skal finne seg til rette i nye stillinger og etablere nye samarbeidsrelasjoner, rutiner skal innarbeides, og nødvendige prosedyrer må være på plass for å gi pasientene et kvalitativt godt behandlingstilbud. Vi vet at personellet i de berørte foretakene er under stort press i denne krevende omstillingen, og helseforetakene vurderer det slik at det er risiko for økt sykefravær. Et forsvarlig arbeidsmiljø er avgjørende for å sikre at pasientene får god behandling. Jeg vil utfordre statsråden til å kommentere hvordan helseforetakene sikrer et godt arbeidsmiljø innenfor den knappe tidshorisonen vi nå har.

Det er innenfor de somatiske behandlingsområdene at overføringen av pasienter er kritisk. For kronisk syke pasienter med behov for oppfølging over tid er dette en spesielt sårbar situasjon. For dem er kontinuitet i relasjonen til helsepersonell veldig viktig for at de skal føle trygghet. Det er avgjørende at noen kjenner dem, deres behov og deres historie. Jeg ber derfor statsråden redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt spesielt for disse pasientene.

Jeg vil også peke på betydningen av at arbeidet med forskning og utdanning kan ivaretas som en del av den nye virksomheten ved Akershus universitetssykehus. Universitetet i Oslo har signalisert at de primært ønsker å opprettholde oppgaver knyttet til utdanning av medisinstudenter ved Oslo universitetssykehus og ikke overføre disse til Ahus i takt med personelloverføringen. Dette kan være uheldig både av hensyn til forskningsmiljøet ved Ahus og for undervisningen av medisinstudenter. En viktig begrunnelse for hovedstadsprosessen har jo nettopp vært behovet for å styrke forskningen, og dermed kvaliteten i behandlingstilbudet.

For befolkningen i Follo er det også av stor betydning at den planlagte videreutviklingen av Ski sykehus, underlagt Aker universitetssykehus, kan finne sted.

Helt til slutt vil jeg understreke viktigheten av at prestisjen i dette prosjektet må være knyttet til en vellykket og forsvarlig omstilling av tilbudet til pasientene i Follo

og Alna, og ikke til bestemte datoer eller enkeltaktørers behov for faglig posisjonering.

Kjell Ingolf Ropstad (KrF) [11:45:16]: Først vil eg takke representanten Bent Høie for ein veldig viktig interpellasjon. Dette er ein debatt som har store regionale verknader, og det er ein debatt som viser dei store utfordringane med å gjennomføre hovudstadsprosessen. Det er òg ein debatt som ein ser viser utryggleiken i befolkninga. Når ein diskuterer helsepolitikk, er jo nettopp tryggleik hos folk eit av dei viktige stikkorda som ein burde vere oppteken av. For min del og for Kristeleg Folkepartis del er det også klart at sjukehusreforma er eit stikkord når ein diskuterer hovudstadsprosessen, for sjukehusreforma er kanskje noko av grunnlaget for alle konfliktane ein ser rundt omkring.

Ein ser at det er manglande politisk styring, i verste fall at ein vel å gøyme seg bak styreleiarar og sjukehusstyre i staden for å ta det politiske ansvaret. Mange av avgjerslene blir tekne – sånn opplever ein det i alle fall – i lukka rom, av byråkratar i staden for av politikarar. Ei anna utfordring som ein ser mange stader, er den gjennomgåande representasjonen. Ein ser at det er styreleiarar som er styreleiar i fleire lokale helseforetak og også gjerne har andre posisjonar i helseforetaka.

Det er òg ei stor utfordring at ein har fått store regionar. Det blei vist til i stad at det var brei politisk støtte for å slå saman Helse Sør og Helse Øst. Men Kristeleg Folkeparti var imot den prosessen, nettopp fordi me såg bekymringa med for store regionar.

Det fører meg inn på noko av det eg ønskjer å luften for statsråden i dag: Konsekvensane med hovudstadsprosessen er store for heile landet. Ved Sørlandet sykehus har det vore ei skeivfordeling, der over 100 mill. kr har mangla. Og det ser ut som om alt bråket rundt hovudstadsprosessen har fått fokuset vekk frå den regionen. I staden har statsråden kunna konsentrere seg om det som skjer i hovudstaden. For oss på Sørlandet ser det ut som om statsråden har gløymt Sørlandet sykehus. Det er iallfall totalt uforståeleg at statsråden kan akseptere å sitje stille og sjå på det som skjer på Sørlandet. Men eg trur det er ein av konsekvensane av reforma. Eg utfordra statsråden i eit skriftleg spørsmål for eit år sidan på om strategiplanen for Sørlandet sykehus framleis låg fast, for det kjem signal gong på gong om at funksjonar blir føreslått flytta frå Arendal sjukehus til Kristiansand sjukehus. Statsråden bekrefta den gongen at strategiplanen låg fast, og ho har også vore tydeleg på at ho ønskjer å rette opp i skeivdelinga med økonomiske midlar – noko som er bra. Likevel ser me at no skjer det noko anna. Det manglar framleis over 100 mill. kr, og utryggleiken i befolkninga er større enn nokon gong.

Det viser det som skjer akkurat i dag, for i dag er det lagt opp til eit fakkeltog i Arendal. Det er kjøpt inn 12 000 faklar. Det viser noko av det store engasjementet som er på feltet, og det viser nokre av konsekvensane som denne saka har. På Sørlandet er det forslag om å flytte barneavdelinga, det er forslag om å flytte nevrologien frå Arendal til Kristiansand. Medisinsk utvikling går utruleg kjapt, og for å følgje med, for å få det beste tilbudet, må ein heile

tida også sjå på endringar, sjå om det er mogleg å samle funksjonar for å få eit betre tilbod. Det synest eg er heilt riktig. Men når befolkninga, og politikarar, opplever det som om ein ikkje ser visjonane bak dei forskjellige sjukehusa, ikkje ser heilskapen, men opplever at det blir flytta bit for bit, skaper det utryggleik. Det burde bekymre statsråden at sjukehusleiinga ved Sørlandet sykehus ikkje klarer å gjennomføre endringar, prosessar, utan at det endar opp med eit fakkeltog. Det handlar om prosess, det handlar om kommunikasjon og det handlar om å skape tryggleik.

Så hovudstadsprosessen er ein prosess som har økonomiske konsekvensar for andre landsdelar, og som også har politiske konsekvensar for andre landsdelar. Eg ønskjer at statsråden skal få eit signal frå Sørlandet. No får ho det i kveld ved at mange tusen menneske viser engasjementet sitt. Men signalet er at me ser henne ikkje på Sørlandet. Me opplever at midt i kaoset med hovudstadsprosessen gløymer ho Sørlandet. Politikken som blir ført, skaper utryggleik i befolkninga, og det burde vere ein tankevekkjar når prosessar blir gjennomførde og dei endar med fakkeltog. Sånn burde det ikkje vere.

Presidenten: Før Bent Høie får ordet: Presidenten har registrert at et par representanter har bedt om ordet for annen gang, og presidenten vil derfor gjøre oppmerksom på at det bare er anledning til å ha ett innlegg i interpellasjoner.

Bent Høie (H) [11:50:31]: Jeg vil bare understreke at Høyre er positive til gjennomføringen av hovedstadsprosessen og har et veldig sterkt ønske om at den prosessen gjennomføres på en sånn måte at en lykkes, at en får etablert et bedre pasienttilbud i hovedstadsområdet, at en får frigjort ressurser til bedre pasientbehandling, til mer forskning og til investeringer i nytt medisinsk teknisk utstyr.

Det som imidlertid bekymrer, er at en opplever at statsrådets svar – og da spesielt første hovedsvar – ikke akkurat er preget av at det er «hands on» i denne prosessen, kanskje tvert imot «hands off» i forhold til statsrådets involvering i det jeg vil betegne som den største omstillingen i norsk helsevesen som berører direkte pasienter og ansatte. Det bekymrer fordi konsekvensene av ikke å lykkes i denne prosessen er veldig, veldig store, og jeg ville da forventet at statsråden var veldig inne i de konkrete vurderingene på de mest sentrale områdene. Statsråden sa i sitt svar at en hadde hatt flere møter, at en fulgte opp avvik og justerte prosessen underveis. Likevel synes jeg ikke svaret bar preg av at en hadde tatt inn over seg de risikoanalysene som nå ligger til grunn, f.eks. spørsmål om ventetid. For begrepet «ventetid» innebærer noe ganske alvorlig, nemlig, som det står, at konsekvensene av økt ventetid for pasientene – som er beregnet med stor sannsynlighet – er alvorlige.

Så ble det av representanten Bøhler tatt opp et veldig sentralt spørsmål, nemlig det som uttales i flere dokumenter og av flere av lederne i denne prosessen, at en forutsetter investeringer i størrelsesorden 10–15 milliarder kroner. Mange stiller seg da spørsmål om hva det investeringsbe-

hovet vil ha som konsekvens, og om det må dekkes gjennom Helse Sør-Østs egen drift. Hvis det er statsrådets holdning, vil det ha store konsekvenser for de andre lokale helseforetakene i Helse Sør-Øst. Hvis det er statsrådets holdning at disse investeringene skal dekkes nasjonalt, vil det få store konsekvenser for de andre regionale helseforetakene i Norges økonomi. Det hadde det vært interessant å få høre statsrådets svar på.

Presidenten: Og det vil sannsynligvis bli mulig, for neste taler er statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [11:53:52]: Først vil jeg jo si at det har vært en interessant debatt som også har ført langt utover hovedstaden, ja helt ned til Sørlandet, og jeg kan forsikre om at jeg ikke har glemte Sørlandet. Jeg hadde senest i morges en samtale med vår stortingsrepresentant fra Aust-Agder, og hadde det ikke vært for at jeg er i Stortinget i dag og i morgen, hadde jeg vært og møtt fakkeltog i kveld. Det viser det store engasjementet – det er det ikke tvil om – og det vises også i Stortinget når disse sakene debatteres.

Jeg må bare først si at jeg er glad for at det er støtte til gjennomføring av hovedstadsprosessen, for det er absolutt viktig at det er støtte til så store omstillinger. Så skjønner jeg også at man kan bli engstelig når det står mye i media om ting som kan gå galt. Peter N. Myhre leser opp fra en risikoanalyse. Ja, det er heldigvis gjort en risikoanalyse – heldigvis gjør man slike risikoanalyser. De gjøres jo ikke fordi man skal sitte og vente på hva som skjer, men nettopp fordi man skal kunne gjøre tiltak for at det ikke skal skje, det som lyser rødt i henhold til denne analysen.

Når det gjelder Fremskrittspartiet, er det ikke slik at man har vært med på dette. Så det at man stiller mange spørsmål og på en måte stiller seg på sidelinjen, ja, det er et ærlig standpunkt, men da må man si at det er det man faktisk gjør. Jeg vil si det slik at jeg vil advare mot å tro at vi kan la alle sykehus være som før. Det ville være det første og største sviket mot norske pasienter, hvis vi kan tro at alt kan være som før. Vi kan bare gå inn og se på de bemanningsutfordringene vi har fremover. Hadde vi klart å ha fullstendig bemanning til alle funksjoner på alle sykehus, kunne jo Norge velge å bruke pengene på det. Men dette vil jo til syvende og sist dreie seg om hvor mye personell og hvor mye fagmiljø man kan klare å ha på de enkelte steder.

Jeg står fast ved at vi ikke skal legge ned lokalsykehus. Men jeg kom nettopp, i forrige uke, fra et OECD-møte, et helseministermøte, i Paris. Det er ikke bare i Norge vi jobber med å innrette sykehusene for å ivareta livsstilspasienter. Den utfordringen har man alle steder. Det som i noen sammenhenger kan virke som en nedskjæring på en sektor, er jo faktisk det vi er i ferd med å gjøre; det er jo en stor desentralisering, fordi vi kommer til å trenge mer desentralisert pasientbehandling i fremtiden enn det vi har i dag.

Når det gjelder hovedstadsprosessen, skal jeg love at den følger jeg – nå ser jeg tiden min går ut – veldig nøye.

Det er viktig, for det er, som også Bent Høie sier, den største omstillingsprosessen i helsevesenet.

Presidenten: Debatten i sak nr. 4 er dermed avsluttet.

Sak nr. 5 [11:57:04]

Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:

«Rusfrihet som mål står sentralt i ruspolitikken. I den senere tid har det kommet tiltak som kun har skade-reduksjon som mål. Det har også vært fremmet forslag om heroinstøttet behandling. Det er nødvendig å ha en helhetlig tilnærming til behandling av ruspasienter. Utover å behandle avhengigheten, må også underliggende psykososiale og sosiale problemer tas tak i. En norsk undersøkelse fra 1997 viste at av 794 stoffmisbrukere født rundt 1960, og som var i behandling, hadde de fleste ulike sosiale problemer før de ble narkomane. I den nye forskriften om LAR kan det synes som at rusfrihet som mål har blitt borte.

Mener statsråden at rusfrihet fortsatt skal være et hovedmål i ruspolitikken, i så fall på hvilken måte vil regjeringen synliggjøre dette formålet i de ulike tiltakene på feltet?»

Laila Dāvøy (KrF) [11:57:40]: Ifølge SIRUS er det mellom 8 600 og 12 600 sprøyteavhengige i Norge. Heroin er det vanligste stoffet å injisere. Sammenliknet med andre europeiske land ligger Norge høyt på statistikken over overdosedødsfall i befolkningen: I 2008 var det 263 narkotikadødsfall i Norge.

Undersøkelser viser at den typiske, mest hjelpetrengende rusavhengige har langvarige og omfattende problemer forbundet med sin avhengighet. De har dårlig fysisk og psykisk helsetilstand.

De aller fleste startet sin ruskarriere i tenårene, og noen av årsakene til at de endte opp i rusavhengighet kan føres tilbake til oppveksten. Rundt en tredjedel har ikke vokst opp sammen med sine foreldre. 70 pst. av dem har hatt lærings- og mestringsproblemer i skolen, og nesten 40 pst. har opplevd seg selv som mobbeoffer mens de gikk på skolen.

Psykiske skader er også utbredt. Relasjonen til familie og slekt er ofte ødelagt. Mange har mistet omsorgen for og kontakten med egne barn. De har få eller ingen erfaringer fra arbeidslivet, og de har gjennomgående lav eller mangelfull utdanning. Mange av menneskene i denne gruppen lever uten et fast bosted. Majoriteten av bostedsløse, ja så mye som 59 pst., er avhengig av rusmidler.

Mange sterkt hjelpetrengende rusavhengige opplever en gjensidig «trøtthet» i sitt møte med hjelpeapparatet. Sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten prioriterer dem ofte ikke, og selv har de få eller ingen forventninger til systemet. Deres liv preges av kaos og et stadig jag etter penger og rusmidler, og de har vanskelig for å forholde seg til timeavtaler og kommunale åpningstider.

Flere av de eksisterende hjelpetilbudene greier ikke i

tilstrekkelig grad å tilrettelegge for den enkelte rusavhengige. Kravspesifikasjonssystemet ved innkjøp av plasser låser hjelpetilbudene og særlig behandlingstilbudene, slik at de preges i for stor grad av rigiditet og generelle innfallsvinkler. Tilbudet blir gitt på bakgrunn av ledig kapasitet, generelle avgjørelser eller akseptert kostnadsnivå, noe som ofte fører til et mindre tilfredsstillende tilbud for den enkelte.

Jeg må også i denne sammenhengen få nevne at dagens regjering faktisk tillater at behandlingsplasser i private, ideelle institusjoner står ubrukt mens køene vokser. Dette rammer først og fremst rusavhengige. Men det rammer selvsagt også de frivillige organisasjonene som driver institusjonene. Holdningen at det offentlige helst skal produsere alle tjenester selv, hindrer ideelle aktører fra å bidra med tjenester. Eksempler på det er avrusing og LAR-tjenester. I tillegg hindrer anbudskonkurransene kontinuitet, det gir lite forutsigbarhet, og langsiktige investeringer i kvalitetstiltak og bygninger blir for risikabelt. Solide og tunge kompetansmiljøer går i oppløsning. Dette er ingen ny debatt i Stortinget.

Vi vet at situasjonen i denne sektoren er kritisk. Kristelig Folkeparti har tatt initiativ til et forlik i Stortinget som vi håper alle de andre partiene ønsker å være med på. I så måte hadde vi en fin debatt forleden. Vi tror vi alle er enige om at ideelle aktører må sikres forutsigbare og gode rammevilkår til beste for pasientene.

Stoltenberg-utvalget skulle vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kunne få bedre hjelp. De skulle også vurdere om heroinstøttet behandling kunne være en del av tilbudet. I rapporten skriver utvalget følgende:

«Metadon, buprenorfin og heroin er alle avhengighetsdannende stoffer. De kurerer ikke avhengighet.»

Likevel foreslår et flertall i utvalget at staten skal inkludere overvåket inntak av heroin i legemiddelassistert rehabilitering av heroinavhengige, altså i LAR-systemet. For meg er det rett og slett uforståelig at utvalget velger å fremme et tiltak som ikke oppnår det som bør være det endelige målet, nemlig rusfrihet. Regjeringen har ikke konkludert i denne saken på det nåværende tidspunkt.

LAR er i dag det mest omfattende enkelte tiltaket i rusbehandlingen og omfatter over 5 000 klienter. Jeg er bekymret over det stigende antallet avhengige som omfattes av LAR-ordningen, og jeg frykter at LAR overtar for medikamentfrie behandlingsmetoder. Det er viktig at LAR-ordningen også skal tilby en helhetlig behandling utover selve medikamenteringen, og at LAR-programmene ses på som virkemidler for å gjøre brukeren bedre i stand til å motta behandling. Det er svært mange, inkludert en del organisasjoner som jobber med rusavhengige, som fremdeles sier at den medikamentelle behandlingen i LAR er det fremtredende, og at svært mange ikke får annen oppfølging enn at de får medikamentet. Etter min mening bør LAR primært tilbys når medikamentfri behandling over lengre tid har vist seg nytteløst. Rusfrihet bør gjeninnføres som hovedmålsetting i LAR, mener Kristelig Folkeparti. Det er nødvendig å reformere behandlingsopplegget knyttet til LAR med bl.a. et helhetlig sosialfaglig opp-

legg og sterkere oppfølging. Man burde etter min mening ikke sette i gang uten at dette var på plass. For rusavhengige som kommer med i LAR-programmet, må det også gis tilbud om egnet bolig, en form for aktivitet med bakgrunn i egne ressurser og interesser og også økonomisk rådgivning. Personer som kommer med i LAR-programmet, bør etter min mening være på institusjon i oppstart av programmet. Det er nødvendig med en strengere kontroll med LAR-brukernes sidemisbruk og legers utskrivning av medikamenter til LAR-brukere.

Vi vet også at blandingsmisbruk er et problem i LAR-ordningen ved at brukeren supplerer metadon med andre rusmidler. Slikt blandingsmisbruk vanskeliggjør selvsagt oppnåelsen av formålet med ordningen.

Kristelig Folkepartis syn er at kvinner som blir gravide mens de er under LAR-behandling, må følges opp tett både medisinsk og sosialt. Av hensyn til barnet må tvangsbehandling kunne tas i bruk på samme måte som overfor gravide som går på narkotiske stoffer.

Poenget mitt med bl.a. å ta opp denne interpellasjonen er at formålet med rusbehandling, også med LAR, må være rehabilitering og rusfrihet. I regjeringens nye forskrift om LAR, som trådte i kraft 1. januar i år, er ikke lenger behandling og rusfrihet nevnt blant formålene med ordningen. Det som står der, er at «økt livskvalitet» er et mål. Et annet mål er «bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå» samt reduksjon av skader og overdosetall. Jeg mener selvfølgelig at disse formålene også er viktige effekter av LAR, men jeg mener at samfunnet har en plikt til å hjelpe sterkt rusavhengige ut i rusfrihet, ikke bare i kontrollert rusavhengighet. Selv har jeg den senere tid hørt om rusavhengige som får avslag på rusbehandling fordi de ikke vil ta imot LAR-behandling. Med andre ord: De kan ikke velge å bli rusfrie.

Derfor er mitt hovedspørsmål til statsråden i dag: Mener statsråden at rusfrihet fortsatt skal være/bør være et hovedmål i ruspolitikken i Norge? I så fall: På hvilken måte vil regjeringen synliggjøre dette formålet i de ulike tiltakene på feltet?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:07:40]: Interpellanten Dāvøy tar opp et svært viktig tema. La meg starte med å si at jeg er glad for det engasjementet som denne representanten og man generelt i Stortinget viser overfor rusmiddelavhengige og deres situasjon.

Regjeringen har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og samfunnet. Alkohol- og narkotikapolitikken favner både befolkningsrettede, grupperettede og individrettede forebyggende tiltak, i tillegg til behandling og rehabilitering av personer med problematisk rusmiddelbruk og rusavhengighet. Gjennom en restriktiv rusmiddelpolitikk, et omfattende forebyggende arbeid, særlig overfor unge, har vi god grunn til å hevde at omfanget av rusproblemer i vårt land er lavere enn det ville vært uten disse tiltakene.

Samtidig vet vi at en rekke mennesker utvikler alvorlige rusmiddelproblemer. Dette har ulike årsaker, men problemene er, som også interpellanten sa, ofte sammensatte

og gjerne utviklet tidlig i livet. Omfanget av negative sosiale og helsemessige konsekvenser, herunder sykdom og ulykker, øker når forbruket av rusmidler øker. Derfor er det et mål å bidra til at færre bruker rusmidler.

Rusmiddelpolitikk handler om å kunne operere med flere mål samtidig. Det er viktig å se den enkeltes situasjon og de bakenforliggende problemene. Forutsetningen er at målene og tiltakene ikke står i motsetning til, men utfyller hverandre. Det er også nødvendig med et kortsiktig og et langsiktig perspektiv. Dette fremhever nødvendigheten av en praktisk og realistisk tilnærming i møtet med rusavhengige fremfor å møte dem med ideelle krav og mål som for mange kan synes helt uoppnåelige.

Det viktige er at vi setter realistiske mål for den enkelte, at alle som trenger det og ønsker det, får hjelp, og at rusfrihet vil kunne være et langsiktig mål for de aller fleste. Skadereduserende tiltak vil kunne signalisere samfunnets respekt for brukeren og hans eller hennes ulike helsemessige problemer. Dette kan igjen virke positivt for brukerens motivasjon til å gjøre noe med selve rusmiddelbruket eller avhengigheten. Den rusavhengige må tilbys hjelp, uten at rusfrihet er en betingelse for å få hjelpen.

I behandling av mennesker må vi derfor tenke som gamle Hippokrates: Noen ganger lege, ofte lindre og alltid trøste.

I dag er skadereduserende tiltak en selvfølgelig og integrert del av tiltaksapparatet for mennesker med rusmiddelproblemer. Tanken er at man skal begrense de tilleggsskadene som rusmisbruk medfører for den enkelte bruker, for folkehelsen og for det generelle sykdomsbildet. Det er viktig å sørge for at skadereduserende tiltak er godt og effektivt integrert med andre tilbud. Helsedirektoratet har for kort tid siden presentert en eksempelsamling som på en god måte viser innholdet i såkalte lavterskel helsetiltak. Det umiddelbare målet er bedre helse og et mer verdig liv, herunder også å hindre overdoser. Slike tiltak vet vi kan være et viktig bindeledd til andre hjelpetiltak. Slik sett er ikke skadereduksjon uttrykk for resignasjon, men en realistisk tilnærming til personer i en svært sårbar situasjon. Jeg har stor respekt for den innsatsen som daglig ytes av kompetent personell i rusomsorgen stilt overfor disse utfordrende oppgavene.

Interpellanten Dāvøy etterlyser tiltak som fremmer rusfrihet. Med utgangspunkt i pasientens og brukerens ståsted vil rusfrihet for de aller fleste være det ideelle og langsiktige målet. Jeg mener både de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten legger dette til grunn for sitt arbeid.

Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. De systematiske forskjellene i helse skyldes en uheldig fordeling av ressurser i samfunnet. Derfor er det regjeringens mål å utjevne sosiale forskjeller og legge til rette for et mer inkluderende samfunn.

Kommunene har et omfattende ansvar for personer med rusmiddelavhengighet. Tjenestene kan omfatte råd og veiledning, lavterskel helsetiltak, bolig, oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, sosial- og arbeidsrettet rehabilitering og arbeid med individuell plan. Tjenestene ytes

både før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel.

Når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil jeg slå fast at vi i dag har et bredt og mangfoldig behandlingstilbud bestående av en rekke polikliniske tilbud, døgntilbud i tillegg til tilbud der også legemidler inngår i behandlingen. Samtidig må vi erkjenne at ventetiden på behandling fortsatt er for lang. Mange rusmiddelavhengige opplever ikke et godt nok sammenhengende pasientforløp. Vi må i større grad samordne tjenestene og tilpasse dem til rusavhengiges sammensatte behov. Dette er forhold jeg i årets oppdragsdokument har bedt de regionale helseforetakene om å sørge for å rette opp.

Hovedvekten er psykososiale behandlingstiltak der legemidler har liten plass i behandlingen av selve ruslidelser. Selv i LAR er rehabiliteringsdelen svært viktig – legemidlet brukes som en assisterende del i et helhetlig tilbud. Legemidler kan også være aktuelt for enkelte i abstinensfasen, der det har vist seg at bruk av legemidler bidrar til at flere klarer å gjennomføre avrusningen.

LAR er ett av flere mulige behandlingstilbud for personer med heroinavhengighet, men utgjør ressursmessig en relativt liten del av den samlede innsatsen i tverrfaglig spesialisert behandling. Totalt ble 23 100 personer henvist til tverrfaglig spesialisert behandling i 2009, og i samme periode ble 475 inkludert i LAR.

Målsettingen med LAR er å hjelpe mennesker som er avhengig av heroin, til å få økt livskvalitet og gi hjelp til den enkelte til endring av sin livssituasjon på en best mulig måte. Formålet er også å redusere skadene av avhengigheten og faren for overdoser.

Avslutningsvis vil jeg vise til at bevilgningene til rusfeltet er blitt styrket med 1 mrd. kr sammenlignet med nivået da denne regjeringen tiltrådte i 2005. Vi har også sørget for en generell aktivitetsvekst i de regionale helseforetakene og en vekst i kommuneøkonomien. Jeg er glad for at det er tverrpolitisk enighet om at vi fortsatt skal satse på rusfeltet i årene fremover.

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet skal gjelde ut 2010. For å fortsette styrking og utvikling av tjenestene har regjeringen besluttet å utvide opptrappingsplanen med to år. Dette er i tråd med regjeringsplattformen hvor det heter at regjeringen vil bruke de neste årene til systematisk å bygge opp kapasitet og kompetanse innen forebygging, holdningsarbeid, behandling, rehabilitering og ettervern.

Stoltenberg-utvalget leverte sin rapport i juni. Forslagene omfatter tiltak innen forebygging og behandling. Utvalget ble som kjent også bedt om å vurdere om heroinassistert behandling bør inngå i behandlingstilbudet og er delt i sin innstilling når det gjelder akkurat dette spørsmålet. Regjeringen har ikke tatt stilling til forslagene. For å sikre en bred dialog med brukere, pårørende, fagfelt og kommunene før saken legges frem for Stortinget, er rapporten sendt ut på offentlig høring i samråd med Justis- og politidepartementet, med høringsfrist på nyåret.

For å sikre en grundig gjennomgang av Stoltenberg-utvalgets rapport og opptrappingsplanen for rusfeltet har regjeringen besluttet å fremlegge en egen stortingsmelding om rusmiddelpolitikken i løpet av 2011. Oppfølgin-

gen av høringen vil inngå som en del av forberedelsene til stortingsmeldingen. Regjeringen ønsker med dette en helhetlig gjennomgang av rusfeltet og inviterer berørte parter til å delta aktivt i høringen og i arbeidet med ny stortingsmelding.

Laila Dávøy (KrF) [12:17:05]: Jeg takker statsråden for svaret og kvitterer tilbake at statsråden viser et sterkt engasjement for rusavhengige. Jeg er enig med statsråden i at forebygging er ufattelig viktig, og jeg er glad for at vi i Norge tross alt har mye mindre rusmiddelmissbruk enn vi ser i andre, sammenlignbare land.

Det er jo også viktig at vi har en realistisk tilnærming til alle tiltakene vi har. Jeg er veldig glad for at statsråden sier at rusfrihet er et langsiktig mål for de aller fleste. Det er jeg enig i. Jeg er også enig i at rusfrihet aldri må være en betingelse for å få hjelp. Alle mennesker skal få hjelp. Vi har jo sett at det er ikke alle som klarer å slutte med rusmidler, og mange kan bruke lang, lang tid på dette. Like fullt er det faktisk slik at noen opplever at man får avslag på behandling dersom man ønsker medikamentfri behandling. Jeg kunne godt tenke meg at statsråden ga en kommentar til dette, om hun mener at dette er riktig, gitt at pasienten faktisk er en rettighetspasient. Dette har skjedd.

Jeg er også glad for at opptrappingsplanen blir utvidet. Det var jo en politisk debatt om det i vår – mener jeg å huske – og det er veldig bra at vi også får en egen stortingsmelding om ruspolitikken.

Når det gjelder statsbudsjettet, kommer vi jo tilbake til det. Men jeg synes jo ikke det er satt av veldig mange midler i forhold til den utfordringen vi har, nemlig at mer enn 4 000 ruspasienter står i kø.

Så helt til slutt litt om dette med skadereuserende tiltak. Det er klart at det er viktig med skadereuserende tiltak, men de må ikke bli så mange at det på mange måter er det pasientene får, og så kommer man ikke lenger. Det hjelper ikke å ha en avrusningsenhet om vi ikke har mulighet for å sende pasienten videre like etter oppholdet der, eller å ha et åpent sted hver eneste natt hvis man ikke kan sende pasienten videre der og da, når den rusavhengige er motivert. Det er jo det som skjer i dag, at den helhetlige behandlingen – som også Stoltenberg-utvalget påpekte var helt nødvendig – mangler.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:20:29]: Jeg vil først bare understreke at rusmiddelavhengige er rettighetspasienter på linje med andre pasienter, hvis det blir vurdert slik. Det er også slik at en mye større andel av henvisne pasienter til rusbehandling ble vurdert som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Hele 85 pst. ble vurdert som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

Det er vanskelig for meg å stå på Stortingets talerstol og svare på om jeg kjenner til at noen er blitt nektet behandling på grunn av at man ikke ville ta LAR-behandling. Jeg forutsetter at man tilbyr den behandlingen som man i det enkelte tilfellet vurderer er best for den enkelte. De tallene som jeg nevnte når det gjelder antall som vurderes for LAR, er jo veldig få i forhold til alle dem som er innenfor et hjelpeapparat i løpet av et år.

Så er jeg også veldig enig i at det å få et helhetlig behandlingsforløp er helt avgjørende for at vi skal lykkes i behandlingen av rusmiddelavhengige. Derfor må de ulike tiltakene – som gjerne begynner med avrusning og skal fortsette videre i hjelpeapparatet – henge sammen. Det er en veldig klar målsetting. Det er blitt bedre mange steder, men jeg ser jo at dette er noe som vi må jobbe videre med om vi skal lykkes med å komme i mål.

Det er viktig at vi har en bred debatt om ruspolitikken totalt sett. Det kommer en stortingsmelding i 2011. Det kan virke lenge til, men det er mange debatter som må tas på veien dit. Stoltenberg-utvalget har en rekke tiltak i så måte som vi ønsker at det skal bli en bred debatt om, og som regjeringen vil være veldig lydhør overfor med tanke på innspill.

Jorodd Asphjell (A) [12:23:10]: Takk til representanten Dāvøy som tar opp et viktig tema i dagens samfunn – rusproblematikk overfor mange unge og voksne.

Statsrådets svar viser at denne regjeringen tar et stort og helhetlig ansvar innenfor rusfeltet. En regjering og en statsråd som har trappet opp innsatsen med 1 mrd. kr mer enn hva interpellantens parti og regjering gjorde i 2005, viser at det er både handlekraft og vilje til å gjøre en god innsats innenfor dette området.

Tilbudet innenfor rusfeltet må være mangfoldig. Ulike tiltak gir ulike resultater, og ikke minst er det ulike behov på dette feltet. Vi har sett at mange av de tiltakene som har vært prøvd gjennom en årrekke, kanskje ikke har hatt de ønskede resultater på mange områder. Det handler ikke om at tiltakene i utgangspunktet er dårlige eller mer eller mindre gode osv. Det handler mest om at det er ulike behov, og det er vanskelige livssituasjoner både enkeltmennesker og familier er oppe i.

Det å behandle alkoholikere med å dele ut gratis alkohol fra det offentlige høres helt ulogisk ut, og det å gi heroin som behandling til folk som er heroinmisbrukere, høres også helt ulogisk ut. Helse- og omsorgskomiteen har vært på besøk på mange steder i Norge. Vi har vært i Sverige, og vi var i Sveits for kort tid tilbake, og vi har sett på hvordan ulike tiltak har virket. Jeg må si at jeg har latt meg forundre over at vi kan være så bastante på at det og det tiltaket er bedre enn et annet, for det jeg har sett på disse reisene, er at ulike tiltak har ulik virkning, og jeg tror vi må være åpne for å se på hvilken type tilbud som skal gis. Ikke minst da vi var i Sveits, så vi på de stedene hvor de aller, aller tyngste misbrukerne – som har levd på gata år ut og år inn, og som har tatt overdoser, det er sykdom osv. – får en god oppfølging. Men samtidig må de selvsagt følges opp hvis de skal ha en heroinassistert behandling – følges opp i forhold til en opptrappingsplan og i forhold til hvordan de skal få rusfrihet på sikt. Dette viste de også gode resultater på, men det er klart at mange av disse tiltakene er litt fremmede for oss.

Jeg har ikke foreløpig sett at ett enkelttiltak løser alle utfordringer innenfor rusområdet. Så det som også er utfordringen vår, er hvilken type tiltak som skal iverksettes. Når regjeringen nå forlenger opptrappingsplanen med to nye år, fram til 2012, er det også et viktig signal om at vi

ønsker å se på disse utfordringene videre, for å bidra til bedre rusbehandling. Med 100 mill. kr ekstra i statsbudsjettet for 2011, og 70 mill. til kommunesektoren – det er jo innenfor kommunesektoren vi må løse disse oppgavene, hvor vi er tett på misbrukerne, både når det gjelder skole, når det gjelder arbeidsplasser, når det gjelder andre sosiale tjenester – hvilke tiltak skal iverksettes, og hvordan skal vi klare å hindre folk fra å havne i rusavhengighet? Det å ha en restriktiv ruspolitikk er viktig, men det er like viktig å ha gode informasjonskampanjer; hva rus medfører av helsetproblemer osv. Men det er klart at en restriktiv ruspolitikk handler også om tilgjengelighet, det handler om pris, og tiltakene vi iverksetter, vil aldri være populære. Hvis vi øker avgiften på alkohol, reduserer åpningstider på restauranter, ja, da står ikke folk og klapper på gaten. Det så vi også da røykeloven kom. Folk var veldig negative i starten, men det er ingen som ønsker seg tilbake til slik det var før røykeloven. Det er slike tiltak som vi bare må være tøffe nok til å iverksette.

Dette handler i hovedsak om forebygging i det kommunale tilbudet. Det handler om god behandling, men ikke minst også om en oppfølging for dem som måtte ha kommet ut for dette. Det er et felles ansvar, både politisk og faglig, men ikke minst et felles ansvar sosialt – når vi oppdager at noen i vår nære omkrets sliter med rusproblemer. Alle er vi ulike, alle trenger vi tilpassede tilbud. Det er også derfor Samhandlingsreformen kommer. Hvordan skal vi løse oppgavene i fellesskap og ikke hver for oss, verken i den kommunale helsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten?

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [12:28:35]: Representanten Laila Dāvøy tar opp en utrolig viktig problemstilling. Vi står på mange måter ved et veiskille. Vi har mer kunnskap enn noen gang, og vi har flere virkemidler enn noen gang. Nå gjelder det å bruke denne kunnskapen klokt.

Helse- og omsorgskomiteen har nylig vært i Sveits, hvor vi fikk høre og se deres tilnærming til rus. Det første jeg oppdaget, var at Sveits hadde et helt annet mål for sine vedtak enn det jeg personlig mener skal være målsettingen. I Sveits var de helt tydelige og ærlige på at deres hovedmål var å fjerne de narkomane fra parker og torg. Deres mål var rett og slett å fjerne synligheten av rusmisbruk. Og rett skal være rett – dette målet har de nådd. Jeg så fortsatt rusmisbrukere på min vandring i Bern, men jeg så aldri store ansamlinger hvor narkotika ble brukt åpenlyst.

Jeg savner den samme ærligheten i norsk politikk. Hva er vårt mål? Ønsker vi å fjerne synligheten, eller ønsker vi å gi folk meningsfylte liv, hvor den enkelte kan ta vare på seg selv? Dette er en viktig debatt å ta før vi velger retning.

Sveits har 20 000 tunge rusmisbrukere. 18 000 av disse får utdelt metadon eller heroin hver eneste dag. Det som skulle være et tilbud til de få, er nå regelen fremfor unntaket.

Fordi man har tydd til denne enkle løsningen, har behovet for behandlingsplasser gått kraftig ned og flere institusjoner har blitt borte. Rusfrihet var nesten ikke tema. Jeg ønsker ikke en slik politikk for våre rusmisbrukere.

For ni år siden avkriminaliserte Portugal besittelse av inntil ti brukerdoser samt narkotikabruk. Resultatet har vært positivt: Antallet brukere har gått ned, de har færre nye hivsmittede, og færre dør av overdose, kunne vil lese i Aftenposten 9. oktober.

Men så ble jeg forvirret, for i bladet Mot rusgift kunne vi lese noe helt annet. På deres besøk i Portugal hadde de fått vite at antall brukere hadde gått opp, antall nye hivpositive hadde økt og overdosedødsfallene var flere.

Rusmisbruk finner vi over hele verden, og problemene og utfordringene løses forskjellig. Ingen land har løst dette optimalt.

I Norge ser vi ut til å være ganske enig om de fleste sidene ved rusmisbruk. Komiteen har flere ganger stått samlet bak en virkelighetsbeskrivelse som påpeker at de rusmiddelavhengige har dårlig helse, dårlig eller manglende bolig, manglende arbeid og dårlig sosialt nettverk.

En samlet komité har også konstatert at rusomsorgen ikke er tilfredsstillende, og at den mangler helhetstenkning. Komiteen har også vært enig om at dagens situasjon er preget av for lange ventetider, store ulikheter, ventetider mellom tiltak og manglende ettervern.

Så da kan vi konstatere at vi er politisk enig i virkelighetsbeskrivelsen, nå må vi finne veien og løsningen. Heller ikke der er det de store forskjellene.

Stoltenberg-utvalgets rapport som nå ligger ute på høring, er et godt dokument som på en god måte beskriver virkeligheten, utfordringene og løsningene – ikke mye å være uenig i der, og jeg tror mange vil imøtese at det kommer konkrete endringer ut ifra denne rapporten.

Utdeling av heroin var noe nytt og fikk dessverre all oppmerksomhet. Mange andre sider ved rapporten hadde fortjent større oppmerksomhet. Men dette vil vi heldigvis komme tilbake til når høringsfristen har gått ut.

Stoltenberg-utvalgets rapport innleder med følgende ord skrevet av en kvinne om sin situasjon:

«Kanskje er det når det bare er livet igjen å miste, og døden ikke skremmer deg lenger, når rusen ikke lenger gir deg fri, men blir mer fiende enn venn – kanskje er det da tankene begynner å lete etter en vei som kan gi deg fri fra det som en gang ga ro og frihet.»

Jeg synes disse ordene understreker behovet for og nødvendigheten av å ha rusfrihet som hovedprioritet i rusomsorgen i Norge.

Når det gjelder lavterskeltilbud for å redusere faren for sykdom og skade, er jeg også her enig med interpellanten i at det har kommet mye av dette de siste årene. Det er bra, og det har vært nødvendig. Jeg ber allikevel innstendig om at bevilgninger til disse tiltakene ikke går på bekostning av dem som ønsker seg rusfrihet.

Slik jeg ser det, har vi ganske mange og gode lavterskeltilbud, vi har for få avrusningsplasser, vi har mangel på penger til å benytte ledig kapasitet i behandlingssystemet, og vi har mangel på gode ettervernstilbud for å forbli rusfri. Her er det mye å ta tak i!

Per-Kristian Foss hadde her overtatt presidentplassen.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:33:59]: Jeg vil gi honnør til interpellanten for igjen å sette ruspolitikken på dagsordenen. Det er et område som trenger mer oppmerksomhet og ikke minst mer handling. Det er positivt at regjeringen nå vil legge fram en stortingsmelding om ruspolitikken, og Høyre vil selvsagt bidra positivt i den sammenheng.

Et bedre tilbud til rusavhengige og deres familier er på toppen av Høyres prioriteringsliste sammen med psykisk helsevern og rehabilitering. Målet er at mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser skal få et verdig og godt tilbud når de trenger det og er motivert for behandling. Høyre mener også at rusfrihet må være et sentralt mål i ruspolitikken.

Men når 4 300 mennesker venter på behandling for sitt rusproblem og rusavhengige opplever den største økningen i ventetid for behandling – i snitt 78 dager, mange venter betydelig lenger, f.eks. i Helse Sør-Øst – oppleves ikke det som verdig. De aller fleste av disse ønsker også en rusfri tilværelse.

Som sagt øker både ventetiden og behandlingstiden for rusbehandling betydelig under den rød-grønne regjeringen. Til tross for dette har de kuttet ut mange behandlingsplasser i private behandlingstilbud.

Samarbeidsregjeringen sørget for å gi rusavhengige pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter, men rettighetene har ikke fått et reelt innhold, for det er svikt i alle ledd i tilbudet til rusavhengige. Derfor må tilbudet styrkes betydelig, slik at de får bedre hjelp.

Vi har ikke forsøkt alt i kampen mot narkotika. Det er ikke forsøkt å gi rusavhengige et skikkelig, helhetlig behandlingstilbud med rask hjelp og et tilbud av sosiale tiltak og helsetjenester.

Men vi må ikke bare reparere, vi må forebygge at mennesker blir rusavhengige. Vi må styrke det målrettede forebyggende arbeidet overfor barn og unge. Vi vet at mange barn som lever i familier som preges av sosiale problemer, rus og psykiske lidelser, har betydelig større risiko for å få rusproblemer og psykiske vansker. Disse barna må få bedre hjelp. Derfor har Høyre foreslått økte bevilgninger til oppfølging av disse barna fra helse- og sosialtjenesten.

Vi har også flere ganger foreslått økte bevilgninger til rusbehandling, bruk av ledig kapasitet i private rusinstitusjoner, bedre ettervern, botilbud og sysselsettingstiltak. Vi vil sikre raskere og bedre hjelp ved å bevilge nok midler, slik at opptrappingsplanen for rusfeltet blir mer enn ord. De som trenger det, må få hjelp på dagen. Vi må sørge for at det gis et behandlingstilbud umiddelbart etter avrusning, slik at de ikke skrives ut til et liv på gata i påvente av en behandlingstilbud. Vi vil gi rusavhengige tilbud om behandling i private rusinstitusjoner med ledig kapasitet og god kvalitet for å sikre raskere hjelp og flere valgmuligheter. Vi vil sikre et bedre og langsiktig tilbud om ettervern, slik at rusavhengige får oppfølging etter behandling. Og vi vil trappe opp lavterskelhelsetilbud.

Den ruspolitiske debatten har ofte det siste året vært dominert av spørsmålet om utdeling av heroin. Dette må være et av de få områdene der problemet lanseres som løsning. Høyre mener at det rusavhengige først og fremst trenger, er bedre behandling og ikke heroin. Det er etter

vårt syn uakseptabelt at samfunnet skal dele ut heroin for å dekke over mangler i behandlingstilbudet.

Det snakkes ofte om verdighet i rusomsorgen, og det handler da ofte om sprøyterom og heroinutdeling. For Høyre handler verdighet om at rusavhengige får behandling når de trenger det og er motivert, og ikke blir stående i en behandlingsskø. Det handler om et godt, skreddersydd tilbud, god helsehjelp, et godt ettervern, rusfrie behandlingsopplegg, botilbud og arbeid. En helhetlig omsorg som ser hele mennesket – det er verdighet.

Geir-Ketil Hansen (SV) [12:38:45]: Jeg vil gi honnør til interpellanten for å ta opp et viktig spørsmål.

Ruspolitikk i sin bredeste forstand handler om hele skalaen fra en aktiv, offensiv forebyggende politikk til behandling og ikke minst rehabilitering, til å gi et godt tilbud – bolig, arbeid – etter at man har vært til behandling. Her har vi store utfordringer. Jeg er glad for at regjeringen i sitt budsjettforslag foreslår ytterligere 100 mill. kr til rustiltak, og at de i sum har bevilget 1 mrd. kr i denne regjeringssperioden. Men det er ikke nok, og jeg har ambisjoner om og håper på at vi i årene som kommer, fortsatt kan ha en opptrappingsplan når det gjelder ruspolitikken. Det vil være nødvendig.

Når jeg tar ordet, er det fordi interpellanten så tydelig annonserer en skepsis til, eller kanskje annonserer at hun direkte er imot, innstillingen fra Stoltenberg-utvalget om heroinassistert behandling. Mitt utgangspunkt og SVs utgangspunkt er at vi er åpne for å diskutere forslaget fra Stoltenberg-utvalget, vi har et åpent utgangspunkt når det nå sendes ut på høring, og vi setter ikke to streker under noe svar. For det handler om å gi en mulighet, verdighet, menneskeverd til de alvorligst syke, de tyngste narkomane, kronikerne.

Jeg må si at den komitéreisen vi hadde til Sveits – og flere har vært inne på det – hvor vi fikk informasjon om hvordan behandlingen fungerte i Sveits, hvilke resultater det ga, i alle fall gjorde inntrykk på meg. Det som jeg mener det er verdt å merke seg, er at de evalueringene som er gjort, viser at de som fikk denne behandlingen, oppnådde bedre fysisk helse, bedre psykisk helse – tilbake til jobb, integrert med familie igjen, bolig. Og ikke minst: 5 pst. av dem som fikk den behandlingen, ca. 1 000 mennesker i Sveits, ble også rusfrie.

Jeg opplever at de resultatene som det der vises til, er det umulig å vende ryggen til, umulig å ikke ta inn over seg og umulig å ikke vurdere seriøst. Og som jeg sa innledningsvis: Det handler også om – og det mener jeg må være en viktig dimensjon i vår ruspolitikk – menneskeverdet til de sykeste, de kronisk syke, og om å ha en politikk på det området også.

Derfor er vi åpne for å diskutere det forslaget som kommer fra Stoltenberg-utvalget. Det er vårt utgangspunkt, og det kommer vi tilbake til når den rapporten kommer i en egen melding til neste år.

Kjersti Toppe (Sp) [12:42:29]: Interpellanten tar opp et viktig tema og et viktig spørsmål, nemlig om vi er på vei bort fra at rusfrihet skal være et sentralt mål i ruspoli-

titikken. Mange uttrykker bekymring for at mens tilbudet til dem som ønsker å være i aktiv rus, nå blir bedre og bedre, blir tilbudet til dem som ønsker rusfrihet, dårligere.

Ventetiden for avrusning og behandling øker og kan nå være oppe i seks måneder. Ventetiden henger sammen med mangel på kapasitet, men handler også om hvordan tjenestene organiseres og benyttes. Et av problemene har vært at oppbyggingen av tilbudene i tiltakskjeden har skjedd med ulik styrke. Mens den medisinske behandlingen har blitt bygd ut, har tilbudet om langsiktig oppfølging og rehabilitering i kommunene ikke fulgt samme progresjon. Kapasitetsutviklingen når det gjelder avrusning, psykologtjenester og behandlingsopplegg uten bruk av legemidler, har ikke skjedd i takt med etterspørselen. Det er for dårlig oppfølging i kommunene for dem som trenger bolig og annen hjelp under rehabilitering. Denne ubalansen i utbyggingen er en av faktorene som bidrar til ventetider og avbrudd i behandlingsskjeden.

Behandling med legemidler har gradvis vokst fram til å bli den dominerende behandlingsformen for heroinavhengige på verdensbasis. Interpellanten påpeker at det i den nye forskriften til LAR i Norge kan synes som om rusfrihet som mål er blitt borte. De nye retningslinjene går i tillegg bort fra synet om at LAR skal være tidsavgrenset, men med en pragmatisk forståelse av at for noen vil det være livet ut. Fra å ha mål om en tidsavgrenset ramme med visse unntak er nå unntaket framhevet som det normale.

Senterpartiet deler interpellantens bekymring over denne utviklingen. Vi mener og har programfestet at målet for stoffavhengighetsbehandling i Norge fortsatt bør være stofffrihet, mens LAR skal være et supplement. Legemidler tar ikke bort selve avhengigheten, men det er et viktig supplement fordi det kan forbedre livskvaliteten og psykososial fungering. En kan unngå bruk av illegale rusmidler og redusere skader for den enkelte og samfunnet, som f.eks. helseplager og kriminalitet.

Så må vi innse at noen narkotikaavhengige vil, tilsvarende enkelte andre med kroniske sykdommer, være avhengige av medisin livet ut.

Skadebegrensning er selvsagt nødvendig og positivt. Men jeg er veldig skeptisk til og bekymret over en utvikling der LAR og eventuelt i framtiden heroinstøttet behandling og andre skadebegrensende tiltak, som f.eks. sprøyterom, blir det dominerende tilbudet og ikke minst det som får størst fokus både politisk, budsjettmessig og i den offentlige debatten.

Det er mange som glemmer at tunge rusmisbrukere ikke kun har et rusproblem. De fleste av disse har omfattende psykososiale problemer. Det er en del av rusmisbruket. Når vi ser på heroinutdeling i andre land, så brukes dette som et middel til å opprette kontakt, skape relasjoner til misbrukeren for å tilby en rekke andre tjenester, slik som rådgivning, psykososial oppfølging, bolig m.m. Det paradoksale er at mange tusen narkomane i Norge står uten slik oppfølging i dag. Det står 4 000 rusmisbrukere i kø for rusbehandling. Selv de som står i LAR, mangler ofte denne typen oppfølging.

Mange håpet at Stoltenberg-utvalgets innstilling skulle bli det endelige gjennomslaget for heroinprogrammer i

Norge. I stedet har utvalget plassert denne saken som et mindre tiltak i en stor pakke av mange helhetlige vurderinger og forslag. Dessuten har utvalget lagt vekt på at det fortsatt er stor faglig usikkerhet ved bruk av heroin i behandlingen.

Jeg mener at vi nå ikke først og fremst trenger flere enkelttiltak som bidrar til forlenging av aktiv rus. Det vi først og fremst trenger, er et sammenhengende behandlingstilbud og vektlegging av tilbud som kan føre til rusfrihet. Det er blitt sagt at den største utfordringen ikke er å bli rusfri, men å hindre tilbakefall. Derfor er det ekstremt viktig å styrke ettervern.

Jeg vil takke interpellanten for interpellasjonen. Jeg håper at denne debatten kan minne Stortinget på at rusfrihet fremdeles må være et sentralt og overordnet mål i ruspolitikken.

Presidenten: Neste taler er Kjersti – Trine Skei Grande, deretter Thor Erik Forsberg.

Trine Skei Grande (V) [12:47:23]: Nå må du sannelig uttale navnet riktig, president. Hvis ikke blir det flere oppslag i VG om de viktige tingene vi gjør her i huset!

Presidenten: Jeg tror jeg sa representanten Grande iallfall.

Trine Skei Grande (V) [12:47:32]: Takk!

Jeg kan veldig enkelt si at målet for Venstres del når det gjelder ruspolitikken, er

1. å redde liv
2. å gi folk et verdig liv
3. å vise dem en vei ut av rusmisbruket

Jeg synes det burde være ganske soleklart. Jeg skjønner ikke hvorfor vi skal måtte diskutere at dette faktisk er blant de mer livreddende politiske områdene vi jobber på.

For 150 år siden skred byens fine mennesker over de fattige som lå på gata, og forklarte det at de bare skred over, med «synden». Da var «synden» forklaringa på at noen var fattige og noen var rike. I dag skrider vi også over noen på gata, men i dag er det rusen som er forklaringa på at vi gjør det.

Med unntak av SVs innlegg, som jeg synes var litt åpent for løsninger, har jeg egentlig vært litt oppgitt over debatten. Og jeg ber statsråden bare merke seg at dette er det feltet der alle hennes forgjengere har angret på at de ikke gjorde mer. Senest var Bjarne Håkon Hanssen, som innrømte at man ikke makter å gjøre dramatiske endringer på et veldig viktig område. Dette er den gruppa som man gjerne skryter av å ha brukt en milliard mer på, i en tid da man har hatt så mye mer penger. Så kan jeg skryte av at Venstres alternative budsjetter ville ha ført til en milliard mer enn det igjen, oftest innenfor strammere rammer enn dem regjeringa har laget. Men det er også den gruppa der ventelistegarantien er minst verdt. Og det er også det politikkområdet der Riksrevisjonen kvester oss veldig hardt for måten vi bruker pengene våre på.

Når man på dette området – sånn jeg oppfatter interpellanten – ikke snakker om alkohol, men først og fremst om

andre rusproblemer og om pris og tilgjengelighet, synes jeg det er litt underlig. Det er virkelig ikke noe vi påvirker, men som vi prøver å påvirke så mye vi kan gjennom andre organer.

Det er klart at forebygging er viktig. Men når det gjelder alle dem jeg har møtt på dette området, er det jo ikke drømmen om Plata som gjør at man setter det første skuddet, det er jo ikke drømmen om det livet man ser der. Veldig mange vet om det, men veldig mange utsetter seg for dette gjennom det de sjøl beskriver for meg som sjølmedisinering. Og da er vi ved litt av kjernen. Dette er mye mer sammensatt og mye mer personavhengig. Det er på en måte en sjølmedisinering, ofte for å takle annen motgang i livet. Da må vi ha en egen organisering av helsevesenet på det området. Kanskje må vi gjøre noe som er ulogisk i vår verden. Kanskje vi må gjøre noe politisk ulogisk for å finne fram til de tiltakene som er logisk i en sånn verden.

Venstre har vært åpen for å bruke heroin til en liten gruppe med de aller mest slitne, som ikke har utbytte av noen av de andre tingene vi tilbyr. Jeg mener at det er en mikroskopisk liten debatt, men det handler om å ha en fordomsfri holdning til å bruke de virkemidlene man trenger for å redde liv, for å skape verdighet og for å gi en vei ut av det. Sånn som jeg snakker med narkomane på gata, vil jeg gjerne oppfordre folk fra andre fylker til å gjøre her i Oslo også. Det er her borgerne deres er som har de problemene. Så møter vi historier om et enormt byråkrati. Det handler om liten forståelse for det livet de lever, og det handler om at de møter veldig mye motstand i de strukturene som skulle være til hjelp.

Jeg synes det er veldig bra at statsråden kommer med en ny melding. Jeg vil oppfordre henne til å gå ut på gata og snakke med dem som har opplevd det, før hun legger den fram for oss. Og så vil jeg gjerne tilby henne alle forslagene Venstre har lagt fram på området de siste fem åra – om 24 timers garanti, om det å gi fastleger mulighet til å skrive ut de midlene de synes er riktige for sin pasient, og ikke at en ofte ufaglært Nav-assistent sitter og skal bestemme over hva en fastlege vurderer som medisinsk. Dette er det eneste området der vi har det sånn. Det er veldig mange andre forslag som vi har lagt fram, som jeg ikke rekker her. Hvis statsråden har lyst til å være modig, vil Venstre gjerne være med på laget.

Thor Erik Forsberg (A) [12:52:52]: Jeg ønsker enhver debatt om norsk ruspolitikk velkommen. Dessverre for debatten vil mange av dem som lever i den virkeligheten som vi her snakker om, ikke delta. Skammen pålagt av andre hviler tungt rundt det som vi altfor sjelden prater om. Men det er ikke så mye positivt som kommer ut av skam. Det foster stillhet og avstand der vi burde hatt åpne samtaler og nye muligheter. Derfor er det viktig at de som har styrt premissene i norsk ruspolitikk de siste 40 årene, ikke får styre premissene for de neste tiårene. Jeg opplever interpellasjonen som et forsøk på nettopp det.

Laila Dāvøy etterspør rusfrihet som det sentrale målet for rusomsorgen. Interpellanten setter skadereduserende tiltak opp mot dette. Dette er ikke bare en foreldet måte å tenke på, men gjør vi om på dette prinsippet til prak-

tisk politikk, er det direkte helsefarlig. Ingen andre pasientgrupper vil bli utsatt for en lignende eksperimentering.

De siste tiårene har 3 000 mennesker betalt den høyeste prisen av alle, nemlig sitt eget liv i overdosedødsfall. Noen sier at vi må gjøre det vi vet virker, og jeg henviser til de flotte institusjonene hvor fullstendig rusfrihet er målet. Vi trenger disse institusjonene, enten det er det offentlige eller ideelle organisasjoner som driver dem. Men vi skal ha med oss at godt over halvparten har vært svingdørspasienter i disse institusjonene. Når vinteren melder seg, er det inn på institusjon, når våren kommer, er det like fullt ut igjen, og man har ikke hatt effekt av denne behandlingen. Det betyr at det er et flott tilbud til dem som kan nyttiggjøre seg av det, men for alle dem som ikke kan gjøre det, må vi ha et alternativt tilbud ut fra at vi mennesker og rusmiddelavhengige er like forskjellige som alle andre.

Jeg vil heller si at skadereduserende tiltak er et viktig skritt på veien mot rusfrihet eller rusmestring for dem det gjelder. Det handler om ikke å gjøre veien tilbake til samfunnet altfor lang. Hvis du mister tennene dine, hvis du får ulike infeksjoner, sår som ikke leger seg, hiv eller hepatitt, er det så veldig mye vanskeligere å se håpet der framme som gjør at man er i stand til å gå igjennom den type behandling. Men vi har satt listen så altfor høyt når målet har vært fullstendig rusfrihet. Når vi har satt målet så veldig høyt for veldig mange som har mange nederlag i bagasjen fra før, har det bare ført til nye nederlag og mange som har gitt opp seg selv.

Jeg synes det er viktig det som interpellanten peker på, at de aller fleste hadde sosiale problemer før man ble avhengig av rusmidler, som vises i den undersøkelsen fra 1997. Men vi trenger ikke undersøkelser eller forskning for å finne ut av det. Det holder å gjøre som Trine Skei Grande riktig sa, gå ut og snakke med de menneskene det gjelder. Da finner man ut nettopp det. Det er dette som er kjernen i hvordan vi skal hjelpe flere mennesker til å mestre det livet man har fått utdelt. Det handler om å bekjempe disse problemene med sosiale virkemidler og et romsligere samfunn.

Jeg synes at istedenfor å peke på skadereduserende tiltak, som f.eks. sprøyterom – det kan være utdeling av rene sprøyter, askorbinsyre, andre ting – burde man gått til der hunden virkelig er begravet, for det er likhetstrekk mellom å sette rusfrihet som det fullstendige mål og nulltoleransen fra samfunnets side. Vi har mange hundre politifolk – også på Oslo S – som hver eneste dag er den siste fronten i samfunnets krig mot narkotika. Jeg hadde egentlig håpet at Laila Dāvøy hadde vært her oppe og kjempet for helsepersonellens plikt til å gi nødvendig helsehjelp og irrettesatt det byrådet man støtter i Oslo, sammen med Oslo-politiet, som nå ikke lenger bare definerer de narkomane som et problem som skal bli jaget bort. Nå har man tatt skrittet videre, og velger også å jage bort de menneskene som er der frivillig og hjelper til – deler ut rene sprøyter, askorbinsyre, stiller sår. Fransiskushjelpen er et eksempel, og også Sykepleie på Hjul og Foreningen for human narkotikapolitikk. Det er dette som er med på å gjøre veien tilbake til samfunnet lettere – gjennom menneskelig kontakt – og reduse-

rer skadene mest mulig. Det er det som er et romsligere samfunn.

Bent Høie (H) [12:58:05]: Denne debatten må jo ta utgangspunkt i det som er situasjonen i dag. Jeg mener at Stortinget i 2004 i realiteten i lovs form avskaffet skammen ved å være rusmiddelavhengig ved å si at man som rusmiddelavhengig er pasient på lik linje med alle andre pasienter. Til da hadde det gått en egentlig helt uinteressant debatt om det å være rusmiddelavhengig var en sykdom eller ikke, hvor Stortinget konkluderte med at den diskusjonen kan gjerne pågå, men konsekvensen av å være rusmiddelavhengig over lang tid er at du er syk, at du er pasient, og at du har pasientrettigheter.

I så måte vil jo pasientene i dagens diskusjon lett kunne sammenlignes med en annen pasientgruppe, nemlig kreftpasienter. Jeg tror alle ser at kreftpasienter som ikke vil kunne ha glede av videre behandling, har behov for lindrende behandling. Men kreftpasienter som har nytte av kreftbehandling, skal ha kreftbehandling. Problemet på rusområdet er at vi i dag ikke har et godt behandlingstilbud til dem som har nytte av behandling, og så gir vi dem lindrende behandling istedenfor. Det hadde vi aldri akseptert på andre områder i helsevesenet vårt. Skadereduksjonen i dag er riktig, og det er viktig, men dessverre på grunn av manglende satsing på behandling kommer det til erstatning også for behandling som kan hjelpe pasienter til å bli rusfrie.

Jeg er glad for at regjeringen nå har varslet at det kommer en stortingsmelding om ruspolitikken. For Høyre vil det være det beste. Vi hadde ønsket oss en forpliktende opptrappingsplan i tråd med det som er opptrappingsplanen i psykiatrien. Jeg håper at en stortingsmelding ikke bare inneholder politikk, men også en beskrivelse av hva som vil være behovet i årene framover, konkret i forhold til oppbygging av behandlingstilbud for denne pasientgruppen, og en avveining av det – nettopp balansen mellom skadereduserende tiltak og behov.

Det er helt åpenbart at en rusmiddelavhengig også har rett til helsetjenester, en har rett til bolig, en har rett til et verdig liv også i en situasjon der en ruser seg. I dag opplever veldig mange at rusen sperrer for de rettighetene en har både som pasient og innbygger i en kommune, og det er ikke riktig. Det tilhører en politikk som en må svært mange år tilbake igjen for å finne grunnlag for sett i forhold til Stortingets syn på dette.

Når det gjelder vurderingen av Stoltenberg-utvalgets forslag, er det mest oppmerksomhet knyttet til spørsmålet om det som kalles for heroinassistert behandling. Stortinget har helt klart bedt om at før en konkluderer i det spørsmålet, skal det avholdes en konsensuskonferanse. Ut fra det en kan lese av statsbudsjettet, kan det virke som om regjeringen har avlyst den konsensuskonferansen fordi det skal være en høring om Stoltenberg-utvalget. Det mener jeg ikke er i tråd med det som Stortinget har vedtatt, og jeg håper at statsråden kan svare på det.

Så til diskusjonen som gjelder hva konsekvensene av å starte en heroinassistert behandling vil være for Norge. Jeg tror en av de viktigste lærdommene komiteen hadde med

seg fra Sveits, var konsekvensene en slik ordning vil ha for tilbudet om legemiddellassert rehabilitering som helhet, nemlig at en forutsetning for heroinassistert behandling er at en fjerner terskelen for å få metadon og Subutex. Det vil si at alle som vil, kan få Subutex og metadon, og en kan drive med sidemisbruk så mye en vil ved siden av. Uten det fungerer ikke assistert heroinbehandling. Det kom også fra den personen som i realiteten hadde stått for etableringen av tilbudet i Sveits. Jeg er ikke sikker på at de som tar til orde for dette i Norge i dag, egentlig har tatt den realiteten inn over seg.

Det andre som er en klar lærdom fra Sveits, ikke minst med tanke på diskusjonen om politiets rolle i dette, er at politiet i Sveits har hatt en ekstremt mye mer hardhendt behandling, for å si det mildt, av rusmiddelavhengige enn det vi noen gang vil akseptere i Norge.

Jan Bøhler (A) [13:03:21]: Dette er en veldig viktig debatt, og det er sagt mye bra i debatten. Noen har pekt på viktigheten av å bruke egne erfaringer, det vi ser rundt oss. Selv har jeg jobbet både med forebygging blant ungdom og med dem som har problemer med narkotika i en del år – særlig på 1980-tallet – og fulgt utviklingen på feltet de senere årene.

I forhold til målet om rusfrihet, som er utgangspunktet for interpellasjonen, vil jeg si en ting jeg tror vi kan misforstå. Mange rusavhengige går gjennom mange behandlingsforløp. Vi må ha et annet syn på et behandlingsforløp her enn når det gjelder et medisinsk inngrep, et kirurgisk inngrep. Her er det sånn at en del av de rusavhengige lykkes i første eller andre forsøk – kanskje 10–20 pst. I femte forsøk lykkes også 10 pst., i åttende forsøk lykkes kanskje 10 pst., og i ellefte forsøk lykkes kanskje også 10 pst. Gjennom en sånn prosess er det mange mennesker som i mellomtiden gjennom disse behandlingsoppholdene får viktig hjelp til å holde seg i live, de får humanitær hjelp. De eksisterer, de får mer styrke og de fungerer bedre på sine premisser. Så er det på et tidspunkt en god del som greier å bryte ut. Men det er på ulike tidspunkter. Det kan være i ellefte forsøk, eller det kan være i andre forsøk. Derfor mener jeg at begrepet svingdørspasienter er et feil begrep å bruke i denne debatten. Det er egnet når det gjelder kirurgiske inngrep og feilbehandling, men her kan man ikke snakke om feilbehandling når noen ikke lykkes i første, andre eller tredje forsøk, men lykkes i det niende eller tiende.

Jeg har opplevd å møte en del personer som har lyktes i det tiende forsøket, og som det har sett ut som om det ikke var håp for i det hele tatt etter sju forsøk. Jeg er veldig enig i mye av det representanten Høie snakker om her, men jeg vil advare litt mot den parallellen til kreftpasienter. Jeg mener at det ikke blir en riktig parallell, akkurat som det jeg sa om kirurgiske inngrep. Det er faktisk vanskelig å definere noen som håpløse. De kan virke som håpløse i noen faser, og så plutselig 15 år senere framstår faktisk et vellykket menneske som får et nytt liv. Derfor vil jeg appellere til utholdenhet i holdningen til rusfeltet og til å se at alle mennesker skal ha en mulighet – alltid, hele veien – og aldri skal noen defineres som umulige å hjelpe til rusfrihet.

Med dette utgangspunktet inngikk alle partiene på Stortinget høsten 2008 – da jeg var helsepolitisk talsmann for Arbeiderpartiet – et forlik om rusbehandling i innstillingen til statsbudsjettet for 2009. I det inngikk en videre opptrappingsplan, som regjeringen nå legger inn midler til i budsjettet, og som det kommer en stortingsmelding om, som jeg håper, som også flere har vært inne på, går konkret inn i hvordan opptrappingsplanen skal utvikles og forbedres videre.

Vi nevnte noen punkter, alle partiene på Stortinget, som var viktig for oss i det rusforliket og i den nye opptrappingsplanen. Det gjaldt for det første at vi ønsket en analyse av overdosedødsfallene: Hva er det som skjer når man tar overdose og ikke får nok hjelp og er nær ved å dø? Mange får motgift og sendes ut på gaten igjen og får ikke den akuttbehandlingen de trenger. Det er behov for en rusakutt kanskje flere steder enn Oslo også, med nok kapasitet. Jeg understreker det siste og viser til bruken av de 50–60 mill. kr som Stortinget bevilget til en rusakutt i Oslo, hvor foreløpig bare 20 mill. kr er brukt til investeringer i den – en rusakutt med nok kapasitet, slik at man straks kan komme videre inn i et behandlingsforløp. For at man straks skal komme videre i et behandlingsforløp, trenger vi å øke kapasiteten ved behandlingstilbudet, som også var en del av det vi skrev inn når det gjaldt køene som var den gangen, og som er nå. Jeg tror Stortingets og myndighetenes utholdenhet i behandlingstilbudet har noe å gjøre med hvordan vi ser på de rusavhengige som mennesker, at vi er i stand til å se at det ikke bare gjelder å søke nye, originale løsninger når vi har et problem, men se at det her kreves utholdenhet i å forstå at disse menneskene kan hjelpes i mange faser av livet. Og da trenger vi altså å bygge opp behandlingsskapasitet som er egnet til å møte det behovet.

Vi kom også i den innstillingen inn på R-en i LAR-tilbudet og behovet for å få mer av det. Jeg synes det nå er en positiv tone i denne debatten. Her er det mye Stortinget vil kunne være enige om, og de tingene tror jeg man først bør konsentrere seg om.

Laila Dávøy (KrF) [13:08:35]: Jeg har lyst til å kommentere noen av innleggene. Men først har jeg lyst til å takke for en etter min mening veldig god debatt.

Representanten Forsberg sa at jeg satte skadereduserende tiltak opp mot rusfrihet som mål. Selvsagt gjør jeg ikke det. Vi må ha skadereduserende tiltak. Men vi må ikke ha bare det, vi må også ha alt det andre i tillegg. Men noen skadereduserende tiltak er jeg skeptisk til, bl.a. heroinbehandling.

Representanten Trine Skei Grande var oppgitt over debatten. Ikke vet jeg hvorfor hun var oppgitt. Men hun nevnte også noe som ikke var oppe i debatten, nemlig at interpellanten hadde snakket om pris og tilgjengelighet, og det syntes hun var rart. Det synes jeg var veldig rart at hun sa, for jeg har ikke nevnt pris og tilgjengelighet. Dette er sannsynligvis en av de første debattene jeg har tatt initiativet til der jeg faktisk ikke har nevnt pris og tilgjengelighet, men har vært opptatt av andre ting.

Det har vært en god debatt med fokusering – fra de

aller fleste i denne debatten – på tiltak rettet mot den syke ruspasienten. Jeg er også glad for Senterpartiets helt klare holdning til rusfrihet som mål i ruspolitikken.

Når det gjelder erfaringer fra komiteens tur til Sveits, er jeg veldig enig med representantene Kjos og Høie; det er utrolig viktige påpekninger de kommer med. Vi har selvfølgelig litt forskjellige erfaringer fra den turen, men akkurat de to påpekningene synes jeg var veldig viktige. Også det representanten Bøhler sier, er jeg veldig enig i. Om det er det femte forsøket eller det er det tiende, må vi aldri gi opp noen som faktisk ønsker å få hjelp. Altfor mange ruspasienter har nok opplevd det opp gjennom årene. Og når jeg ser tilbake på min egen erfaring ved å jobbe ved avrusningsenheten i Bergen, Blå Kors, tenker jeg på dem som kom inn dag etter dag, natt etter natt. Det hendte vi sa: Nei, nå har du vært her så ofte, nå må du tenke deg om, om du virkelig skal få lov å komme inn én natt til.

Helt til sist: Det er to ting som jeg har lyst til at statsråden skal ta med seg videre. Jeg håper at statsråden vil bidra til at vi kan klare å få til et forlik når det gjelder å bruke ideelle institusjoner på en bedre måte enn det vi gjør i dag, for dette vil ha stor betydning også for ruspasienter, for dem som står i kø. Det andre jeg har lyst til, er rett og slett å vise til Stoltenberg-utvalgets rapport. Det som jeg synes er det viktigste derfra, er den helhetlige tilnærmingen de tross alt har til helhetlig behandling. Stoltenberg-utvalget billedliggjorde dette med å si: Se på det som en stafett – ikke slipp stafettpinnen før neste ledd har overtatt. Jeg synes det er et veldig godt bilde på sånn som det bør være.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [13:12:20]:

Jeg vil også si at det har vært en veldig god debatt. Jeg opplever egentlig hver gang vi har en rusdebatt i Stortinget, at det er ganske stor enighet – i hvert fall om målene. Så er det noen nyanser underveis, og det er jo kanskje også viktig.

Jeg har bare lyst til å komme litt tilbake til dette med LAR. For hvis det er slik at noen pasienter bare får tilbud om LAR og ingenting annet, er det ikke i tråd med den veiledningen som er gitt for denne type behandling – bare så det er klart. Som Bent Høie veldig riktig sa: En rusmiddelavhengig har fått rettigheter som alle andre pasienter, og skal behandles som alle andre pasienter. Det betyr også at hvis man akutt må inn til avrusning, skal man komme akutt inn. Da er det ikke sånn at du skal sitte i en kø på gaten og vente, du skal faktisk ha akutt behandling. Sånn sett skal disse pasientenes diagnose vurderes på akkurat samme måte som alle andre diagnoser i helsevesenet.

Så er det flere som har vært inne på dette med det helhetlige behandlingsforløpet. Og noe som jeg også sa innledningsvis, og som jeg bare vil understreke, er: Når noen venter, og når ventetiden går opp fordi stadig flere blir behandlet, er det lett å tenke at ingenting er godt nok. Men det er faktisk veldig mye som har blitt bedre – bare det faktum at veksten i budsjettene etter 2005 har vært på 31 pst. Det er, tross alt, ingen andre steder – verken innen somatikk eller innen psykisk helse – man har hatt en så sterk vekst, et så

sterkt fokus og en så sterk utvikling, vil jeg også si, i behandlingen.

Så er det slik at en del institusjoner som har vært brukt, kanskje ikke brukes lenger. Men her blir det også gjort kvalitetsvurderinger av de regionale helseforetakene. Så det er ikke slik at vi er imot å bruke ideelle institusjoner eller ideelle organisasjoner. Hvis man ser seg rundt i Oslo på det tilbudet som er til rusavhengige, er det faktisk sånn. Jeg ville egentlig sagt til representanten Trine Skei Grande at jeg faktisk har vært på de stedene som er for rusavhengige. Jeg har snakket med ganske mange der. Og det hadde ikke vært mange tilbud f.eks. i Oslo, eller andre byer, hvis det ikke hadde vært for de ideelle organisasjonene. Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen – og det er flere – gjør en fantastisk jobb, og en veldig viktig jobb, som absolutt skal verdsettes. Men det offentlige helsevesenet må ha både kompetanse og behandlingsskapitet på dette området, som er så viktig. Så får vi bruke private og ideelle organisasjoner der hvor det er riktig å gjøre det.

Jeg skjønner at når komiteen har vært i Sveits, blir det mye diskusjon om dette ene tiltaket. Men jeg håper at debatten fremover vil dreie seg om alle de andre tiltakene også, at ikke det ene tiltaket om eventuell heroinassistert behandling skal overskygge alt det andre.

Presidenten: Behandlingen av sak nr. 5 er dermed avsluttet.

Sak nr. 6 [13:15:55]

Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:

«Det er en politisk oppgave å fordele helseressursene på best mulig måte slik at alle får den helsehjelpen de har behov for. Stadig mer kan behandles, samtidig som det er og vil bli begrensede økonomiske og menneskelige ressurser. Det er knyttet utfordringer til å måle behovet for og effekter av helsetjenester. Derfor kan ikke prioriteringer handle om tall alene, men også forebygging, rehabilitering, pasientsikkerhet og kvalitet. En del av prioriteringen må gjøres i møtet mellom pasient og helsepersonell gjennom en individuell vurdering. Det er behov for en godt informert debatt i befolkningen om vanskelige etiske og politiske valg siden dette har få entydige svar. Statsråden sier i Aftenposten 7. juni at en debatt om prioriteringer i helsetjenestene skaper unødige frykt.

Hvilke grep vil statsråden ta for at en debatt om prioriteringer nettopp kan skje uten at den skaper frykt og uro i befolkningen?»

Laila Dāvøy (KrF) [13:17:16]: Det gjøres prioriteringer i helsetjenesten hver eneste dag. På sykehusene står leger og sykepleiere og andre i situasjoner der de må avgjøre om pasienten skal ha mer behandling, om pasienten skal settes på en ny medisin, om pasienten skal ha fysioterapi, osv. Det sitter ledere som vurderer om det skal opprettes nye stillinger for psykologer i det psykiske helsevesenet, miljøterapeuter på rusfeltet eller nevrologer i somatikken.

Videre skjer det prioriteringer på forskningsfeltet. Hva skal det forskes mer på? Er det hjerne eller hjerte vi trenger mer kunnskap om for å få enda bedre behandling, eller er det muskel og skjelett? Er det somatikk, psykisk helsevern eller rusbehandling?

Vi som er politikere, prioriterer også, gjennom politiske, strategiske og økonomiske beslutninger, for ulike pasientgrupper. Hvilke pasienter er det som banker på døren og ber om raskere og bedre behandling? Men kanskje enda viktigere: Hvilke pasienter er det som ikke banker på døren, men som likevel trenger hjelp?

Prioritering er avgjørende for å ha ressurser der det trengs mest. Men diskusjonen er nettopp: Hvor er det? Utviklingen i helsetjenestene er i utgangspunktet fantastisk. Det kommer nye behandlingsmetoder på løpende bånd. Sykdommer som var dødelige for få år siden, kan i dag kureres, eller det er mulig å leve med disse i mange, mange år.

Utfordringen med prioritering er at det trengs ressurser en rekke steder, og det kan være ulike meninger om hvor ressursene trengs mest. Blant annet er det mektige medisinske fagmiljøer som mener at egne fagfelt er viktigst. Vi har hatt mange eksempler på det. Det er selvfølgelig også knyttet ulik prestisje til fagfeltene, som i stor grad påvirker prioriteringene.

Mange har sagt at det fremover vil bli større avstand mellom hva som er mulig å behandle, og de økonomiske og menneskelige ressursene som er tilgjengelig. Ikke minst kjenner vi den demografiske utviklingen. Antallet mennesker over 67 år vil dobles innen 2050, og antallet personer over 80 år kan komme til å øke fra 218 000 i 2007 til ikke mindre enn 500 000 i 2050. Vi vet også at antallet mennesker med demens vil kunne dobles til om lag 130 000 i samme periode. I år 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder pr. eldre. Dette forholdstallet reduseres til 2,9 i 2050. Økningen i arbeidskraftbehovet i omsorgssektoren vil være 133 000 årsverk frem mot 2050. Det er store tall vi snakker om.

Det er gjort ulike forsøk på å måle seg frem til rett prioritering, der det ses på levetid og livskvalitet i forhold til den behandlingen som gis. Det eksisterer også tak for pris på årlig behandling, selv om det ikke er bindende. Regnestykker og prislapper er lite forenlig med et helhetlig syn på mennesket, mener jeg. Alle mennesker har uendelig verdi, uavhengig av funksjonsevne og alder.

Jeg kom for en tid tilbake over en artikkel i Dagens Medisin fra 2001 om at Verdens helseorganisasjon den gang ville gjøre en omstridt helseskala til et felles fundament for verdens helsepolitikere – en slags måling av livsverdi. I dette systemet ble syke, eldre og barns leveår mindre verdt enn livet til arbeidsføre unge voksne. I debatten som fulgte, kom uttalelser om at en verdifastsettelse av mennesker på grunnlag av deres funksjonelle evner ville stå i skarp kontrast til humanistiske verdier. Jeg kjenner ikke til hva som skjedde med Verdens helseorganisasjons helseskala, men jeg antar at den verken er tatt i bruk eller vil bli tatt i bruk. Jeg synes i alle fall som politiker at det er veldig vanskelig å skulle forholde meg til en helseskala.

Prioriteringsdebatten som helsedirektøren startet i juni,

er det viktig å fortsette. Som Aftenposten skrev på lederplass den 8. juni i år:

«Det viktigste med Larsens uttalelser er ikke konklusjonene, men problematiseringen.»

Kritikerne som mener at politikere er redde for å prioritere, har langt på vei rett. Jeg har selv møtt kreftsyke som ble redde og provosert av prioriteringsdebatten. Jeg har møtt eldre mennesker som nå frykter at de ikke får hjelp når de trenger det. Jeg forstår dem, og den første tanken er kanskje å unngå debatten. Helsetjenestens hovedbegrunnelse er jo nettopp akutt kritisk syke, alvorlig syke og døende mennesker. Disse skal prioriteres først.

Men hva skjer hvis vi ikke tar prioriteringsdebatten? Jo, da taper psykisk syke, rusmiddelavhengige, som vi nettopp har debattert, muskel- og skjelettsyke eller andre kronikere og demente gamle. Dette er grupper som ikke tilhører et statusfagfelt, og mange av dem makter heller ikke å kreve den behandlingen de trenger. Tradisjonell akutt pasientbehandling vinner over forebygging og rehabilitering, som vanskelig lar seg måle.

Vi kan også risikere ikke å ta den etiske debatten om forventninger til livet. Forventnings-Norge er grensesprengende. Per Fugelli uttaler:

«Så lenge vi tenker at «høyere, raskere og sterkere» er det som gir menneskeverd, blir døden ganske utålelig.»

Eller som redaksjonssjef i Sykepleien, Bjørn Arild Østby, sa i en artikkel:

«Det er synd at vi ikke klarer å ta en debatt om prioriteringer som varer mer enn en dag (...)»

Vi tror ofte at døden kan utsettes, at det alltid finnes behandling, at vi kan unngå all lidelse. Ofte bidrar vi politikere til det – jeg skal være så ærlig å si at det gjør vi. Det skjer mye overbehandling på sykehusene, fordi mange ikke tør si fra når nok er nok.

Profesjonsetikken, dvs. det leger, sykepleiere og andre faggrupper har som sine etiske retningslinjer, styrer deres prioriteringer i arbeidsdagen. Profesjonsetikken gir et godt grunnlag. Den sikrer også en menneskelig tilnærming til prioriteringer.

Dette betyr egentlig at en debatt om prioriteringer i helsetjenesten snarere burde skape trygghet i befolkningen fremfor frykt. Men det store spørsmålet er: Hva skal til for å få det til? Jeg håper at statsråden er enig med meg i at vi politikere aktivt må få delta i denne debatten.

Mitt spørsmål i dag – og det er et vanskelig spørsmål – er hvilke grep statsråden vil ta for at en debatt om prioriteringer nettopp kan skje uten at den skaper frykt og uro i befolkningen. Og i alle fall jeg som politiker – og jeg tror vi alle her i Stortinget – ønsker å delta i en debatt om dette. Men det er krevende, og personlig synes jeg også det er vanskelig.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [13:18:59]: Min første reaksjon etter å ha hørt interpellanten er at vi faktisk har hatt to interpellasjonsdebatter som i høyeste grad har dreid seg om prioriteringer i helsevesenet, så det er helt riktig at vi prioriterer hver dag. Politikk er prioritering – og helsepolitikk er så absolutt også prioritering.

Så er det, som interpellanten sa, slik at den medisinske utviklingen gir oss så mange nye muligheter. Vi overlever sykdommer vi før døde av, vi behandler sykdommer som vi før ikke kunne behandle, og aldri før har så mange fått behandling i helsetjenesten. Vi gir også behandling av høyere kvalitet.

Når vi diskuterer prioritering, må det også ligge i bunnen at alle skal ha den samme tilgangen til helsetjenestene. Alle skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Folk skal være trygge på at de får god behandling når de blir syke. Det aller viktigste vi kan gjøre for å få til riktig prioritering, er derfor å sørge for et sterkt offentlig helsevesen, og vi må ha et systematisk arbeid for å redusere de sosiale helseforskjellene. Vi må sikre at pasienter og grupper som ikke har like lett for å fremme sin sak, blir hørt, slik vi har gjort det gjennom en styrket satsing på rus og psykiatri.

Jeg er helt enig med representanten Dāvøy når hun sier at prioriteringer ikke kan handle om tall alene, men også må handle om forebygging, rehabilitering, kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg vil derfor innledningsvis bare si noe om disse temaene, og til slutt vil jeg si noe om hvordan vi kan skape en god og tillitvekkende debatt.

Som sagt: Politikk er prioriteringer, og prioriteringer på et felt hvor det ikke er ubegrenset med ressurser – ikke økonomiske og absolutt ei heller menneskelige. Debatten om prioritering er derfor i stor grad en debatt om å bruke ressursene riktig, slik at de kommer pasientene best mulig til gode. Prioritering handler ikke nødvendigvis om å velge bort; det stilles også gode spørsmål om å gjøre gode valg. Gjennom gode prioriteringer er det mulig å styrke helsetjenesten.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble foreslått av den forrige regjeringen, det er satt ned og besluttet videreført av denne regjeringen. Rådet har hatt en viktig rolle i mer overgripende befolkningsrettede tiltak, som forslag om screening, vaksiner og genetiske masseundersøkelser. En annen viktig oppgave er å gi anbefalinger om hvordan pasienter skal få et likeverdig tilbud. Vi vil nå se på hvordan rådet i større grad kan involvere lekfolk i diskusjonene. Nasjonalt råd har selv foreslått at alle som har noe på hjertet, kan foreslå saker. Et annet forslag er at forebyggende helsetjenester bør få en bredere plass i rådets drøftinger. Dette mener jeg er gode forslag.

Det forebyggende arbeidet må styrkes. I årene som kommer, vil vi få vekst i kroniske og ikke-smittsomme sykdommer som kreft, overvekt, diabetes og KOLS. Vi vet at vi kan forebygge mot mange av disse sykdommene, og vi må gjøre mer for å forhindre at sykdom og skade oppstår. Dette arbeidet er derfor nødt til å få større fokus. Regjeringen vil som en del av Samhandlingsreformen også foreslå en ny folkehelselov som tydeliggjør kommunenes ansvar for å prioritere det forebyggende arbeidet, og arbeidet med folkehelse generelt. Nøkkelen til å redusere sosiale helseforskjeller ligger i det forebyggende arbeidet, og dette skjer hovedsakelig utenfor helsetjenesten. Vi må styrke innsatsen mot røy-

king, få flere i fysisk aktivitet og gjøre det lettere å velge sunt.

Vi skal heve kvaliteten og styrke pasientsikkerheten. Ved Akershus universitetssykehus har de jobbet målrettet med å ha fokus på pasientsikkerhet og å redusere sykehusinfeksjoner. De har faktisk lyktes så godt at de ligger meget godt an internasjonalt når det gjelder resultatene de har oppnådd med å redusere sykehusinfeksjoner. Dette gir også økonomisk gevinst. Kostnadene ved uønskede hendelser i helsetjenesten er stor for den enkelte, og den er stor for samfunnet som helhet. Arbeidet med å bedre kvaliteten og heve pasientsikkerheten har derfor høy prioritet.

Jeg har lansert ti virkemidler for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten: Vi må redusere feil og sørge for rett behandling til rett tid. Vi skal få bedre tilgjengelighet til helsetjenester gjennom kutt i ventetider, og fristbrudd skal ikke aksepteres. Regjeringen foreslår en økning på nær 1 mrd. kr i helseforetakenes budsjetter. I tillegg styrkes arbeidet gjennom en egen pasientsikkerhetskampanje i 2011 og gjennom en egen uttrykingsgruppe i helsetilsynet.

Pasientene skal få bedre informasjon fra sykehusene om frister og rettigheter. Vi skal få bedre systemer for kvalitetsmåling, bl.a. gjennom nordisk samarbeid og sentrale helseregistre. Det skal innføres et nytt system i spesialisthelsetjenesten som skal sikre pasientene likeverdig tilgang til ny teknologi og nye behandlingsmetoder. Gode vurderingsverktøy skal sikre at disse er veldokumenterte, sikre og virkningsfulle.

Vi trenger tydelige og enhetlige verktøy for prioritering. Prioriteringsforskriften gir vilkår for prioritering av enkeltpasienter i spesialisthelsetjenesten. Den er omfattende og grundig, men vi har også fått tilbakemelding på at den er vanskelig å tolke. Det er derfor laget veiledere for 32 fagområder som skal sikre en bedre og mer enhetlig praksis for prioritering. I høringsutkastet til ny helse- og omsorgslov vil jeg invitere til synspunkter på hvordan vi kan forenkle prioriteringsregelverket.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten skal gi råd til helsetjenesten og regjeringen om vanskelige prioriteringsspørsmål. I rådet sitter lederne for de regionale helseforetakene, helsepersonell og representanter for kommuner, KS og brukerorganisasjoner. Målet med diskusjonene er å få en mer helhetlig tilnærming til problemstillinger som gjelder nettopp kvalitet og prioritering.

Regjeringen legger frem nasjonal helse- og omsorgsplan for årene 2011–2015 som en stortingsmelding våren 2011. Her vil vi stake ut retningen for hvordan helseressursene skal prioriteres i perioden, og vise hvordan Samhandlingsreformen skal gjennomføres. I løpet av oktober vil jeg invitere til en bred høring, bl.a. med mulighet for innspill på nett, i arbeidet med stortingsmeldingen. Helse engasjerer, og vi ønsker å legge til rette for at flest mulig skal delta i debatten om hvordan vi skal forme fremtidens helse- og omsorgstjenester. Høringssvarene vil bli åpent tilgjengelig for alle og vil også kunne diskuteres på nett.

I tillegg vil jeg invitere til fire åpne høringsmøter, et i hver helseregion. Temaene vil være tillit, kvalitet og prioritering, med utgangspunkt i forslaget til helse- og omsorgsplanen.

Prioriteringsdebatten skjer på flere nivåer. Den skjer, som her i dag, på et overordnet systemnivå, mellom oss som er beslutningstakere, helsevesen og pasientgrupper. Men den skjer også hver dag i møte mellom den enkelte behandler og pasient. Grunnlaget for en god diskusjon om prioriteringer skjer gjennom en åpen debatt. Nettopp på den måten tror jeg vi kan unngå frykt og uro. Jeg ønsker at fagfolk, organisasjoner, pasienter og pårørende skal engasjere seg. Klarer vi å skape en god og deltakende dialog om prioritering, vil vi lykkes med mye.

Laila Dāvøy (KrF) [13:35:23]: Takk til statsråden for å gå inn i denne debatten på en god måte. Jeg er helt enig i mye av det hun sier, både med hensyn til likeverdighet og at det er viktig at vi prioriterer videre. Det som har vært noe av mitt utgangspunkt også for å reise debatten, er at prioritering ikke må handle om økonomi alene. Det handler absolutt om å bruke midler riktig. Det handler om forebygging, tidlig diagnostisering, rask behandling til dem som trenger det, og mer rehabilitering. Dette er jo egentlig områder som, som jeg også sa i mitt innlegg, veldig lett blir mindre prioritert. Og da kommer vi aldri ovenpå, slik som vi burde, når det gjelder mange av disse gruppene som er avhengige av tidlig diagnostisering, forebygging og rehabilitering – kronikere, psykisk syke og også ruspasienter, som vi debatterte tidligere i dag.

Så er det også viktig og riktig å si at pasientsikkerhet absolutt hører med i en debatt om prioritering – også effektiv bruk og kvalitet.

Når det så gjelder de ti virkemidlene som statsråden nevnte, er det vanskelig å være uenig i dem – ja, kanskje det er ett jeg er litt uenig i – men jeg har lyst til å utfordre statsråden. Statsråden kjenner jo til at det kan hende at noe kan bli enda bedre etter en debatt i Stortinget – altså at gode tiltak kan bli enda bedre, og et av dem skal vi debattere om ikke veldig lenge.

Det er bra med gode veiledere. Jeg tror det er et viktig grep som vi har tatt, også når det gjelder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten og det arbeidet de gjør. Men når det gjelder veiledere, vil jeg likevel fremheve at det er ikke alle, til tross for at man har veiledere, som kommer så langt at de kommer til behandling, og da tenker jeg kanskje spesielt innenfor psykisk helse, som er et område der flere, både fastleger og andre, sier at det i det hele tatt er svært vanskelig for noen pasienter å få hjelp innenfor spesialisthelsetjenesten. Altså: Kommuneleger får nei til behandling. Det er jo det mange, også ruspasienter, har opplevd, at de rett og slett ikke kommer på ventelisten, fordi de får nei. Da hjelper det jo ikke at man har veiledere. Så prioriteringsdebatten må også handle om dette, at alle som trenger det, får hjelp. De grepene er ofte vanskelige å ta der ute i helsetjenesten, i hvert fall er det i førstelinjen man ofte først og fremst sliter med å få til nok behandling.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [13:38:35]: Vi er enige om at prioriteringsdebatten ikke bare dreier seg om økonomi. Vi er også enige om at det er viktig å ha en prioriteringsdebatt, selv om jeg nok vil hevde

at vi har prioriteringsdebatt nesten hver gang vi har en debatt.

Det er selvfølgelig viktig å få med de gruppene som er mest vanskelig stilt, fordi det er de som kanskje ikke oppsøker helsevesenet. Derfor må jeg si at vi i Samhandlingsreformen kommer til å legge stor vekt på å nå dem som ikke går til lege. Her mener jeg også at førstelinjetjenesten har en stor oppgave og også må settes i stand til å ivareta dem som ikke oppsøker helsevesenet.

Jeg hører ofte når jeg er i Stortinget, om folk som sliter, særlig med psykisk helse, og som ikke får behandling. Og så ser jeg samtidig at en del av den nye behandlingen innenfor psykisk helsevern er veldig god, og mange opplever at de har et helt nytt liv i forhold til dem som hadde behandling i det gamle systemet. Det er fremdeles en lang vei å gå. Det er vi helt enige om. Derfor har vi også fokusert mye på dette området, som er så viktig, og som rammer så mange mennesker.

Prioriteringsdebatten dreier seg også om funksjonsfordeling. Det dreier seg faktisk om at man av og til må ta noen litt tøffe valg. Det dreier seg om: Skal vi ha alt alle steder? Eller skal vi sørge for å ha fagmiljøer som er kompetente, som er sterke, og som kan utvikle hverandre? Jeg er jo ikke i tvil om at den dagen vi blir syke, vil vi ha behandling av de beste fagmiljøene. Derfor er det vanskelig å løsrive én del av prioriteringsdebatten. Dette er en total debatt, en helhetlig debatt, som er krevende, men som jeg – som sagt – opplever at vi har hele tiden. Så får vi se hva som kommer ut av debatten her i dag.

Are Helseth (A) [13:41:08]: Jeg vil innledningsvis få takke representanten Dāvøy for denne interpellasjonen. Dette er en av de viktigste debattene i det moderne Norge. Det er samtidig en av de vanskeligste, og det er en debatt som må lede prosessene knyttet til prioriteringer i helsetjenesten. Dagens interpellasjon åpner for hele problemstillingen, fra de overordnede prioriteringer på samfunnsnivå til prioriteringer på individnivå. Denne bredden viser at prioriteringsdebatten er et ansvar både for Stortinget og den enkelte medarbeider i helsetjenesten.

Interpellanten trekker fram frykt og uro knyttet til prioriteringsdebatten. Her vil jeg si følgende: Det er lov å oppleve frykt når vi behandler et så vanskelig tema, fordi prioriteringsdebatter rører ved vår sårbarhet, og fordi debatten utfordrer vår frykt for å fatte gale eller dårlige beslutninger. Men slik frykt behøver ikke hemme oss. Den bør tvert imot føre til at vi blir bevisste på ansvaret og leverer etter våre beste evner.

Denne debatten starter ikke i rute én – heldigvis. Vi har gjennom mange år hatt gode debatter om prioritering, og vi har et bredt felles ståsted for etikk i helsetjenesten i storsamfunnet. Det er en del av det siviliserte fellesskap at et grunnlag for prioriteringer i helsetjenesten er nedfelt i norsk rett, bl.a. gjennom en egen forskrift for prioritering.

Vår debatt må ta utgangspunkt i at prioriteringer skjer i dag, og at behovet vil øke. Prioriteringer er valg, basert på etikk og kunnskap. Det må være valg og ikke tilfeldighet. Valg innebærer at utfallet kan være alternativt.

På politisk nivå ligger det overordnede prioriteringsan-

svaret mellom samfunnssektorer og de oppgaver som skal løses. Videre skal det overordnet prioriteres når det gjelder fordeling mellom områder som bl.a. somatisk medisin, psykiatri og rusbehandling. Alt dette er Stortingets ansvar. Prioritering knyttet til diagnostikk og behandling for den enkelte pasient er et hovedanliggende for fagmiljøene. Det kan oppstå problemer knyttet til individuell prioritering når kriterier og prinsipper ikke er allment synlige eller allment aksepterte.

Behovet for og kompleksiteten i helsetjenestens prioriteringer vil øke i årene som kommer. Dette vil i særlig grad skyldes den akselererende veksten i kunnskap. Noen ganger vil ny kunnskap forbedre og forenkle innsatsen, men i sum har det vist seg at ny kunnskap øker behovet for spesialisert helsepersonell og medisinsk-teknisk utstyr. Ny kunnskap skal komme norske pasienter til gode, men ingen land har som mål umiddelbart å ta i bruk alt som kommer av nye behandlingsforslag, fordi alt nytt ikke representerer reelle og viktige forbedringer. Dette gjelder selv om det nye blir etterspurt i et helsemarked.

Mange hevder at økningen i antall eldre vil være en hovedårsak til vanskeligere prioriteringer i fremtiden. Etter min vurdering stemmer ikke dette. Det er kunnskapsutviklingen og nye metoder som potensielt vil løfte kostnader og behovet for helsepersonell utover bærekraften i alle vestlige land i fremtiden. Derfor er prioritering uløselig knyttet til arbeid med gode helsetjenester.

Morten Stordalen (FrP) [13:45:27]: La meg først gi interpellanten ros for å reise denne debatten.

Det er mange krevende og vanskelige avgjørelser og prioriteringer de ansatte innenfor helsevesenet må ta hver eneste dag. Med dagens finansieringssystem er det opplagt at det blir tatt avgjørelser på bakgrunn av svak økonomi innenfor helsevesenet. Dette rammer naturlig nok pasienten – dette beklager Fremskrittspartiet sterkt. Med dagens system er det dessverre slik at ansatte blir satt på en krevende prøve, det være seg type behandlingsmetoder, medisiner osv., som uansett alt har en prislapp. Dette er noe de ansatte innenfor helsevesenet må ta stilling til, istedenfor kun å kunne konsentrere seg om sitt fag for å hjelpe mennesker som trenger behandling. Det er ikke et velferdssamfunn verdig at man skal sette en prislapp på om den enkelte skal få hjelp eller ikke.

I dagens finansieringsmodell legges det opp til at slike problemstillinger kan dukke opp fordi alle innenfor helse- og omsorgstjenester har strenge budsjettammer å forholde seg til. Hver eneste dag står de fortvilet overfor faglige og økonomiske dilemmaer når de skal vurdere om en pasient skal få hjelp eller ikke, og hvilken behandling pasienten skal få.

Det vil kunne være avhengig av hvor man som pasient bor, hvilken hjelp eller behandling man vil få, dette fordi det enkelte helseforetak har forskjellige innsparingsbehov. Dette bidrar til å øke forskjellene på rik og fattig i dette landet når det gjelder helse spørsmål. Det medfører at pasienter med god økonomi kan kjøpe seg behandling, og de som ikke har økonomisk mulighet til det, må stå fortvilet i en kø, eller i verste fall kunne bli avvist når

det gjelder en type behandling som i bunn og grunn handler om økonomiske motiver som følge av harde krav om balanse innenfor foretaket.

Rettferdighet og likhet er noe vi forventer når det gjelder helsehjelp i velferdssamfunnet. Enkelt personer har stått fram og fortalt om forskjeller de har opplevd med lik type sykdom, og om store variasjoner i hjelp pasientene har fått, eller ikke fått. Det har også fremkommet opplysninger om at det er gjort prioriteringer mellom kjønn og utdanning. Det har vært presentert rapporter som viser at det har vært altfor store forskjeller i helsetilbudene.

Når det gjelder kreftpasienter, har det fremkommet store forskjeller i behandlingen. Den har vært avhengig av hvor i landet man bor, og ved hvilke sykehus behandlingen har blitt gitt. Det samme gjelder også i stor grad hjertesyrke pasienter. Legeforeningen har selv uttalt at tilbud om behandling altfor ofte styres av økonomiske hensyn. Dette er noe som dessverre bekrefter situasjonen.

Fremskrittspartiet synes det er sterkt beklagelig at vi har en situasjon i landet der helse- og omsorgspersonell blir stående overfor urimelig tøffe avgjørelser, der fokuset er økonomi – kontra rent faglige vurderinger som ligger til grunn for en behandling. Fremskrittspartiet mener at i et velferdssamfunn skal alle som trenger det, få hjelp og behandling når de trenger det.

Fremskrittspartiet er sterk motstander av at helsepersonell skal måtte tenke økonomi før man avgjør om behandling skal gis, eller hvilken behandling som skal gis. Alle mennesker skal ha rett til behandling, uavhengig hvor på rangstigen de hører hjemme. Hvor i landet pasienten bor, må heller ikke ha noen betydning for hva slags behandling som skal gis.

Derfor ønsker Fremskrittspartiet en finansieringsmodell der pengene følger pasienten. Helsepersonell skal kun ha fokus på det faglige og ikke måtte tenke økonomi når det gjelder behandling. Noen vil nok nå si at så store bevilgninger som må til for å få bukt med helsekøer, er det ingen som har. Men dette må ses i sammenheng med at flere da ville stå i arbeid og ikke utenfor, slik situasjonen i dag er for mange som faller ut. Det aller viktigste i et velferdssamfunn må være trygghet for at man alltid skal få den behandlingen som er tilgjengelig, for å bli frisk.

Bent Høie (H) [13:49:18]: Prioriteringsdebatten i Norge har gått over ganske lang tid, med varierende styrke. Den generelle diskusjonen har en jo hatt ikke minst knyttet til både Lønning I- og Lønning II-utvalget, men også til stortingsmeldingen om verdier i helsetjenesten, som ble lagt fram av Bondevik I-regjeringen, til prioriteringsforskriften, som også gjelder, og til etableringen av Prioriteringsutvalget under Bondevik II-regjeringen.

En har møtt prioriteringsdebatten på ulike måter, men dette er en debatt som det er nødvendig å ha gående kontinuerlig. Derfor vil jeg takke interpellanten for å ha reist denne debatten nå, for dette opplever jeg på mange måter er en reaksjon på den serien om prioritering som Aftenposten hadde i vår. Da kunne en få et førsteinntrykk av at helseministeren ikke ønsket debatten, fordi den kunne virke skremmende. Vi har fått oppklart i dag at det er

ikke helseministerens ønske, og det er jeg veldig glad for.

På mange måter kan en si at prioriteringsavveiningen foregår på tre ulike nivåer, der det vil være behov for politisk deltakelse med forskjellig styrke.

Det første nivået er jo helt åpenbart et politisk nivå, og det er når en prioriterer av den totale samfunnsressursen mellom helse og andre oppgaver i samfunnet. Da er det ikke minst viktig at en har bedre kontroll på helseforetakenes økonomi, for helse har ikke en fortrinnsrett i forhold til andre samfunnsoppgaver, men går inn i en politisk prioriteringsdiskusjon. Men det er også prioriteringer innenfor helsesektoren, mellom f.eks. somatikk, rusfelt og psykiatri. Der mener jeg at den politiske deltakelsen har vært helt avgjørende for å løfte rusfeltet og psykiatrien. I de årene der en på en måte lot fagområdet selv få lov til å prioritere, fikk somatikk fortrinnsrett. Først når en prioriterte politisk, klarte en å gi de pasientgruppene som hadde fått lavest prioritet, fortrinnsrett, gjennom å si at veksten innenfor psykiatrien og rusfeltet skal være større enn veksten innenfor somatikken, hver for seg – et veldig godt eksempel på områder der en politisk har klart å prioritere.

Det andre området er prioritering knyttet til f.eks. nye behandlingsmetoder, nye medisiner, der på mange måter faget møter politikken på like vilkår. Det er kanskje det mest krevende området i årene framover. Det er først og fremst der Prioriteringsutvalget har en viktig rolle. Men dette er en diskusjon jeg mener at vi som politisk ansvarlige ikke bare kan overlate til Prioriteringsutvalget. Det vil også kreve at en har en felles arena mellom faget og politikken i denne typen diskusjoner, for en kan ikke løsrive slike prioriteringsdiskusjoner verken fra faget eller fra politikken.

Så til det tredje: Det er den situasjonen som de fleste av de ansatte i helsevesenet står overfor, nemlig de tusener av prioriteringer som foregår i helsevesenet hver eneste dag i møte mellom helsepersonell og den enkelte pasient, f.eks. når det gjelder vurderingen av prioriteringsforskriften. I den diskusjonen vil vi som politikere ha en mindre rolle, bortsett fra at de som jobber i helsevesenet, må føle en trygghet for at de har den politiske ledelsen i ryggen når de foretar disse vanskelige prioriteringene, at det er et system som man kan foreta prioriteringene innenfor.

Det vil derfor være behov for en kontinuerlig diskusjon om prioriteringene i årene framover. Ett av de områdene som jeg har tatt til orde for at det er behov for en diskusjon rundt, er knyttet opp mot det egenandelssystemet som vi har i dag i helsevesenet. Jeg mener at det er behov for at et offentlig utvalg ser på hvordan egenandelssystemet fungerer i dag, for å følge opp de politiske prioriteringene mellom ulike områder, med tanke på at egenandelene må ha som målsetting å skjerme dem med de største utgiftene og den dårligste økonomien mest, og at dagens egenandelssystem i realiteten er et lappeteppe uten en helhetlig sammenheng, som dermed også virker veldig urettferdig for mange pasientgrupper.

Kjersti Toppe (Sp) [13:54:41]: I år har vi opplevd en offentlig debatt i media om prioriteringer i helsetjenes-

ten. Det mener jeg er veldig bra. Folkevalgte blir beskyldt for ikke å være tydelige nok, og ikke vil prioritere innen helse. Det er ikke så bra. Politikere er kanskje ikke tydelige nok, men det blir feil å si at det ikke foregår politiske prioriteringer innen helsetjenestene.

Politiske helseprioriteringer skjer på medisinskfaglig grunnlag, og er politisk forankret gjennom de to Lønning-utvalgene, prioriteringsforskriften og pasientrettighetsloven. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten er opprettet for bedre å kunne ta stilling til etisk vanskelige prioriteringer. Kommunehelselov og foretakslov bygger opp om politiske helseprioriteringer, det samme gjelder finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Stortinget har dessuten selv tatt tak i forsømte grupper gjennom egne handlingsplaner og opptrappingsplaner. Det tydeligste eksempelet her er nok styrking av psykiatrien gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Jeg vil hevde at Norge på mange måter har vært et foregangsland med hensyn til å sette prioritering på den helsepolitiske dagsordenen.

Men helseprioriteringer er et felt som aldri vil være endelig, og der det stadig vil være behov for nye avklaringer og tydelige debatter. Mye fungerer ikke godt nok i praksis. Det er et paradoks når prioriterte pasientgrupper opplever lengre behandlingstid enn ikke-prioriterte pasientgrupper. Det er også et paradoks når politikere som står bak prioriteringene, ikke vil innrømme at å prioritere opp en gruppe betyr at andre vil få mindre.

Til nå har veksten i helsebudsjettene vært så store – i alle fall for spesialisthelsetjenestens del – at det uansett har vært vekst på alle felt. Men en slik situasjon vil være usannsynlig for framtiden. Da vil prioriteringene merkes mer. Folkevalgte må ta ansvar og tørre å si høyt at helsetjenesten har, og vil ha, sine klare begrensninger. For framtiden vil det være mer viktig å satse på forebygging av sykdom enn at absolutt alle pasientgrupper skal få tilbudt det aller nyeste av avanserte behandlingsmetoder.

Det skjer i dag også for mange tilfeldige prioriteringer innen helsevesenet. Det lå f.eks. ikke en bevisst politisk prioritering bak da utgiftene til spesialisthelsetjenesten ble doblet i løpet av få år, etter at staten overtok ansvaret for sykehusene. Økningen gikk på bekostning av forebygging og styrking av kommunehelsetjenesten. Det er også til ettertanke at når en debatterer prioritering i helsetjenesten, er det først og fremst prioritering innen spesialisthelsetjenesten, altså sykehus, vi tenker på. Vi må i stedet se på prioriteringene som skjer i den samlede helsetjenesten. Det er nettopp dette Samhandlingsreformen tar tak i. I denne har Stortinget vedtatt at kommunehelsetjenesten skal prioriteres, og slik sikres større vekst enn sykehusene. Det betyr at spesialisthelsetjenesten vil få mindre. Slik vil vi vri helsetjenesten over på mer forebygging og legge til rette for at vi kan oppdage sykdom tidligere.

De viktigste helseprioriteringene skjer imidlertid ikke på Helsedepartementets felt. Politikk, økonomi og miljø legger de største og mest grunnleggende premissene for befolkningens helsetilstand. Sosiale forhold som arbeid, inntekt og nettverk har stor betydning for helsen. Det er

bekymringsfullt at det er tydelige sosiale og geografiske helseforskjeller i Norge. Studier har vist at uføretrygdede som bor i nabolag med høy inntekt, har høyere dødelighet enn uføretrygdede i bomiljø med mindre sosiale skiller. Overlevelse av ulike kreftformer har vist seg å ha klare sammenhenger med sosial posisjon. I Oslo er det ti–tolv års forskjell i forventet levetid mellom de vestlige og de østlige bydelene. Menn med grunnskoleutdanning i Norge kan forvente å leve syv år kortere enn menn med universitetsutdanning.

Et samfunn som skaper økte forskjeller mellom folk og grupper, utgjør altså en helseisriko i seg selv. Derfor er jeg glad for – og det er det viktig å påpeke – at regjeringen i Soria Moria-erklæringen har som første punkt at vi skal ha en politikk for fellesskap og mer rettferdighet. Å redusere sosiale helseforskjeller er den aller største utfordringen på helsefeltet i årene framover. Dette må også avspeile seg i prioriteringsdebatten.

Sonja Mandt (A) [13:59:45]: Takk også fra meg til interpellanten. Det er en viktig debatt, og det er viktig å ta den kontinuerlig.

Vi har hatt offentlige utredninger og debatter gjennom de siste 25 årene, der vi verdimesseg og i forskrifter har formulert tre grunnleggende kriterier for pasientrettet prioritering. Disse er knyttet til sykdommens alvorlighet, hvor god behandlingen er og forholdet mellom kostnaden og effekten av behandlingen. Men likevel gjenstår hovedutfordringen, og det vanskeligste i prioriteringsdebatten er overgangen til handling. Vi må imidlertid ta tingene i riktig rekkefølge. Det aller, aller viktigste er å unngå skade – det som har vært en etisk ledesnor for helsetjenestene siden antikken. Og så må vi frigjøre ressurser til viktig arbeid ved å redusere uønskede hendelser. Pasientsikkerhetskampanjen i 2011 med hovedvekt på medikamenthåndtering og hygiene vil bidra til det. Deretter må vi unngå å gjøre det som ikke har effekt. I et oppslag med fastlege Jørgen Skavlan i Dagsavisen angis det at det i Sverige i fjor ble operert 10 000 knær unødvendig. Uansett om det er et riktig tall eller ikke, viser dette behovet for å ta kunnskapsbaserte prioriteringer framfor de markedsbaserte prioriteringene. Videre må de prioriteringene som tas, være tydelige nok, allment kjent og i tråd med allmenn oppfatning av rettferdighet. Vi trenger å vite mer om hva folk flest mener skal prioriteres. Her tror jeg litt på innbyggernes gode skjønn, og bevissthet om at vi alle i vanskelige forhold må ta noen valg. Statsråden var inne på den brede høringen som Nasjonal helseplan nå kommer ut på, og den ser jeg fram til, for jeg tror at den kan bidra til å synliggjøre hva folk faktisk tenker, og hva folk tenker om også det vanskelige spørsmålet som er stilt her.

Det er en politisk prioritering å satse på folkehelse og forebyggende medisin. Denne fordrer politisk mot, for det er ikke slik at alle gevinster synliggjøres før førstkomende valg, og fordi de største innsatsområdene er utenfor helsetjenesten vår. Et samlet politisk Norge bør derfor støtte de forslagene i statsbudsjettet som tar folkehelsegrep omkring avgifter på alkohol, tobakk og snus. Verdens helseorganisasjon sier at 80 pst. av hjerteinfarktene, 90 pst.

av sukkersyke, diabetes, og 30 pst. av kreft kan hindres eller utsettes ved mindre bruk av tobakk, alkohol og sukker. Folkehelsebegrepet i budsjettet for 2011 er derfor etter min vurdering mottatt både med respekt og forståelse av de fleste.

Det vanskeligste i prioriteringsdebatten er overgangen til handling. Politisk retorikk blir for utydelig når det kommer til prioriteringer for den enkelte pasienten. Her må handlingene være kunnskapsbaserte gjennom kriterier som faktisk kan formidles allment i vårt samfunn. Kriteriene kan ikke være så detaljerte at vi aldri får debatten om enkeltsakene, men kriteriene må også være så robuste at legitimiteten som det bygges på, kan etterprøves.

Mens vi står her og debatterer, skjer det vanskelige og krevende prioriteringer på kontorene rundt omkring hos legene, ved sykehussengene og på alle våre helseinstitusjoner. Av respekt for det bør vi kanskje i debattene våre legge til rette for slike robuste, kunnskapsbaserte, allment aksepterte kriterier for medisinske prioriteringer. Men debatten er vanskelig, og den er nødvendig å ta hele tiden.

Laila Dāvøy (KrF) [14:03:54]: Jeg må få lov til å takke representantene og statsråden for en god debatt også om denne interpellasjonen.

Representanten Bent Høie var inne på Lønning-utvalgene vi har hatt, og også stortingsmeldingen om verdier, som kom i 1999. Vi har fra vårt politiske ståsted selv sagt gjort en del, men vi er langt fra i mål, og, som Sonja Mandt sa, denne debatten må aldri stoppe. Den må pågå hele tiden. Flere har pekt spesielt på de store utfordringene knyttet til likeverdighet, til at det er store forskjeller og også dette med økonomi – at økonomien kanskje styrer mye. Kanskje skulle vi ha tørket støv av den stortingsmeldingen fra 1999 om verdier for den norske helsetjenesten. Her står det en del om likeverdighet i tjenestetilbudet for alle, bedre helsetjenester ved livets slutt, forutsigbare og tydelige prioriteringer, større vekt på pasientens medbestemmelse og fortsatt lav terskel for kontakt med helsetjenesten. Det var en del av de verdiene som ble trukket frem der.

Nettopp det å trekke frem verdiene i helsetjenesten – altså verdiene den bør bygge på – er om mulig enda viktigere i dag enn før. Det å betrakte de valg vi gjør i helsetjenesten, i et etisk perspektiv, gir oss kanskje andre svar enn når vi gjør det i et markedsøkonomisk perspektiv.

Som det står i meldingen, og nå siterer jeg:

«I ei tid med stor vekt på reformer knytte til økonomi, utstyr, personell, organisering og lovgjeving, er det viktig at ein ikkje mistar av syne kva som er det eigentlege målet med og innhaldet i helsetenesta.»

Kanskje trenger vi et felles verdigrunnlag for helsetjenesten som er overordnet profesjonsetikken – et etisk fundament der vi drøfter hva slags helsetjenester vi vil ha og hvordan vi praktisk kan gjennomføre det, gjerne ut fra representanten Bent Høies inndeling på tre nivåer, der profesjonsetikken er ivaretatt. Innenfor profesjonsetikken pågår etikkdebatten hele tiden – kontinuerlig – også når det gjelder prioritering. Kanskje vi politikere har noe å lære av det?

Helt til sist er jeg glad for at statsråden snart legger frem en ny nasjonal helse- og omsorgsplan, og jeg håper også at den kan fokusere nettopp på verdigrunnlaget for helsetjenesten i forhold til det som er vårt ansvar som politikere – hvordan dette kan skape bevissthet om bedre prioriteringer og viktige prioriteringer fra vårt ståsted.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:06:50]: Helt innledningsvis hadde Fremskrittspartiet et innlegg om at dette var en debatt som dreide seg om penger, og at man ikke kunne sette en prislapp på et menneskeliv. Det er vi veldig enige i, vi skal ikke sette en prislapp på et menneskeliv. Men hvis vi fristiller prioriteringsdebatten fullstendig fra økonomi, tror jeg det bærer ganske galt av sted. Det som er viktig i Norge, og det som også var viktig i den prioriteringsdebatten som var, er nettopp det at norske pasienter skal være trygge på at de får den beste behandlingen de har krav på. Men når vi sier god behandling, best behandling, er det også ut fra at det skal være god, utprøvd behandling. Og jeg ønsker i hvert fall ikke at det skal skapes usikkerhet om at vi får god behandling i Norge. Det vil alltid være et spørsmål om når man skal ta inn nye behandlingsmetoder. Det blir jo også gjort, men det må gjøres på kontrollerte måter.

Jeg vil si at den sterkeste prioriteringen regjeringen gjør i helsesektoren, er Samhandlingsreformen, fordi det er en retningsreform med en sterk prioritering av kronikere, av mange hundre tusen mennesker som ikke har hatt så god behandling i helsevesenet som de kanskje burde hatt, skulle hatt eller hadde hatt krav på, ut fra sin tilstand.

Med henvisning til at man av og til ser litt utover sitt eget land, ikke minst med tanke på folkehelse og hvilke perspektiver vi har der, kommer det signaler fra USA om at denne generasjonen, altså den oppvoksende generasjon, kan være den første generasjonen som lever kortere enn sine foreldre. Det gir noen perspektiver på, og sier også noe om, hva vi er nødt til å prioritere. Og det går langt utover det vi behandler på sykehuset – det går faktisk på hele folkehelsen og folkehelseperspektivet. Så det er alvorlig ment når vi sier at vi må satse på forebygging, vi må satse på folkehelse, og vi må faktisk satse på at vi også fremover skal være et friskere folk.

Presidenten: Debatten i sak nr. 6 er dermed avsluttet.

Sak nr. 7 [14:09:30]

Interpellasjon fra representanten Trine Skei Grande til forsknings- og høyere utdanningsministeren:

«I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 35 for 2007–2008 Mål og mening, den såkalte språkmeldingen, ble tegnspråk anerkjent som offisielt språk, og det overordnede offentlige ansvaret for tegnspråk ble forankret i lovverket. Døve og sterkt tunghørte skal være sikret samfunnmessig deltakelse. Det innebærer bl.a. at det er et stort behov for utdanning, forskning og faglig utvikling med hensyn til tegnspråk og tolking. Undertegnede har tidligere tatt opp utfordringen i forhold til kapasiteten innen

tegnspråk- og tolkeutdanningen med statsråden, jf. bl.a. skriftlig spørsmål nr. 638 for 2009–2010.

Hva slags strategi har statsråden for å sikre utdanning, forskning og faglig utvikling innenfor fag som er helt avgjørende for utviklingen av tegnspråk som offisielt språk?»

Trine Skei Grande (V) [14:10:51]: Jeg tenkte at jeg skulle begynne med det som er ment som en hyggelig oppmuntring til presidentskapet: Når man tar opp saker som angår dette temaet, burde man kanskje ha tolket debatten på tegnspråk. Det var ment som en vennlig henstilling om å vurdere.

Presidenten: Det er notert.

Trine Skei Grande (V) [14:11:10]: Det er bra!

Da vi behandlet språkmeldingen, ble det bestemt at også tegnspråk skal være et offentlig språk i Norge. Men skal man klare å utvikle det, er det mange elementer som skal til før vi kan si at vi tar det på alvor. Døve og andre som bruker tegnspråk i daglig kommunikasjon med sine, er like ulike som alle oss andre, og har ulike behov. Men det er klart at språk er kultur, og språk er formidling. Vi vet gjennom alle de andre områdene der vi har tatt egne språk på alvor, at språk er viktig som kulturformidling og kulturbærer, og at også tegnspråket har sin kultur og sin kulturformidling. Språk er også identitet. Det betyr at mange mennesker i Norge først og fremst har identiteten sin knyttet til tegnspråket og føler at de tilhører en egen språkgruppe i tegnspråket.

Språk er også rettigheter og deltakelse. Venstre har flere folkevalgte som må bruke tegnspråk, og som har problemer med sine rettigheter som folkevalgte fordi de ikke har tilgang på tolker når de skal utføre det vervet folket har valgt dem for å utføre.

I stortingsmeldinga var det veldig mange flotte mål og merknader. Det var opptil 100 tiltak som statsråd Giske lovet at han skulle sette i gang. Problemet er at vi har fortsatt ingen plan og ingen virkemiddel på akkurat dette feltet – eller, som var et av de mange innspillene jeg fikk før denne interpellasjonen ble skrevet: Det virker som om denne regjeringa viser stor forståelse, men det blir ikke noe resultat av det. Vi venter på en ny språklav, men før vi trenger det, må vi ha en helhetlig satsing på å utvikle dette språket.

Dette spørsmålet kunne jeg ha stilt til veldig mange statsråder, for det er et veldig bredt spørsmål. Noe av det faller inn under kulturministeren – det kan sjølsagt statsråden la være å forholde seg til eller svare på – men jeg måtte velge en statsråd, og da velger jeg jo en på det feltet som jeg syns det er viktigst å få gjort noe på. Hele universitets- og høyskolesektoren har jo et ansvar for å utvikle fag – og litt av problemet med tegnspråket som språk er at det i dag er ganske uklart hvor ansvaret ligger i universitets- og høyskolestrukturen vår. Kanskje bør noen ha ansvaret for å følge opp det faget som fag?

For at man skal klare å etablere et miljø rundt formidling av et språk, er det viktig å forske på det språket og ut-

viklinga av det. Det er i dag i Norge veldig minimalt, sjøl om vi har noen, og vi burde hatt flere. Vi bør også sørge for fagets utvikling, sørge for at det er et akademisk miljø som kan drive tegnspråket inn i den rollen det skal ha som et offisielt språk i Norge. Lingvistikken bør utvikles, og språket bør jo utvikles hele tida.

Ansvar for tolketilbudet – i hvert fall utdanninga – ligger under denne statsråden. Det ser vi stadig vekk nedbygges. I Tolkeutredningen 2008 ble det lovet 30 nye tolker. Dem venter vi fortsatt på. Og jeg vet at i hvert fall 15 studenter her i Oslo har måttet avslutte studiene sine, fordi de ikke har tolker.

Så gjelder det kompetanse i tegnspråk: Hvis tegnspråk skal være et offentlig språk, må mange etater som forholder seg til døve og tunghørte som har det som hovedspråk, også forholde seg til dem på det språket.

Jeg har fått mange henvendelser som løfter spesielt to områder. Det ene gjelder barnevernet. Barnevernet bør ha kompetanse i tegnspråk for å gå inn i familier som trenger spesiell assistanse. En döv skrev til meg at det å gå i terapi, som også døve av og til trenger, er veldig mye mer slitsomt hvis du må ha en tolk. Det føles også mye mer utleggende hvis du må ha en tolk, enn om en på mange fagområder faktisk hadde hatt terapeuter som hadde kunnet tegnspråk.

Jeg har en drøm som jeg håper at statsråden kanskje kan dele med meg. Flere hørende som har gitt meg tilbakemeldinger om dette, har sagt: Hvorfor er det ikke lettere for hørende å lære tegnspråk, kanskje ha det som et fremmedspråk i skolen? Det er min drøm. Min drøm er at når noen velger spansk og tysk, så kan andre velge tegnspråk som et studieforberedende fag, kanskje i forbindelse med et yrke man skal få, eller man har en venninne som er döv, eller andre i omgangskretsen som er døve, som en gjerne vil kommunisere med på deres språk. Det burde det ha vært et tilbud om – om vi ikke får det til alle steder, så noen steder. Spesielt på de stedene man har døve elever, må det være mulig å gi et tilbud, slik at folk kan velge tegnspråk som et fremmedspråk i sin fagkrets.

De ungene som i dag vokser opp med implantat, er egentlig tospråklige unger som forholder seg til en muntlig, hørende hverdag, men som de ikke helt kan delta i på samme måte som oss andre. De har en fot i tegnspråket, som er et av deres språk, og bør egentlig behandles slik vi behandler andre tospråklige unger.

Statsrådens hovedansvar handler om tolker, og det handler om å utvikle faget. Jeg har en drøm om at dette skal bli et av de språkfagene som vi er med på å utvikle, som vokser, og som også gir det dannesperspektivet som vi ønsker at andre fag på våre skoler skal ha.

Mitt spørsmål er: Hvilken strategi har statsråden for utdanning, forskning og faglig utvikling av tegnspråk som et eget språk?

Geir-Ketil Hansen hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Tora Aasland [14:18:11]: Representanten Skei Grande er prisverdig nok i sin interpellasjon opp-

tatt av at døve og sterkt tunghørte skal ha mulighet til å kunne delta i samfunnslivet. Dette er selvsagt et mål som jeg fullt ut kan slutte meg til. Det var også utgangspunktet i mitt svar av 15. februar i år på spørsmål til skriftlig besvarelse, som representanten Skei Grande også viser til i sin interpellasjon. I svaret la jeg vekt på at god tilgang på godt kvalifiserte og kompetente tolker er en viktig forutsetning for at døve og tunghørte skal kunne gå inn og delta aktivt i samfunnet. Jeg vil her tilføye at dette er et viktig premiss på veien mot å realisere et overordnet mål om et universelt tilgjengelig samfunn for alle.

I samme svar viste jeg også til Tolkeutredningen 2008, som også representanten var inne på. Den er utført på oppdrag fra det daværende Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Utredningen ble lagt fram 30. mai 2008. Utredningen inneholder en rekke forslag til videreutvikling av tjenestetilbud for døve, døvblinde og hørselshemmede. Enkelte av forslagene i utredningen ligger i grenseflaten mellom høyere utdanning og det regelverket som nå forvaltes i Arbeidsdepartementet. Jeg har notert meg at det i utredningen bl.a. foreslås etablert en spesialisert skrivetolkutdanning ved en utdanningsinstitusjon, og at det foreslås at Nav etablerer et etterutdanningstilbud til tolker. Videre foreslås det at institusjoner som tilbyr tolkeutdanning, utarbeider videreutdanningstilbud.

Jeg er kjent med at Arbeidsdepartementet vil vurde-re Tolkeutredningen 2008 i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Forslagene som går på høyere utdanning i utredningen, vil naturlig kunne tas opp i en dialog mellom Arbeidsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

I interpellasjonen viser representanten Skei Grande også til språkmeldingen, dvs. St.meld. nr. 35 for 2007–2008 Mål og mening. I språkmeldingen drøftes forhold knyttet til tegnspråkets stilling i samfunnet. Gjennom stortingsbehandlingen av meldingen ble norsk tegnspråk offisielt godkjent som et fullverdig språk. Jeg er helt enig i representantens vurdering av tegnspråket som språk. Det er lagt opp til at dette skal formaliseres ved at norsk tegnspråk blir omfattet av allmenn språkløp, som etter planen skal danne en samlet ramme om den totale språksituasjonen i Norge. Det er meningen at dette skal inngå som en del av et større språkpolitisk lovarbeid som Kulturdepartementet vil starte opp i nær framtid.

Språkmeldingen setter også søkelyset på omfanget av tegnspråktolking og andre kommunikasjonsmetoder. Ifølge tall fra Norges Døveforbund er det ca. 5 000 døve som har et klart behov for tegnspråktolking.

Det er ikke grunn til å anta at behovet for tolketjenester vil bli redusert i framtiden.

Den demografiske utviklingen, den såkalte eldrebølgen, vil trolig også føre til at vi får flere som blir døve eller sterkt tunghørte, og som ofte vil bli det i voksen alder. Disse vil kunne ha problemer med å tilegne seg kompetanse i tegnspråk, og i så måte vil skrivetolking være en alternativ kommunikasjonsform.

Innenfor høyere utdanning ble de første studietilbudene i tegnspråk satt i gang på 1980-tallet. Statens spesiallærerhøgskole etablerte i 1989 en ettårig heltidsutdanning

av tolker for hørselshemmede. I dag er det utdannings-tilbud ved Universitetet i Oslo, Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Innenfor høyere utdanning skal det samlet sett være et utdanningstilbud som svarer til det behovet som er i samfunnet. Det er generelt slik at det er institusjonene selv som har ansvar for å bestemme hvilke fag, emner, utdanningsløp og utdanningsopplegg som skal tilbys studentene, nettopp ut fra en vurdering av samfunnets behov. Institusjonene har et ansvar for å utforme sin egen strategi, sette mål og disponere sine ressurser for å kunne realisere dette. På denne måten sikres autonomien. Samtidig gir det institusjonene fleksibilitet i utviklingen av utdanningstilbudet, slik at det er tilpasset samfunnets behov.

Innenfor disse rammene skal institusjonene selv sørge for å gjennomføre et faglig utviklingsarbeid ved de utdanningene som tilbys ved institusjonene. Det er derfor generelt ikke slik at jeg kan gå inn og styre de faglige prioriteringer som gjøres på institusjonsnivå.

Selv om institusjonene har faglig autonomi, er det likevel fra departementets side satt aktivitetskrav til enkelte utdanninger. Dette er utdanninger der det er samfunnsmessig viktig å styre kapasiteten nasjonalt. For bachelorutdanningene ved høgskolene i Bergen og Sør-Trøndelag er det satt aktivitetskrav for å sikre kapasitet. Det er ikke stilt tilsvarende aktivitetskrav til tegnspråkutdanningen ved Universitetet i Oslo.

Som kjent vurderer Universitetet i Oslo nå den framtidige driften av sine studietilbud innen tegnspråk og tolking. Jeg er gjort kjent med at Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo er i dialog om overføring av utdanningene til høgskolen. Dette vil innebære en virksomhetsoverdragelse som bl.a. krever involvering av tilsatte. Saken er ennå ikke helt slutført, men departementet bidrar nå til å avklare en del juridiske spørsmål.

Jeg er sikker på at en overføring til Høgskolen i Oslo vil kunne innebære en styrking av utdanningstilbudet. Høgskolen har allerede en stor del av sin virksomhet rettet mot profesjonsutdanning og har lang erfaring med viktige faglige utfordringer som også er relevante for en tolkeutdanning, f.eks. forholdet mellom praksis og teori i utdanningen. De har også et eget senter for profesjonsstudier, som skal stimulere til forskning og kritisk refleksjon innen profesjonsstudier. Høgskolen har videre en rekke andre tolkeutdanninger, og overføringen av utdanningen til høgskolen gjør at vi kan få større faglig konsentrasjon og en sterkere faglig utvikling. Høgskolen vil derfor kunne være en god og naturlig havn for tolkeutdanningen.

Jeg er også kjent med at dersom Høgskolen i Oslo overtar denne utdanningen, har de mulighet til å ta opp flere studenter enn det universitetet har hatt til nå. Jeg er innstilt på å styrke en eventuell utdanning ved høgskolen med flere studieplasser.

Jeg vil videre peke på at all høyere utdanning skal være forskningsbasert. Institusjoner har et ansvar for å sikre at undervisning, forskning og faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid holder et høyt faglig nivå. Et helt sentralt element i dette er strategisk satsing på forskning som gir grunnlag for god utdanning. Institusjonene må

også sørge for at det er en god kobling mellom forskning og utdanning. Med aktivitetskrav til utdanning følger det derfor også krav til forskning og faglig utvikling på vedkommende fagområde.

Fagmiljøene knyttet til tolkeutdanning er ikke brede og store nok til at egne forskningsprogrammer er hensiktsmessig. Forskningsrådet har imidlertid generelle forskningsprogrammer som fagmiljøene må posisjonere seg for. Et eksempel er Utdanning 2020, som bl.a. skal styrke kunnskapsgrunnlaget for profesjonsutdanning og profesjonsutøvelse og fremme forskning på høyt vitenskapelig nivå.

Departementet har nylig hatt et møte med representanter for brukerorganisasjonene hvor spørsmålet om den videre tegnspråk- og tolkeutdanningen ble tatt opp. Organisasjonenes ønsker som kom fram på dette møtet, kan summeres opp slik:

- Det er ønskelig med flere studieplasser innen tegnspråk.
- Det er ønskelig med en gjennomgang av kvaliteten på disse utdanningene og videreutvikling av disse i takt med differensierte behov i brukergruppene.

Jeg vil vurdere på hvilken måte og i hvilken utstrekning de innspill som er kommet fra brukerorganisasjonene, skal følges opp videre. Flere studieplasser vil jeg som nevnt jobbe for å få til. Hovedmålet er i hvert fall klart: Tegnspråk- og tolkeutdanning skal ha høy kvalitet, utdanne godt kvalifiserte tolker, og gjennom det skal døve og tunghørte sikres en god samfunnsmessig deltakelse.

Trine Skei Grande (V) [14:26:27]: Jeg vil gjerne takke statsråden for det jeg syns var et godt svar. Hun tok seg veldig inn på slutten. Det jeg tror er en viktig distinksjon mellom starten og slutten på statsrådets innlegg, er at starten handler veldig mye om sosialpolitikk, mens slutten, som er veldig viktig, vil jeg gjerne utfordre statsråden på å si litt mer om.

Når man anerkjenner et språk som et offisielt språk i Norge, sier man noe om kultur og dannelse rundt det språket. Vi har, når det gjelder samisk – sørsamisk, lulesamisk og de ulike dialektene – hatt en erkjennelse av at det faktisk er kulturformidling i språket. Døvespråket er også en kultur. Alt knyttet til tegnspråk og formidling er også en kulturformidlingsarena. Og det er klart at hvis man skal ta vare på et språk, kan man ikke bare ta vare på en liten bit eller behandle det som en sosial hjelp til noen som trenger det. Man må faktisk behandle det som et språk. Da er kultur, dannelse, utdanning og forskning innenfor det området veldig viktig.

Jeg har ingen sterke meninger om hvilken institusjon som bør ha et sånt ansvar. Jeg er godt kjent med det som skjer i Oslo – som også statsråden redegjorde for. Det viktige for meg er at ansvaret ligger et sted, at noen har ansvaret for å følge opp dette faget til det akademiske nivå som et offisielt språk faktisk skal ha. Så er det viktig å sørge for å knytte til seg de profesjonene man ønsker skal tilby dette. Det er det jeg ønsker å fokusere på. I stedet for at Nav skal tenke at de skal hjelpe noen døve, bør egentlig en viss kvote av alle som utdan-

ner seg på det fagfeltet, også få tilbud om å ha tegnspråk i fagkretsen.

Jeg skulle gjerne hatt statsrådets kommentar til mine tanker om å gjøre tegnspråk til et fremmedspråk man kan velge. Sjøl om det ligger nedenfor utdanningsgraden som statsråden har ansvar for, mener jeg det hadde vært en veldig stor styrke for å utvikle faget hvis skoler kunne tilbudt tegnspråk som et fremmedspråk både for hørende og for andre som bruker tegnspråk i hverdagen sin.

Statsråd Tora Aasland [14:29:10]: Jeg vil minne representanten, og interpellanten, om at hun selv startet sitt innlegg i interpellasjonsdebatten med å si at spørsmålet hennes kunne vært reist til mange statsråder. Jeg vil fastholde at dette er vel så viktig for Arbeidsdepartementets ansvarsområde som for Kunnskapsdepartementets og Kulturdepartementets område. Det er en sak som har flere sider, for det gjelder både brukere og andre som har behov for tegnspråk – enten det er den skriftlige tolkingen eller bruk av tegnspråk for å kunne være med på alle viktige områder i samfunnsliv, utdanning og kulturliv. Det har å gjøre både med Arbeidsdepartementets ordninger og med våre ordninger innenfor utdanningsområdet.

Men jeg tar gjerne utfordringen fra interpellanten på alvor når det gjelder tegnspråk både som en del av vår generelle språkpolitikk og som en del av vår viktige kulturformidling. Så her tror jeg det ligger veldig godt til rette når dette nå blir, slik som det ser ut til, et fag ved Høgskolen i Oslo, som sammen med de to andre høyskolene kan videreutvikle en strategi for dette, både som en del av en profesjonsutdanning og som en del av den forskningen de faktisk driver innenfor profesjonsfag, inklusive hele dannelsesperspektivet og språkpolitikken. Jeg tror faktisk at dette kan være en bedre måte å forankre utviklingen av tegnspråket på enn en tilværelse ved Universitetet i Oslo hvor vi så at man var i ferd med å trappe det ned.

Så jeg har stor forhåpning til at den overføringen som er i ferd med å bli sluttført, skal være en vellykket begynnelse på en bedre tilværelse for alt som har med døvespråket og tegnspråket å gjøre, og at vi også kan komme dit hen at man, på samme måten som når det gjelder de ulike variantene av samisk, kan velge tegnspråk som noe man lærer seg i tillegg til de nødvendige to språkformene vi har i norsk. Så jeg er med på diskusjonen om dette og skal gjerne være med på å stimulere de høyskolene dette angår, til å være med på en slik strategi videre.

Anna Ljunggren (A) [14:31:57]: Først vil jeg takke interpellanten for å ha tatt opp dette temaet i salen i dag. I likhet med henne er jeg og Arbeiderpartiet opptatt av at døve skal gis muligheten til å delta i samfunnslivet, de som er født døve eller med svak hørsel, så vel som de som i voksen alder opplever å miste hørselen.

Denne regjeringen har et mål om et universelt samfunn for alle, derav loven om universell utforming. Tolkere er sentrale for at døve skal kunne delta i samfunnet, og jeg setter stor pris på Skei Grandes engasjement på dette feltet her i dag.

Det er ingen tvil om at utdanning, forskning og faglig

utvikling med hensyn til tegnspråk og tolkning er sentralt for samfunnsdeltakelsen til døve. Tegnspråk har en lang historie. På enkelte døveskoler ble tegnspråk benyttet i undervisningen så tidlig som på slutten av 1800-tallet. Men det var ikke før fra 1970-tallet at undervisningen for alle døve ble endret til å omfatte ulike tegn for ord. Etter hvert som tegnspråkforskningen viste at tegnspråk var et naturlig utviklet språk med egne grammatiske særtrekk, skjedde det en grunnleggende endring i forståelsen av døve som en språklig minoritet.

På nettsidene til Høgskolen i Sør-Trøndelag kan en lese at norsk tegnspråk er «både undervisningsspråk og undervisningsfag, og tospråklig (..) målet for opplæringen av døve barn og unge» i dagens undervisning.

Fra og med 1997 har døve barn og unge med tegnspråk som førstespråk rett til opplæring i og på tegnspråk. Dette har fått konsekvenser for opplæringen av døve, deres familier og pårørende og andre som omgås tegnspråkbrukere. Blant annet er opplæringen i tegnspråk blitt en viktig del av tilbudet til foreldre til døve og tunghørte barn og i den språklige opprustningen av lærere for døve. Dette er noe utdanningsinstitusjonene som underviser i tegnspråk, har måttet ta inn over seg, og i lys av dette er det naturlig at det er behov for mer undervisning tilpasset brukerne, pårørende og hjelperne, altså tolkene. Det er naturlig også at vi får mer forskning og utvikling på dette feltet.

Jeg er imidlertid skeptisk til at Stortinget og statsråden skal blande seg inn i opprettelse og nedleggelse av studier ved universiteter og høyskoler. Institusjonene skal ha en viss autonomi. Når det kommer til snevre studier som tolkestudier, er det ingen tvil om at det er behov for at departementet følger med, slik at ikke disse tilbudene blir radert vekk fra norske utdanningsinstitusjoner. Jeg er derfor glad for statsrådets presisering rundt forholdene til de tre institusjonene som tilbyr tolkeutdanning i dag, Universitetet i Oslo, Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Sør-Trøndelag, og at det stilles aktivitetskrav til de to høyskolene, men ikke til Universitetet i Oslo. Det er også gledelig å høre fra statsråden at det er på gang en løsning mellom Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo som vil redde det studietilbudet, der det kan være mulig å etablere flere plasser, og at det vil være en styrking av tilbudet.

Igjen vil jeg takke interpellanten for et godt innlegg, som viser hvor sammensatt dette temaet er.

Bente Thorsen (FrP) [14:35:35]: Først vil jeg takke representanten Trine Skei Grande for å ta opp denne viktige saken, om utdanning av tilstrekkelig mange tegnspråktolkere. Vi er alle klar over hvor viktig det er med språk og kommunikasjon og betydningen av å kunne kommunisere og forstå hverandre.

Denne interpellasjonsdebatten setter søkelys på dagens situasjon og hva som nå er i ferd med å skje overfor døve eller de som er så hørselsskadde at de har behov for tolk i ulike situasjoner. Det viser seg at det allerede i dag er for få tegnspråktolkere, og når Universitetet i Oslo ut fra økonomiske forhold har prioritert vekk tolkestudiet og dermed bestemt seg for ikke å ta opp studenter til studiet i år, bedrer ikke det utfordringene de døve står overfor i dag-

liglivet. At dette kan få alvorlige og ekskluderende konsekvenser med hensyn til mange arenaer og situasjoner for døve, sier seg selv.

Allerede i dag er det et problem for mange døve at de f.eks. ved legebesøk ikke har tilgjengelig tolk. Kommunikasjon med legen må foregå ved å skrive lapper til hverandre. Det er også viktig i forbindelse med yrkesdeltakelse – mange hørselshemmede kan være yrkesaktive hvis de får tolkehjelp. I forbindelse med utdanning blir det også vanskelig. Vi har jo et mål om at alle skal ha like muligheter til utdanning og arbeid. Dette målet oppfylles ikke når hørselshemmede ikke får den tolketjenesten og den tilgang til undervisning som de har krav på.

Både sosialt og økonomisk er det en stor fordel å ha tilstrekkelig mange tolker. Det er viktig å hindre utenforskap i storsamfunnet. Det har alle som har hatt ordet i debatten til nå, vært helt enige om. Som generalsekretær i Hørselshemmedes Landsforbund, Geir Lippestad, uttalte: Tolker er ikke bare viktige i jobbsammenheng, men også i det sosiale liv.

For eksempel fikk flere hundre mennesker gleden av å oppleve «Mamma Mia» fordi stykket ble tolkeskrevet. Hørselshemmede fra hele landet kom reisende til Oslo og fikk en god kulturopplevelse. Dette må ikke bare være forbeholdt Oslo, det må bli mye mer vanlig utover det ganske land at hørselshemmede og døve får et slikt tilbud.

Dette temaet var også oppe til bred behandling i Stortinget i forbindelse med St.meld. nr. 35 for 2007–2008 Mål og mening. Ein heilskapleg norsk språkpolitikk. I debatten om språkmeldingen ble det ytret en del selvsikret fra regjeringsmedlemmer, ikke minst fra kulturminister Giske, som holdt fram at det måtte en rød-grønn regjering til for å få gitt tegnspråket en offisiell status.

Fremskrittspartiet var, og er, glad for at tegnspråk nå er anerkjent som fullverdig språk ved at det ble forankret i lovverket, men å forankre noe i lovverket er ikke godt nok. Det må være vilje til å sikre utdanning av tegnspråktolker med økonomisk satsing og politisk tilrettelegging. Hvis ikke blir det kun festtalene igjen, og så får hver og en av oss tolke regjeringens behandling av saken.

God tilgang til døvetolker er viktig for at døve og sterkt hørselshemmede skal kunne ta del i samfunnet. Det er også noe alle er enige om. Fremskrittspartiet vil nødvendigvis gripe inn i den akademiske friheten, men det må være lov å stille spørsmål ved prioriteringene til de institusjonene som vil legge ned tolkeutdanningen. Det må også være lov å stille spørsmål ved regjeringens vegring mot forpliktelser for å sikre at døve og sterkt tunghørte får delta i samfunnet.

Vi må sørge for å opprettholde tolkeutdannelsen og sørge for en langsiktig og forutsigbar finansiering av dette. Alle skal med, sa regjeringen. Fremskrittspartiet mener at dette også bør gjelde for de hørselshemmede.

Statsråd Aasland er positiv til at Høgskolen i Oslo overtar døvetolkingen, og det synes jeg var et veldig godt signal som er med på å slå beina under det jeg sa her tidligere, men regjeringen har ikke vist handlekraft til nå i denne saken. Det viktigste for oss i Fremskrittspartiet er faktisk ikke hvem som har utdanningen, men hvem som ivaretar utdanningen.

Når det gjelder det Trine Skei Grande sier om tegnspråk som valgfag i fremmedspråk, og helst allerede på grunnskolenivå, kan det være en god løsning på både kort og lang sikt for at de døve skal få ta del i alle sider av samfunnet.

Henning Warloe (H) [14:40:45]: Jeg merker meg at Fremskrittspartiet også i denne debatten har en noe bred definisjon av begrepet akademisk frihet.

Det er prisverdig av interpellanten å ta opp igjen situasjonen for gruppen døve i Norge. Det har hun også gjort tidligere, i et skriftlig spørsmål, og Høyres Elisabeth Aspaker gjorde det tidligere i år. Så vi er altså flere som er urolige for den risikoen vi løper for at utdanningskapasiteten for tegnspråktolker, eller døvetolker, som vel er det begrepet som brukes i dagligtalen, skal bli redusert i årene som kommer. Det paradoksale er at dette kan skje samtidig som det fra mange hold rapporteres om økt behov og vanskeligheter med å få tak i tolker når bestilling skal gjøres. Det er naturligvis et ytterligere paradoks at Stortinget gjennom behandling av den såkalte språkmeldingen har anerkjent tegnspråk som offisielt språk, og dermed gitt de døve økte rettigheter, samtidig som muligheten til å nyttiggjøre seg disse rettighetene kan bli dårligere.

Sentralt i denne saken står altså å sikre utdanning av et tilstrekkelig antall tegnspråktolker for å dekke behovet i årene som kommer. Utdanningen skjer i dag ved Universitetet i Oslo og ved høyskolene i Bergen og Sør-Trøndelag. Det foreligger, som vi allerede har hørt i debatten, nå et forslag om å legge ned utdanningen i Oslo, slik statsråden omtalte i sitt innlegg.

I svaret fra kulturministeren på Elisabeth Aspakers skriftlige spørsmål datert 3. mai i år sies det at tilgangen på tegnspråktolker er den kritiske faktoren. Kulturministeren tar videre til orde for «et mer helhetlig grep for å sikre og utvikle tegnspråkbrukernes interesser og rettigheter» og «vil derfor i nær fremtid vurdere i samråd med andre berørte departementer hvordan vi mest hensiktsmessig kan arbeide videre med saken» – i nær fremtid altså. Jeg vet ikke om tidspunktet «nær fremtid» har inntruffet allerede, men en lovproposisjon om lovfesting av tekst- og tolketilbudet på tv er i alle fall varslet til kommende årsskifte.

Jeg har stor forståelse for at oppfølgingen av ulike deler av språkmeldingen selv for dette relativt avgrensede området krever utredninger, vurderinger og samordning mellom ulike departementer. Men det er urovekkende at et så sentralt tiltak som utdanningskapasitet risikerer å bli betydelig redusert mens man tenker seg om. Høyre vil derfor stille seg bak oppfordringen fra brukerorganisasjonene til statsråden om å gjøre tiltak for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet for døvetolker allerede nå og først og fremst sikre en videreføring av utdanningstilbudet i Oslo. Derfor er vi veldig glad for den dialogen som nå er opprettet med Høgskolen i Oslo, som statsråden gjorde rede for, og har store forventninger til at tilbudet kan bygges ut og kanskje gjøres enda bedre hvis Høgskolen i Oslo overtar dette viktige utdanningstilbudet.

Johannes Rindal (Sp) [14:44:04]: Interpellanten Skei Grande tar opp et grunnleggende viktig tema, nemlig hvordan vi kan bruke utdanningssystemet for å sikre at alle kan delta i samfunnet. Målet om et universelt utformet samfunn handler om mer enn fysisk tilrettelegging; det handler også om annen praktisk hjelp i hverdagen, f.eks. tolking.

For døve og personer med nedsatt hørsel er det avgjørende å ha et kvalitativt og tilgjengelig tolketilbud. Retten er hjemlet i folketrygdloven, men vi vet at tilbudet i dag er mangelfullt. Ett eksempel er spesielt slående: Da Hørselshemmedes Landsforbund skulle diskutere oppfølgingen av Tolkeutredningen på Stortinget, var det ikke mulig å oppdrive skrivetolk. Det er tydelig at behovet for å utdanne tolker er stort.

Derfor er det gledelig at statsråden har et spesielt fokus på studietilbudet innen tegnspråk og tolking. Flytting av utdanningen fra Universitetet i Oslo til Høgskolen i Oslo er i prosess, og det er viktig at dette følges aktivt opp fra departementets side, slik at man både bevarer et slikt utdanningstilbud i regionen, øker kapasiteten og ivaretar den faglige kvaliteten som er nødvendig for å videreutvikle tilbudene. For Senterpartiet er det også viktig at anbefalingene fra Tolkeutredningen, bl.a. knyttet til skrivetolkutdanning, blir fulgt opp.

Regjeringen har gjort mye positivt for å heve statusen til tegnspråk. Som både interpellanten og statsråden var inne på, ble tegnspråk offisielt godkjent som fullverdig språk ved behandlingen av St.meld. nr. 35 for 2007–2008 Mål og mening. Som statsråden også var inne på, ligger flere av forslagene i Tolkeutredningen i skjæringsfeltet mellom Arbeidsdepartementets og Kunnskapsdepartementets arbeidsområde. Det er nå over to år siden utredningen lå på bordet, og departementene må samarbeide tett om oppfølgingen framover.

Behovet for tolketjenester og tilrettelegging vil øke i årene som kommer. Et interessant perspektiv som statsråden dro opp, var betydningen av det økende antall eldre framover og utfordringene knyttet til nedsatt hørsel i denne gruppen. Dermed er det klart at også kommunene er en sentral medspiller i utviklingen av et best mulig tilbud for disse. Samtidig skjer det mye spennende utviklingsarbeid innen helseteknologi som også er svært relevant for døve og dem med nedsatt hørsel.

Vigdis Giltun (FrP) [14:46:49]: Interpellanten tar opp et viktig og veldig aktuelt tema. Jeg kan fortelle at Fremskrittspartiet på sitt landsmøte sendte direkte tolking for hørselshemmede. Det oppfordrer jeg andre partier til å følge opp, for det er viktig at også hørselshemmede kan følge den politiske debatten – også når det er direktesendinger. Kanskje det også kan bli sånn på tv etter hvert. Så Fremskrittspartiet tar dette på alvor.

Man snakker mye om det inkluderende samfunnet. Alle skal med, alle skal ha rett til utdanning og jobb. Forutsetningen for å kunne delta er for mange at man får tilrettelegging, eller at man får de hjelpetiltakene som er nødvendig.

Nylig sendte jeg et spørsmål til statsråd Bjurstrøm – det er jo mange statsråder som er berørt av dette. Det var i forbindelse med at elleve hørselshemmede førsteårsstudenter

ikke fikk tolkehjelp da de begynte studiene sine. Det vil si at studentene ikke får oppfylt sine rettigheter. Det er ikke lett å begynne studier når du ikke forstår hva det blir forelest om. Tolketjenestens begrensede kapasitet har vært velkjent veldig lenge. Selv om kultur og fritid har vært nedprioritert, ser man nå at manglende kapasitet rammer både studenter og andre som har behov for tolketjenester, når de skal ut i arbeidslivet.

På Navs hjemmeside har man kunnet lese følgende:

«Vi gjør oppmerksom på at vi ikke kan garantere for at alle studenter som trenger tolk ved oppstart av nye studier vil få det. Vi er satt til å prioritere studenter som allerede er i et pågående studieløp.»

Men de vil likevel prøve å hjelpe til.

Det er altså lite forutsigbarhet for dem som ønsker å starte studier, om de vil kunne forstå og klare å følge studiene på lik linje med andre. Tryggheten for at man vil ha utbytte av studiene, er altså ikke til stede. Det er ikke nytt, dette har man visst lenge.

I Tolkeutredningen fra 2008 ble det fremmet 25 forslag til forbedringer, og de er ikke fulgt opp. Det er snart tre år siden. Statsråden sier nå at de vil vurdere ulike tiltak i 2011, men dette haster! Det er stadig flere som har behov for tolketjenester. Det har vært nevnt utdanningen til skrivetolk – det er det et skrikende behov for. Det er ikke nok med et kurs for å bli utdannet til skrivetolk. Det er en utdanning som krever høy kvalitet for at den skal fungere tilfredsstillende.

Vi er i en situasjon hvor mange hørselshemmede faktisk hindres i å delta både i arbeidsliv, i utdanning og i fritidsaktiviteter. De får ikke rettighetene sine oppfylt. Jeg håper nå at de ulike statsrådene setter seg sammen og blir enige om hvordan de skal løse dette problemet raskt, og at man får opp utdanning og kapasitet, sånn at de som har behov for denne hjelpen, får den hjelpen de har rett til og krav på, og at de kan få mulighet til å delta i samfunnet på den måten man sier at de skal.

Trine Skei Grande (V) [14:50:19]: Jeg synes det har blitt en fin debatt, og jeg er veldig glad for at alle partiene deltok – jeg regner da statsråden som SV-er.

Det gir oss et håp om at mye må skje. Men jeg er veldig enig med representanten Giltun i at det er veldig mye som er ugjort på dette feltet. Det er veldig mange lovnader som er gitt, men som også er brutt. Så dette handler i bunn og grunn om rettigheter til aktivitet og rettigheter til deltakelse. Det er klart at vi kan gjøre mye med vårt politiske system også. På samme måte som Fremskrittspartiet døvetolket sitt landsmøte, prøvde vi å legge ut alt brosjyremateriell i valgkampen i tegnspråkversjon – og det er alle mulighetene som YouTube og andre nettløsninger gir til også fattige partier. Jeg vil oppfordre alle andre partier til å tenke på hvordan vi skal få mobilisert denne gruppa til enda større politisk deltakelse. Det er en utfordring både for Stortinget og for partisystemene våre.

Det siste jeg skal komme med, er en oppfordring til statsråden om virkelig å følge opp disse lovnadene og også å sørge for at hele regjeringa klarer å følge opp dette. Hvis vi skal klare å gjøre det løftet som det er å si at tegn-

språk skal bli et offisielt språk, og at det skal bli mer enn en merknad i en stortingsmelding, er det ganske viktig at hun får med seg alle statsrådene rundt statsrådsbordet for en felles plan for hvordan vi skal løfte dette språket på ordentlig vis. Det er ikke bare snakk om penger, det er også snakk om vilje.

Statsråd Tora Aasland [14:52:20]: Det er helt klart at det er snakk om vilje, og jeg trodde jeg var rimelig tydelig i mitt første innlegg på den nødvendige konkrete oppfølgingen når det gjelder utdanningen i Oslo, som vil følge med en eventuell overføring til Høgskolen i Oslo. Jeg var tydelig på å si at i tilfelle vi får en avklaring av hvor denne utdanningen skal være, vil vi trå til med flere studieplasser, og vi vil kunne se utdanningen i tegnspråk og av tolker i sammenheng med viktig kunnskapsutvikling både ved den høyskolen – altså Høgskolen i Oslo – og ved de to andre stedene hvor dette skjer i dag, nemlig Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Så det å utdanne nok tolker er mitt konkrete mål nr. 1, som er høyskolenes, kanskje universitetenes – men først og fremst høyskolenes – ansvar. Det vil vi oppnå ved å legge til rette for flere studieplasser. Som organisasjonene selv sa i møte med departementet, som jeg refererte til: Det er også ønskelig med en gjennomgang av kvaliteten på disse utdanningene og videreutviklingen av utdanningene i takt med differensierte behov i brukergruppene. Det må vi også ta med oss og stimulere dem som har ansvaret for studietilbudene, slik at de er villig til å se med kritisk blick på studiene for å fornye dem og gjøre dem best mulig, i takt med samfunnets behov.

Jeg har også lyst til å nevne at vi i den andre enden, for at studentene skal få utvikle sine studier og praktisere sin utdanning i forhold til universitetene og høyskolene som de går på, i årets budsjett har fremmet forslag om en bedre studiefinansiering spesielt for funksjonshemmede studenter. Det er klart at er man døv, trenger man først og fremst en døvetolk, men man kan også trenge et bedre økonomisk grunnlag for å få hjelp til det som man trenger ekstra i sin studiehverdag. Jeg er overbevist om at en bedre studiefinansiering for funksjonshemmede studenter også vil være til god hjelp for de studentene som er døve.

Men det første og viktigste ansvaret er å utdanne nok døvetolker. Der legger vi til rette for den prosessen som er nå mellom Universitetet og Høgskolen, og jeg har stor tro på at den kommer til å føre til at vi både i Oslo, Bergen og Trondheim nå får et meget godt grunnlag til å utdanne døvetolker.

Så tar jeg de forslagene som er kommet i debatten om viktig samarbeid og samspill med andre statsråder, på alvor og skal selvfølgelig følge opp også på den måten i saken videre.

Presidenten: Debatten i sak nr. 7 er dermed avsluttet.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Den innkalte vararepresentant for Nordland fylke, Kari *Storstrand*, har nå tatt sete.

Det skal votes over sakene på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

lov

om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre

§ 1

Cape Town-konvensjonen 16. november 2001 om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre og protokoll 16. november 2001 til konvensjonen om særlige forhold for luftfartøysløsøre gjelder som lov.

§ 2

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

§ 3

Fra den tid loven trer i kraft gjøres følgende endringer i andre lover:

1. I lov 26. juni 1992 nr. 62 om tvangsfullbyrdelse gjøres følgende endringer:

§ 11-1 nytt tredje ledd skal lyde:

Den som har registrert en sikkerhetsrett i mobilt løsøre etter Cape Town-konvensjon 16. november 2001 om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre og protokoll 16. november 2001 om særlige forhold for luftfartøysløsøre, kan begjære dekning etter konvensjonens og protokollens regler eller etter reglene i dette kapitlet.

Nåværende tredje, fjerde og femte ledd blir nye fjerde, femte og sjette ledd.

§ 11-2 første ledd bokstav c, d, og ny bokstav e skal lyde:

(c) lovbestemt panterett for skatt eller avgifter til stat eller kommune, for sameiets krav etter sameieforholdet i seksjonssameier, *lovbestemt pant etter akvakulturloven § 20*, og for borettslagets krav etter andelslagsforholdet i borettslag,

(d) registrert lovbestemt panterett,

(e) *registrert internasjonal sikkerhetsrett i mobilt løsøre, jf. lov om internasjonale sikkerhetsretter.*

2. I lov 11. juni 1993 nr. 101 om luftfart (luftfartsloven) tilføyes det et nytt avsnitt G i lovens kapittel III som skal lyde:

G. Internasjonale sikkerhetsretter i luftfartøysløsøre

§ 3-53. Internasjonale sikkerhetsretter

For panterett eller tilsvarende sikkerhetsretter som faller inn under Cape Town-konvensjonen 16. november 2001 om internasjonale sikkerhetsrettigheter i mobilt løsøre og protokoll 16. november 2001 om særlige forhold for luftfartøysløsøre, har konvensjonens og protokollens regler forrang så langt de gjelder foran bestemmelsene i denne lovens kapittel III.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli ført opp til annen gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 2

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget samtykker i tiltredelse av Cape Town-konvensjonen 16. november 2001 om internasjonale sikkerhetsretter i mobilt løsøre og protokoll 16. november 2001 til konvensjonen om særlige forhold for luftfartøysløsøre.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: I sakene nr. 3–7 foreligger det ikke noe voteringstema.

Sak nr. 8 [15:04:45]

Referat

1. (21) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jan Tore Sanner, Christian Tybring-Gjedde, Hans Olav Syversen og Abid Q. Raja om å forbedre ordningene for privat pensjonssparing og boligsparing for ungdom (Dokument 8:8 S (2010–2011))
Enst.: Sendes finanskomiteen.
2. (22) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bård Hoksrud, Jan-Henrik Fredriksen, Ingebjørg Godskesen, Arne Sortevik og Åge Starheim om å innføre målbar veistandard og etablering av selvstendig transporttilsyn (Dokument 8:2 S (2010–2011))
Enst.: Sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.

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

Møtet hevet kl. 15.05.
