

Møte mandag den 14. mars 2011 kl. 12

President: Dag Terje Andersen

Dagsorden (nr. 61):

1. Interpellasjon fra representanten Dagfinn Høybråten til utenriksministeren:

«Presidentvalget i Hviterussland før årsskiftet anerkjennes ikke internasjonalt som fritt og rettferdig. I tiden etter valget er en rekke representanter for opposisjonen fengslet og risikerer lange fengselsstraffer for å ha utøvd rettigheter vi tar for selvsagte i europeiske demokratier. Med presidentvalget og hendelsene etter dette er en forsiktig, positiv utvikling brått slått i revers. Hviterussland må få et klart budskap: Ønsker landet å fortsette på veien mot å bli inkludert i det gode selskap av frie demokratier, må alle politiske fanger settes fri. Presse- og ytringsfrihet må respekteres, og opposisjonen må sikres grunnleggende demokratiske rettigheter. Innvilget observatørstatus i internasjonale fora bør stilles i bero til Hviterussland imøtekommer disse kravene.

Hvordan kan Norge bidra til det internasjonale presset for å oppnå en positiv utvikling i Hviterussland?»

2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Sylvi Graham, Sonja Irene Sjøli, Kjell Ingolf Ropstad og Borghild Tenden om praksis ved tildeling av pleiepenge (Innst. 218 S (2010–2011), jf. Dokument 8:55 S (2010–2011))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Jon Jæger Gåsvatn, Morten Stordalen og Kari Kjønnaas Kjos om å fjerne aldersbegrensningen for lisens til leger (Innst. 209 S (2010–2011), jf. Dokument 8:27 S (2010–2011))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Torbjørn Røe Isaksen, Sylvi Graham, Gunnar Gundersen, Sonja Irene Sjøli og Bent Høie om å redusere sykefraværet gjennom en bedre utnyttelse av «Raskere-tilbake-ordningen» (Innst. 208 S (2010–2011), jf. Dokument 8:34 S (2010–2011))
5. Interpellasjon fra representanten Håkon Haugli til helse- og omsorgsministeren:

«I januar 2010 ga FNs barnekomité uttrykk for bekymring over den kraftige veksten i bruk av medikamenter mot ADHD, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, i Norge. Komiteen ba norske myndigheter granske om det skrives ut medisiner til for mange barn, og ta initiativ til å utvide tilbudet av alternative behandlings- og oppfølgingstiltak til barn med diagnosen ADHD, deres foreldre og lærere. Bruken av sterke legemidler for å regulere barns atferd reiser en rekke etiske spørsmål.

Hvordan er FNs anbefalinger fulgt opp, og hva gjør

statsråden for å sikre at barn med atferdsproblemer får et riktig og individuelt tilpasset tilbud?»

6. Interpellasjon fra representanten Karin Andersen til helse- og omsorgsministeren:

«Flere hundre tusen mennesker får hvert år piller av legen som de kan bli avhengige av. Dette er piller mot alt fra akutte ryggplager til søvnproblemer, angst og uro – såkalte B-preparater. Pillene er ment til kortvarig bruk, men skrives ut i lang tid. Det skaper medikamentavhengighet og bivirkninger som igjen blir diagnostisert som ny psykisk eller fysisk sykdom, og som igjen blir medisineret. Kunnskapen om dette nasjonalt og hos den enkelte lege må styrkes for å hindre at medisiner folk får for å bli friske, gjør dem syke. Det trengs også langt mer kunnskap om nedtrapping av slik avhengighet. Også apotekene kan bidra i arbeidet mot skader av medikamenter.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre at pasienter sikres både sikker medikamentforordning og tilbud om forsvarlig nedtrapping?»

7. Referat

Presidenten: Representanten Trine Skei Grande, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra representanten Morten Høglund om permisjon i tiden fra og med 14. mars til og med 18. mars for, som leder av Den arktiske parlamentarerkomiteen, å delta i møter i Washington og i seminar i Vancouver
- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Eirin Sund fra og med 14. mars og inntil videre

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:

For Akershus fylke: Tone Liljeroth i tiden fra og med 14. mars til og med 16. mars

For Rogaland fylke: Laila Thorsen fra og med 14. mars og inntil videre

Presidenten: Tone Liljeroth og Laila Thorsen er til stede og vil ta sete.

Utenriksminister Jonas Gahr Støre overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

Presidenten: Representanten Solveig Horne vil framsette et representantforslag.

Solveig Horne (FrP) [12:01:52]: Jeg vil på vegne av Anders B. Werp, Kjell Ingolf Ropstad, Trine Skei Grande og meg selv fremme et representantforslag om endring av norske myndigheters håndtering av saker om barne bortføring.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten informere om at møtet fortsetter utover kl. 16, til dagens kart er ferdigbehandlet.

Sak nr. 1 [12:02:28]

Interpellasjon fra representanten Dagfinn Høybråten til utenriksministeren:

«Presidentvalget i Hviterussland før årsskiftet anerkjennes ikke internasjonalt som fritt og rettferdig. I tiden etter valget er en rekke representanter for opposisjonen fengslet og risikerer lange fengselsstraffer for å ha utøvd rettigheter vi tar for selvagte i europeiske demokratier. Med presidentvalget og hendelsene etter dette er en forsiktig, positiv utvikling brått slått i revers. Hviterussland må få et klart budskap: Ønsker landet å fortsette på veien mot å bli inkludert i det gode selskap av frie demokratier, må alle politiske fanger settes fri. Presse- og ytringsfrihet må respekteres, og opposisjonen må sikres grunnleggende demokratiske rettigheter. Innvilget observatørstatus i internasjonale fora bør stilles i bero til Hviterussland imøtekommer disse kravene.

Hvordan kan Norge bidra til det internasjonale presset for å oppnå en positiv utvikling i Hviterussland?»

Dagfinn Høybråten (KrF) [12:03:49]: Den sittende president, Aleksandr Lukasjenko, vant oppskriftsmessig presidentvalget i Hviterussland 19. desember i fjor. Det førte til demonstrasjoner i Minsk. Opposisjonen beskyldte Lukasjenko for omfattende valgjuks. Som en følge av demonstrasjonene 19. desember ble hundrevis arrestert. Flere av presidentens motkandidater ble regelrett banket opp og satt i fengsel etter at de deltok i demonstrasjonene. Totalt er 42 personer blitt siktet etter 19. desemberdemonstrasjonene – noen for å delta i opptøyer, andre for organisering.

Opposisjonen var klar over at Lukasjenko ville komme seirende ut også av dette valget. Alle de opposisjonelle aktørene var likevel generelt fornøyde i forkant av valget fordi de fikk gjennomført sin valgkamp uten innblanding fra regimet.

Så kom valgdagen, og all optimisme forsvant. Med det rå og godt forberedte angrepet på fredelige demonstranter – inklusiv sentrale opposisjonsledere – i Minsk i etterkant av valget 19. desember viste regimet i Hviterussland sitt sanne ansikt.

Den 24. desember ble valgresultatet kunngjort. Valgdeltakelsen skal ha vært 90,64 pst. Ifølge de offisielle resultatene fikk Lukasjenko 79,65 pst. av stemmene. Internasjonale observatører og evalueringer av valget støtter opp under opposisjonens påstand om valgjuks. Vi er dessverre nødt til å konstatere at valget ikke ser ut til å ha blitt gjennomført på en fri og rettferdig måte.

Hva er så situasjonen i Hviterussland i dag? Ifølge Hel-singforskomiteen har det store flertallet av demonstranter

fått korte administrative straffer og er nå løslatt. 38 personer er siktet, og ytterligere tolv er under etterforskning, etter opprørslovgivningen som kan gi straffer på opptil 15 års fengsel. Blant de siktede finner vi seks av de ti kandidatene til presidentvalget, tre journalister, partiledere, kjente ungdomsledere og personer knyttet til opposisjonen. De siste par ukene har fire blitt dømt til flere års fengsel – flere rettssaker er underveis. Fengselsstraffer så langt er på rundt tre til fire år. Disse er idømt for deltakelse i masseprotester. Presidentkandidatene og andre ledere kan få straffer som er mye lengre, fordi de er anklaget for organisering av masseprotester.

Det har kommet flere vitnebeskrivelser av mishandling og tortur i fengslene. Advokaten til den fengslede presidentkandidaten Andrei Sannikov har, i likhet med andre advokater som har bistått politiske fanger, mistet lisensen, og det er generelt svært dårlig tilgang til advokathjelp og legehjelp i fengslene. Den ene av presidentkandidatene som fortsatt sitter i fengsel, Anatoly Lebedko, har blitt nektet advokatbistand siden 26. desember.

Kristendemokratene i Hviterussland har lenge kjempet for partiets rett til eksistens. Deres leder og presidentkandidat, Vitaly Rymasheuski, er blant dem som ble arrestert på valgnatten, men som senere er løslatt under forutsetning av at han ikke forlater Minsk. Den 25. februar 2011 fikk BCD for tredje gang avvist anken sin om registrering. Samtidig forfølges partiets aktivister fordi de er medlemmer av en såkalt uregistrert organisasjon. Lukasjenko uttalte i et intervju han ga til Washington Post 4. mars, at kristendemokratene nok aldri ville bli registrert. De deltok i opptøyene og er i hans øyne ikke kristendemokrater, men banditter.

Befolkningen i Hviterussland lever altså med menneskerettighetsbrudd, bruk av tortur mot opposisjonelle, et frykt- og trusselklima rundt de politiske opponenter, undertrykking og trakassering av aktivister og uavhengige medier. Sivilbefolkningens mobiltelefoner overvåkes. Det er rapportert om kontinuerlige ransaker av en rekke boliger og kontorer til aktivister og opposisjonell presse.

Lukasjenkos kommentarer i etterkant av demonstrasjonene 19. desember tyder på at han har bestemt seg for å fortsette sin nåværende linje, og at opposisjonen skal knekkes.

Etter valget 19. desember 2010 og de påfølgende hendelser har reaksjonene fra det internasjonale samfunn vært sterke og samstemte. EU og USA har, i likhet med Norge, sterkt fordømt utviklingen og innført begrensede sanksjoner mot hviterussiske overgripere, med trusler om utvidelse av sanksjonene.

EU-parlamentet vedtok 10. mars en resolusjon, der de på det sterkeste fordømmer menneskerettighetsbruddene i Hviterussland, bruken av tortur mot opposisjonelle og det frykt- og trusselklimaet som møter politiske opponenter i landet. EU-parlamentet oppfordrer hviterussiske myndigheter til å gjennomføre en grundig og uavhengig etterforskning av rapportene om tortur av politiske fanger og identifisere og straffe individer som er involvert i slik praksis.

Også fra Hviterusslands strategisk viktige nabo, Russland, er det kommet krav om å løslate alle opposisjonelle som er arrestert etter demonstrasjonene 19. desember. Den russiske utenriksministeren har gjort det klart at hendelsene etter valget var absolutt unødvendige og uakseptable, og oppfordrer altså til løslatelse av presidentkandidatene, journalister, menneskerettighetsaktivister – og to russiske landsmenn.

Så langt virker Lukasjenko fullstendig uberørt av kritikken. Det er derfor tvingende nødvendig at presset mot hans regime forsterkes. Hvordan kan så Norge bidra til å øke det internasjonale presset mot Lukasjenkos regime? Hva kan vi gjøre for å støtte en demokratisk utvikling i Hviterussland?

Hviterussland må først og fremst få et krystallklart og konsistent budskap: Ønsker landet å fortsette på veien mot å bli inkludert i det gode selskap av frie demokratier, må alle politiske fanger settes fri. Presse- og ytringsfrihet må respekteres, og opposisjonen må sikres grunnleggende demokratiske rettigheter. Innvilget observatørstatus, som Hviterussland nylig har oppnådd i internasjonale fora, som i Østersjøsam arbeidet og EUs nordlige dimensjon, bør etter min mening stilles i bero til Hviterussland imøtekommer disse kravene.

Våre venner i Hviterussland har bedt oss protestere mot forfølgelsen av Hviterusslands opposisjonelle, og de ber oss oppfordre hviterussiske myndigheter til å stoppe all forfølgelse, frigi alle politiske fanger og frafalle siktelsene mot dem.

Opposisjonens syn på eventuelle økonomiske sanksjoner er naturlig nok mer delt. Den kristendemokratiske presidentkandidaten Vital Rymasheuski kommenterer dette slik:

Vi må være innforstått med at sanksjoner mot Hviterussland, spesielt økonomiske, dersom de innføres unilateralt av EU og USA, vil føre til ytterligere avhengighet av Russland. På den annen side, sier Vital Rymasheuski, er situasjonen så alvorlig nå at økonomisk press er den eneste effektive påvirkningsmetoden for å få løslatt politiske fanger. Han mener det vil smerte det sittende regimet sterkt, og at i valget mellom å ofre uavhengigheten eller å ofre friheten, muligens også noen få menneskers helse og liv, må uavhengigheten ofres. Hans konklusjon er at det internasjonale samfunn, med støtte fra Hviterusslands demokratiske opposisjon, må innføre økonomiske sanksjoner. Også i EU tar stadig flere til orde for målrettede økonomiske sanksjoner mot Hviterussland.

Selv om den hviterussiske opposisjonen er delt på dette punkt, bl.a. på grunn av svært ulike syn på forholdet til Russland, er opposisjonen i alle fall samlet i sin kritikk av Lukasjenko og hans politikk. Mange påpeker imidlertid at mangelen på enhet i opposisjonen svekker kampen for demokrati i dette landet. Likevel er det mange og svært effektive organisasjoner i sivilsamfunnssektoren i Hviterussland. Jeg tror de aller fleste er enige om at vi må arbeide for det Lukasjenko kanskje frykter mest: en endring. Ved å styrke sivilsamfunnet og de demokratiske krefter som finnes, og som kjemper tappert, vil en gradvis endring være mulig.

Gjennom mitt arbeid som Nordisk Råds rapportør for Hviterussland siden 2007 har jeg vært en del av den internasjonale linjen, med støtte til opposisjonen og dialog med regimet i kombinasjon med strenge krav til reform og endring. Denne linjen viste klare tegn til å virke. Etter 19. desember er det lite som tyder på at den har noen som helst virkning. Det internasjonale samfunn, som Norge er en del av, har derfor revurdert sin linje. Det gjelder også Nordisk Råd. Kursen er i ferd med å legges om. Det er helt nødvendig. Våre fengslede venner i opposisjonen roper om hjelp. Hjelpen må komme i form av reaksjoner, sanksjoner, som primært rammer regimet, ikke folket. Hjelpen må komme i form av langt mer omfattende støtte til menneskerettsforkjempere, studenter, frie medier rettet mot Hviterussland, opposisjonen og alle demokratiske krefter i landet. Gjennom arbeidet i FN og OSSE må de hviterussiske myndighetene ansvarliggjøres for de overgrep som nå skjer.

Det kan se ut som om all kritikk og alle reaksjoner preller av på Europas siste diktator. Det må ikke få oss til å gi opp. Vi snakker om et land i den europeiske kulturkrets – et land som ligger et par timers flyreise fra Oslo, et land som vi på mange måter har felles historie med, som en del av Europa, et land som i høyeste grad hører hjemme i den europeiske familien.

Men det er én inngangsbillett til den europeiske familien, og det er respekten for den europeiske erklæring om menneskerettighetene. Det må være fundamentet for både presset mot det hviterussiske regimet og for budskapet som sendes i den kontakt og dialog som måtte være med det hviterussiske regimet. Og det må være vilkåret for å innlemme Hviterussland i den europeiske familien fullt og helt.

Mitt spørsmål til utenriksministeren er: Hvordan kan Norge i fortsettelsen bidra til å øke det internasjonale presset for å oppnå en positiv utvikling i Hviterussland?

Utenriksminister Jonas Gahr Støre [12:13:49]: Jeg vil takke representanten Høybråten for å fokusere på situasjonen i et land i vårt nabolag som opptar mange av oss, nemlig Hviterussland. Jeg vil også benytte anledningen til å uttrykke anerkjennelse for det sterke engasjement som representanten har vist gjennom mange år, og som pådriver i Nordisk Råd og i andre sammenhenger for å utvikle kontakter med den hviterussiske nasjonalforsamlingen og ikke minst med landets opposisjon og sivilsamfunn.

I den siste tidens nyhetsbilde har utviklingen i Hviterussland kommet i skyggen av begivenhetene i den arabiske verden. Men selv om utviklingen i Hviterussland ikke har vært så dramatisk, fortjener den i høy grad vår oppmerksomhet. Og: Det dreier seg ikke her om et land i Europas nabolag. Det gjelder, som representanten sa i slutten av sitt innlegg, et land sentralt i Europa, men med et regime som står fjernt fra europeiske verdier.

De siste årenes utvikling i landet har ikke vært rettlinjert. I 2008 tok hviterussiske myndigheter flere skritt i riktig retning. Blant annet ble politiske fanger løslatt, et par uavhengige aviser ble tillatt, og internasjonale observatører ble invitert til parlamentsvalget samme høst.

For å oppmuntre til ytterligere positive skritt suspenderte EU og Norge sine straffetiltak overfor landet, som var blitt innført etter de forfalskede valgene i 2004 og 2006. I likhet med EU trappet Norge opp engasjementet overfor landet, først og fremst gjennom vårt prosjektsamarbeid med krefter som arbeider for å fremme demokrati og respekt for menneskerettighetene.

Men utviklingen i 2009 og 2010 var mindre oppmuntrende. Forut for presidentvalget i 2010 ga det internasjonale samfunnet et klart budskap om at valget ville bli en lakmestest for hviterussiske myndigheters vilje til å holde frie og demokratiske valg. Opptakten til valget var i og for seg lovende. Opposisjonens kandidater fikk anledning til å drive valgkamp under friere forhold enn det man hadde opplevd på lang tid. Igjen ble det invitert til internasjonal valgobservasjon, og jeg er glad for at også Stortinget var representert blant observatørene som deltok fra Norge, som interpellanten nettopp har gjort rede for.

Så ble valgdagen en stor skuffelse, dessverre. Heller ikke denne gang kom valgavviklingen i nærheten av å oppfylle internasjonale standarder. Som det påpekes i rapporten fra de internasjonale observatørene fra OSSE, var valget skjemma av en rekke mangler. Det viste at mye gjenstår før Hviterussland oppfyller forpliktelsene landet har påtatt seg innenfor rammen av OSSE, også når det gjelder gjennomføring av demokratiske valg.

Det som skjedde i kjølvannet av valget, viste enda klarere maktens sanne ansikt i Hviterussland: Myndighetenes brutale voldsbruk for å slå ned demonstrasjonene om kvelden valgdagen, arrestasjonene av de fleste presidentkandidater, etterfølgende represalier og innstramning overfor opposisjonen, presse og det sivile samfunn. Alt dette er fullstendig uakseptabelt. Representanten Høybråten har helt rett i at Hviterussland må gis et klart budskap. Det har Norge også gitt, og det vil vi fortsette med å gi.

Gjennom offentlige uttalelser fra meg og andre er det gitt klart uttrykk for norsk syn på situasjonen. Vi har sluttet oss til de europeiske vedtakene som er kommet i den anledning. Vår holdning er også formidlet direkte til hviterussiske myndigheter.

Som ett konkret eksempel kan jeg nevnte at min kollega statsråd Aasland tok et initiativ overfor sine europeiske kolleger til å rette en direkte henvendelse til deres hviterussiske kollega. Her tok de opp represaliene mot studenter som hadde deltatt i demonstrasjonene mot det forfalskede valget, og uttrykte sin bekymring over manglende akademisk frihet i landet.

Situasjonen i Hviterussland påkaller sterkere reaksjoner enn ord alene. I likhet med våre internasjonale partnere har Norge derfor besluttet et sett av konkrete tiltak:

For det første har vi innført målrettede straffetiltak mot hviterussiske myndighetspersoner som har bidratt til valgfusk, eller som hadde medansvar for myndighetenes brutale inngripen i demonstrasjonene etter presidentvalget. Disse tiltakene dreier seg om innreiserestriksjoner og frys av finansielle midler.

For det andre styrker vi vår støtte til krefter som arbeider for demokrati og menneskerettigheter. Vi øker støtten til slikt prosjektsamarbeid med Hviterussland fra

15 mill. kr i 2010 til 20 mill. kr i 2011. Vi vil fortsette å støtte landets sivile samfunn gjennom prosjektsamarbeid med norske organisasjoner.

For det tredje støtter vi opp om den akademiske frihet. Det er viktig at hviterussiske ungdommer får mulighet til å utvikle fri og kritisk tenkning. Norge vil her støtte det hviterussiske eksiluniversitetet i Vilnius med 6 mill. kr over to år. Jeg var selv og besøkte dette universitetet i forrige uke og hadde et inspirerende møte med studenter og lærere. Jeg fikk et tankevekkende innblikk i de vanskelige valg disse unge menneskene står overfor. Vi hører om personer i eksil. Jeg har aldri møtt et universitet i eksil, og møtet gjorde et sterkt inntrykk. Norge vil bidra til et eget krisefond for studenter som utestenges fra universitetene i Hviterussland, et fond som skal hjelpe dem til å fortsette sine studier i Vilnius.

For det fjerde bidrar Norge gjennom internasjonale fora til å øve påtrykk for å få hviterussiske myndigheter til å etterleve sine internasjonale forpliktelser knyttet til demokrati og menneskerettigheter. I Vilnius i forrige uke var Hviterussland blant temaene jeg drøftet med min litauiske kollega. Han er nå også formann i OSSE, som i denne sammenheng spiller en viktig rolle. Også i FNs menneskerettighetsråd tar vi i et møte i dag opp situasjonen i Hviterussland.

I beskrivelsen av situasjonen i Hviterussland og av Norges og det internasjonale samfunnets synspunkter og tiltak tror jeg at representanten Høybråten og jeg er ganske samstemte.

Interpellanten tar også til orde for at innvilget observatørstatus i internasjonale fora bør stilles i bero inntil Hviterussland imøtekommer de kravene vi stiller. På dette punktet kan jeg ikke uten videre si meg fullt ut enig. Jeg antar at de internasjonale organisasjonene interpellanten har i tankene, er først og fremst Østersjørådet og deler av Den nordlige dimensjon. Hviterussland fikk her observatørstatus i henholdsvis 2009 og 2010.

Begge fora er viktige arenaer for praktisk og pragmatisk samarbeid av betydning for land og folk i Nord-Europa. I mange saker er det i alles interesse at Hviterussland deltar. Ett aktuelt eksempel er grenseoverskridende miljøutfordringer, et annet er kampen mot menneskehandel. At landet har en offisiell status i disse samarbeidsordningene, styrker grunnlaget for at også Hviterussland må bidra aktivt. Om landet skulle utelukkes eller selv velge å trekke seg ut, ville det ramme nabolandene like mye som det vil ramme Hviterussland.

Spørsmålet har også enda flere politiske sider. Det er viktig å vise at omverdenen ikke er generelt imot enhver kontakt med Hviterussland. Vi er kritiske, meget kritiske, til landets nåværende politiske ledelse og mange sider ved den politikk disse myndighetene står for. Det begrenser landets integrasjon i europeisk samarbeid, og det begrenser våre bilaterale forbindelser. For eksempel er Norge tilbakeholden med kontakter på politisk nivå med Lukasjenko-regimet.

Like fullt: Det er viktig å vise at verken vi eller våre internasjonale partnere er motstandere av enhver kontakt med landet, heller ikke med myndigheter på faglig eller

lokalt nivå. I vår egen del av Europa er både Østersjørådet og Den nordlige dimensjon gode rammer for å vise dette.

Samtidig vil jeg minne om at Hviterussland ikke er innvilget fullt medlemskap, verken i Østersjørådet eller i Den nordlige dimensjon. Dette er det ikke tilslutning til i dagens situasjon, heller ikke fra vår side. Men å oppheve selv landets observatørstatus i disse praktiske samarbeidsordningene vil være å ta et langt skritt i retning av full isolasjon mot vest, mens det fortsatt er åpne dører mot øst.

Isolasjonslinjen har vært forsøkt overfor flere regimer – deriblant Hviterussland. Dette har, generelt sett, ikke alltid virket slik man kunne håpe, heller ikke overfor myndighetene i Minsk. Derfor ble denne linjen forlatt, og vi har i stedet gått inn for en kombinasjon av de virkemidler jeg nettopp har beskrevet: Tydelige politiske budskap, målrettede straffetiltak overfor sentrale myndighetspersoner samt klar støtte til krefter som arbeider for demokrati og menneskerettigheter.

Avslutningsvis vil jeg også nevne bakgrunnen for en annen side ved vårt forhold til Hviterussland: Norge har som kjent lenge ønsket å få på plass en frihandelsavtale mellom EFTA og Russland. For oss er en slik avtale en naturlig del av forholdet til et viktig naboland. Etter at forberedelsene til en slik forhandlingsprosess med Russland var innledet, inngikk Russland en tollunion med Hviterussland og Kasakhstan. For å kunne gå videre i prosessen med Russland måtte forhandlingsmandatet følgelig utvides til også å omfatte tollunionens to øvrige land.

Dette betyr ikke at det i dagens situasjon er aktuelt å satse aktivt på å videreutvikle samhandel og økonomisk samkvem med Hviterussland. Det vesentlige for oss er å få på plass en viktig del av grunnlaget for en fortsatt dynamisk utvikling av forholdet med vårt naboland Russland.

Viktige endringer må skje i Hviterussland for at Norge og Europa for øvrig skal kunne utvikle forbindelsen til dette landet i full bredde, og jeg er for min del enig i den listen av krav som representanten Høybråten skisserte. Langs de hovedspor jeg nettopp har skissert, bidrar Norge allerede godt til det internasjonale presset for å søke å oppnå en positiv utvikling i landet. Det vil vi fortsette med.

Det må ikke herske tvil om at vi alle ønsker å se Hviterussland fullt integrert i europeisk og internasjonalt samarbeid, og at Europas siste diktator viker plassen for folkets reelle vilje. Hviterussland hører hjemme i den europeiske familien. Det internasjonale samfunn er mer enn beredt til å bistå Hviterussland på den veien. Men landets egne myndigheter må ta dette verdivalget og veivalget. Det har de hittil dessverre ikke gjort, men vi vil for vår del fortsette å arbeide for å bringe den dagen nærmere.

Dagfinn Høybråten (KrF) [12:23:41]: Jeg vil takke utenriksministeren for et fyllestgjørende og offensivt svar – på de aller fleste punkter, i hvert fall. Jeg er glad for at Norge styrker sin innsats når det gjelder samarbeid med det som er av sivilt samfunn i Hviterussland. Jeg er glad for og stolt av den rollen Norge påtar seg i forhold til universitetet i eksil. At utenriksministeren personlig har

fulgt opp det på den måten han har gjort, og at vi kan stille opp for studenter som urettmessig mister sine rettigheter eller trakasseres, i form av dette krisefondet, synes jeg er veldig, veldig bra.

Jeg tror at flere norske aktører kan bidra. Den norske Helsingforskomité, som har et meget bredt og godt arbeid rettet inn også mot dette området, vil jeg særlig framheve. Nord-Trøndelag fylkeskommune har et program som de følger opp. Det er også flere andre organisasjoner som arbeider bilateralt. Det er med andre ord ikke snakk om å isolere regimet, men det er snakk om hvordan man kan arbeide for å fremme en demokratisk utvikling.

Jeg tror at de restriksjoner og reaksjoner som er kommet overfor regimets ledere, bør skjerpes. Jeg tror det er et språk som man over tid vil forstå. Men jeg er vel noe overrasket over at utenriksministeren så raskt avfeier tanken om at den nyvunne statusen dette landet har fått i enkelte internasjonale samarbeidsfora, skal ses på. Mitt forslag er at man stiller det i bero, ikke at man foretar en form for isolasjon. Jeg tror at vi fort hadde kommet i en meget delikat situasjon under vårt nordlige dimensjons parlamentarisk møte i Tromsø hvor en hviterussisk delegasjon var invitert, hvis det ikke hadde vært slik at de inviterte tilfeldigvis sto på reiseforbudslisten som EU og Norge har for hviterussiske myndigheter, og at vi dermed unngikk at de kom. Hadde de kommet, tror jeg det hadde blitt en politisk situasjon. Jeg vil forvente at det kan oppstå i andre, kommende fora i regi av Østersjøsam arbeidet eller EUs nordlige dimensjon, og at man bør ta inn over seg denne situasjonen og drøfte, selvfølgelig med bredden av partnere, om det er tjenlig å la «business as usual» gå i disse fora i lys av utviklingen.

Utenriksminister Jonas Gahr Støre [12:26:51]: Jeg tror vi egentlig kan redusere også ulike syn på dette området vesentlig, for det vil jo ikke være snakk om «business as usual».

Jeg ser den problemstillingen som representanten reiste rundt parlamentarisk mulige deltakelse i Tromsø. Man kan på den annen side si at hadde de kommet til Tromsø, hadde de fått en full lekse om hvordan det parlamentariske miljøet for øvrig ser på situasjonen i Hviterussland. Men i lys av forslaget fra representanten Høybråten tror jeg vi på norsk side med fordel kan ta en sonderingsrunde i østersjørådsammenheng for å sondere holdningene til dette. Vi skal forberede et ministermøte her i Oslo i juni – Norge har formannskapet. Det var slik i forkant av møtet i Den nordlige dimensjon som også var i Oslo, 2. november, at det var ulike syn blant medlemslandene på observatørstatusen til Hviterussland. Blant annet var det fra Polen slik at de satt på sitt grønne lys for en slik deltakelse helt inn til møtet i Oslo faktisk var over. Det var først i etterkant av møtet at det ble åpnet for den typen observatørskap.

Som sagt blir dette en avveining også i forhold til noen av de pragmatiske forholdene hvor nabolandene til Hviterussland særlig har en direkte interesse av deres deltakelse, som på miljø og som på gjennomføring av slike prosjekter. Men jeg synes det er et interessant spørsmål å ta opp, for å sørge for at i hvert fall Østersjørådet har hatt

den diskusjonen i lys av den utviklingen som nå er. Ellers er mitt inntrykk når det gjelder Hviterussland, at man ønsker et ganske nyansert sett av virkemidler – kontakt, men målrettede tiltak. Man ser jo nå i en del internasjonale sammenhenger at det er den modellen som brukes i reaksjoner på regimer som avviker fra det som er akseptert standard i det internasjonale samfunn. Total isolasjon er det veldig få som går inn for, fordi det på mange måter også kan styrke autoritære regimer. Det gjorde inntrykk på meg å møte studentene på universitetet i forrige uke – ved dette europeiske humanistuniversitetet i Vilnius. Mange av dem reiser fram og tilbake mellom Minsk og Vilnius – og får lov til det – og reiser tilbake igjen til arbeid og virke i Hviterussland etter studiene. De som derimot markerer seg for menneskerettigheter og frihet og demokrati under studiene, får problemer med å komme tilbake. Den meget interessante, jeg vil nesten si betagende lederen av dette universitetet er persona non grata i Hviterussland og identifisert på en verstingsliste av president Lukasjenko. Han kommer på besøk til Universitetet i Oslo 200-års jubileum i juni og har all grunn til å bli mottatt som en mann som vi ønsker å snakke med og ha kontakt med. Heller ikke han ønsker full isolasjon, men han ønsker at Europas stemme er klar, og det mener jeg at den er, og at det skal Norge også bidra til.

Svein Roald Hansen (A) [12:30:12]: La meg innledningsvis gi honnør til interpellanten for å ha reist denne debatten og for hans aktive innsats i Nordisk Råd for å styrke kontakten med de systemkritiske i Hviterussland. Det er en innsats som er blitt lagt merke til.

Vi deler alle bekymringen over utviklingen i Hviterussland. Mens utviklingen i nabolandet Ukraina gir grunn til håp om økt respekt for demokratiske prinsipper, pressefrihet og menneskerettigheter, representerer de brutale overgrepene i samband med presidentvalget i Hviterussland et alvorlig tilbakeslag.

Valgdagen og tiden etter ble et tragisk tilbakeskritt etter år med små skritt i riktig retning, bl.a. en mer forsonende linje overfor opposisjonen, løslatelse av politiske fanger og en mer åpen presse.

Lukasjenko-regimets voldsbruk og arrestasjoner av et stort antall demonstranter har avslørt regimets brutalitet og manglende respekt for grunnleggende verdier.

Den første dommen etter arrestasjonene lover heller ikke godt for den videre utvikling. Den 27 år gamle Vasilij Parfenkov er dømt til fire års straffarbeid for å ha deltatt i en protestaksjon mot regimet. Slike overgrep skal ikke gå upåaktet hen. Det er derfor viktig at verdenssamfunnet reagerer og følger utviklingen nøye. Reaksjonene har heldigvis vært mange. Og, som utenriksministeren påpekte, det har vært nødvendig med mer enn ord.

Nordisk Råds presidium vedtok på sitt møte i Finland i januar å utsette et planlagt studiebesøk fra Hviterussland. Presidenten i Østersjøsam arbeidet – BSPC – utsatte sitt besøk til Hviterussland. EU gikk ut med en boikottliste som nekter 160 framtrede hviterussiske politikere og embetsmenn adgang til Schengen-området, et tiltak som Norge støtter.

Det er imidlertid viktig å finne en balanse i reaksjonene. Jeg tror det er riktig å gå veien om konkrete tiltak, slik regjeringen legger opp til. Jeg støtter utenriksministerens vurdering av at en isolasjonslinje ikke er veien å gå.

Vi bør ansvarliggjøre regimet gjennom Europarådet og OSSE, som interpellanten pekte på. Vi skal reagere mot regimet, men ikke bryte eller svekke kontakten med opposisjonelle og systemkritiske røster i landet – snarere tvert imot.

Det var et viktig signal å være representert på statssekretærnivå på konferansen om støtte til hviterussiske demokratiforkjempere 2. februar i år.

Det er viktig at vi øker vår støtte til disse fra 15 til 20 mill. kr for 2011 og kanaliserer midlene mot sivilsamfunnet, bl.a. gjennom Den norske Helsingforskomité. Støtten til eksiluniversitetet i Vilnius er også et viktig tiltak. Likeledes er innreiserestriksjoner og frysing av midler relevante virkemidler.

Det vil neppe ramme regimet og ikke gagne noen om Hviterusslands observatørstatus i selve Østersjørådet blir stilt i bero. Praktisk samarbeid mellom stater med felles interesser bør kunne videreføres uten at dette skal oppfattes som støtte til regimet. Det gir, som utenriksministeren pekte på, også en mulighet til å si fra hva man mener om situasjonen til parlamentarikere fra Hviterussland i de fora man måtte møte dem. Derimot vil det neppe være riktig å utvide samarbeidet gjennom å gi Hviterussland observatørstatus i det parlamentariske østersjøsam arbeidet, slik de har ønsket, så lenge situasjonen i landet er som den er.

Gjennom vårt ønske om en frihandelsavtale mellom EFTA og Russland har Hviterussland og Kasakhstan fulgt med på lasset gjennom den tollunion de har dannet. Selv om en slik avtale kommer på plass, bør det ikke være aktuell politikk å satse på en aktiv utvikling av det økonomiske samkvemmet med Hviterussland så lenge situasjonen er som den er i landet.

Forholdet til Hviterussland har vært et stadig tilbakevendende tema i Nordisk Råds møter. For to år siden anmodet rådet Ministerrådet om å opprette et eget informasjonskontor i Minsk, noe som ikke er fulgt opp. I stedet valgte Ministerrådet å utarbeide særskilte retningslinjer for såkalte hviterusslandsaktiviteter. Det legges vekt på støtte til sivilsamfunnet, til ungdom, journalister og organisasjoner, og på et grenseregionalt samarbeid om konkrete prosjekter mellom det sivile samfunn og lokale myndigheter. Det er også en kanal som bør holdes åpen, fordi det kan være med å skape det fundament som trengs for å bygge det demokrati og den respekt for grunnleggende verdier dette landet nå så sår trenger.

Peter N. Myhre (FrP) [12:35:05]: Det er en viktig sak representanten Høybråten har tatt opp i dag. Det dreier seg om et land som faktisk ligger ganske nærme Norge. Det er et land med et areal som er litt over halvparten av Norges størrelse og med en befolkning på nesten 10 millioner mennesker.

Vi registrerer stor enighet mellom de politiske partiene i Norge når det gjelder synet på Hviterussland, synet på situasjonen for demokrati og menneskerettigheter i Hvi-

terussland, selv om det nok er noen nyanser som jeg skal komme tilbake til senere.

Så må vi også merke oss at Hviterussland aldri har vært noe demokrati. Det finnes ingen demokratiske tradisjoner å vise til i Hviterussland. Fra å være en del av det polsk-litauiske riket via å være en del av Tsar-Russland ble Hviterussland i 1919 en sovjetrepublikk og opplevde deretter 70 år med kommunistisk diktatur.

Jeg var på biltur i Hviterussland sommeren 2007 og besøkte både byer og landsbygd, småbyer, og det som slår en, er jo de vakre og ferdig oppussede fasadene i Minsk langs ulyza Lenin og mange av de andre hovedgatene i den hviterussiske hovedstaden. Men derfra er det et hav av forskjell til den ufattelige fattigdommen som vi finner i byene, men ikke minst på landsbygda i Hviterussland. Og dette er jo diktaturets harde virkelighet. Det å holde befolkningen nede i fattigdom, det å holde befolkningen nede i uvitenhet, det er et klassisk virkemiddel for diktatorer verden over for å tviholde på makten.

Når nå dette er et land som ligger så nært Norge og, som også representanten Høybråten var inne på, så tett opp til Sentral-Europa og faktisk er en del av Sentral-Europa, er det grunn til stor bekymring. Dette er et land som burde spille på lag med mange av de andre – jeg holdt på å si – store landene i Europa for å fremme europeisk samarbeid, demokratiutvikling og menneskerettigheter, i stedet for å spille den stikk motsatte rollen, slik de gjør i dag.

Jeg registrerer at det norske synet er at regimet ikke har tillit, regimet har ikke respekt. Sånn er det. Det er standpunkt som gjelder både for regjeringen og for opposisjonspartiene. Jeg tror nok likevel at utenriksministeren og regjeringen kunne øke stemmевolumet noe når det gjelder kritikken av det hviterussiske regimet. Det er det mange årsaker til. Jeg må bare nevne noen: Diktaturlignende tilstander i landet er den ene, og fattigdommen og elendigheten som vi opplever for alminnelige mennesker i Hviterussland, som ikke har tilgang verken til TV, radio eller Internett, og som vet svært lite om hva som foregår utenfor deres egen landsby, og ikke minst det at Hviterussland ligger i den europeiske kulturkretsen så nær Norge.

Vi er i hovedsak enige i vårt syn på Hviterussland. Mitt ønske er at regjeringen kunne holde en noe skarpere tone og øke stemmebruken litt i sin kritikk av det hviterussiske regimet.

Peter Skovholt Gitmark (H) [12:39:26]: Den eneste korrekte beskrivelsen av Hviterussland er Europas eneste diktatur. Det er bred støtte i Stortinget både i praktisk politikk, i handlinger og gjerninger til regjeringens politikk, og det er all grunn til å rette honnør til den prisverdige innsatsen som representanten Høybråten har vist, spesielt gjennom sitt arbeid i Nordisk Råd, for å fremme demokratiets kår i Hviterussland.

Lukasjenko har sittet med makten i 16 år. I de siste 16 årene har 10 millioner hviterussere blitt holdt nede i diktaturet. Det har vært en forvrengning og en stadig omskrivning av grunnloven, som har det for øye å holde Lukasjenko ved makten til evig tid.

Tilbake til valget 19. desember 2010, samme kvelden

som det var en massiv demonstrasjon i Minsk. 30 000 mennesker var samlet. De ble brutalt slått ned av en blanding av opprørspoliti og hviterussisk KGB. Det var 600 mennesker som ble arrestert bare den kvelden alene. Det var enda flere som ble brutalt slått, og syv av de ni motkandidatene til Lukasjenko endte opp i fengsel, og flere av dem stygt skadet. Deres støttespillere ble i dagene som fulgte, brutalt jaktet på av lokalt KGB. Vladimir Neklyayev, en forfatter og en av hovedmotstanderne til Lukasjenko, ble slått bevisstløs mens han forsøkte å ta seg til en demonstrasjon. Sikkerhetsapparatet fjernet ham senere fra sykehuset, og hans kone ble låst inne i et rom mens han ble hentet til fengsel. Det ligger nå ute en rapport fra Human Rights Watch fra februar i år som går kronologisk og systematisk gjennom hva som skjedde rett i etterkant av valget. Det er lesning som anbefales.

Det er grunn til å si at det ville vært mer renhårig – om ikke annet – av Lukasjenko ikke å avholde valg overhodet. Det valget man så, var verken fritt eller rettferdig – eller i nærheten av det. Det var utelukkende et spill for galleriet, som også medførte en betydelig grad av vold. Da Lukasjenko ble utropt som vinner med nesten 80 pst. av stemmene og med 90 pst. valgdeltakelse, viser det iveren regimet har etter å legitimere seg selv. Det visste også opposisjonen i forkant. Opposisjonen var tydelig på at de stilte til valg ikke på grunn av det valget som var nå, men på grunn av valgene som eventuelt måtte komme i etterkant. Media hadde monopolisert støtten til Lukasjenko og ga bare for ordens skyld tidlig i stemmegivningen Lukasjenko et fabelaktig forsprang allerede der. Opposisjonen hadde bare muligheten til å stille valgobservatører ved ca. 1 pst. av valglokalene. OSSE sa at halvparten av opptellingen var enten «bad» eller «very bad». Tony Lloyd, som ledet OSSEs delegasjon til Hviterussland sa at valget «failed to give Belarus the new start it needed».

Faktisk er det slik at dette valget ikke er i nærheten av hva en så rundt 2008. Jeg er helt enig med representanten Høybråten i at det var god grunn til å være positiv i etterkant av 2008. Det samme sa utenriksministeren. Tatt i betraktning de valgene som var i 2004 og 2006, var 2008 en oppmykning som var vel verd å følge opp fra det internasjonale samfunnets side. Nå hersker det ingen tvil: Dette valget har vist entydig at Lukasjenko er ingenting annet enn en brutal diktator. Vi må stille tydelige krav til regimet. Jeg og Høyre støtter de tingene Høybråten tar opp i interpellasjonen. Jeg synes det er synd at ikke Russland har vært tydeligere i etterkant av valget, på samme måten som de var i forkant av valget. Da kom det jo fra presidenten mfl. flere positive signaler om at de ønsket å følge opp mangelen på demokrati. Nå er det økonomisk press som vil virke. Og med støtte til opposisjonen og det sivile samfunn, kombinert med sanksjoner, tror jeg vi har en mye tydeligere, klarere og bedre politikk overfor Hviterussland.

Trine Skei Grande (V) [12:44:56]: Jeg vil også begynne med å takke interpellanten for en veldig viktig interpellasjon. Jeg ble inspirert til å starte der Peter N. Myhre var: Hviterussland har aldri vært et demokrati, så man kan ikke forvente at dette går så fort.

Hvis vi kikker på landene rundt oss, kikker på begrepet demokrati og begrepet det liberale demokrati, med de grunnleggende menneskerettighetene som vi snakker om, så foretok Freedom House en analyse av dette som viste at rundt 1900 var det ingen demokrati som tilfredsstilte alle de kravene vi stiller til et liberalt demokrati, mens det i 2000 var 120 av 192 land i verden som tilfredsstilte de kravene. Vi må huske på at veldig mange land rundt oss, som vi i dag regner som stabile, gode demokratier, som vi føler har vært det til evig tid, virkelig ikke har vært det til evig tid. Spania var et diktatur for 33 år siden. Hellas var det for 36 år siden. Sør-Afrika har ikke vært et demokrati lenger enn i 17 år. Indonesia har ikke vært det lenger enn i 13 år. Nå ser vi det som skjer i Nord-Afrika. Men rundt oss var Murens fall det store grepet mot demokrati. Hviterussland er det landet som virkelig henger igjen. Derfor er det så viktig for oss å bruke alt vi kan av politiske pressmiddel for å få et naboland til å tilfredsstille de kravene til demokrati som vi ønsker at det skal gjøre.

Det vi nå snakker om, er Europas siste diktatur, som mange har sagt, og overtrampene er store. Det politiske engasjementet i Norge har vært stort. Vi har et ungdomsparti som har vært over mange ganger, som har jobbet mye med dette saksfeltet og jobbet mye med å støtte opp under dem som jobber for de demokratiske rettighetene i Hviterussland.

Vi må huske på at sjøl om det er stor fattigdom på landsbygda, sjøl om vi ser at fattigdommen også undergraver de demokratiske prosessene, vokser det nå opp en ungdomsgenerasjon i Hviterussland som har tilgang på både kunnskap, Internett og reiser. Det er en bevisst ungdomsgruppe som vokser opp, som er i ferd med å bli veldig bevisst på at de lever i et diktatur mens omverdenen omgir seg med demokratiske rettigheter de har lyst til å ha. Det er denne ungdomsgenerasjonen vi bør støtte opp under.

Så må jeg si, som jeg tok opp også i forbindelse med den utenrikspolitiske redegjørelsen, at jeg er veldig skeptisk til det vi nå gjør. Utenriksministeren sa at det er fordi vi forhandler om en handelsavtale med Russland, men vi blir internasjonalt oppfattet som å være mer soft mot Hviterussland enn det andre land er, fordi den tollunionen som Russland har inngått med EU, blir brukt som et skalkeskjul eller en bortforklaring på at vi i dag forhandler med Hviterussland om en handelsavtale. Jeg merker meg at EU her er mye mer restriktiv enn det Norge er. Jeg merker meg at EU har innført reiserestriksjoner mot mange av dem som vi blir nødt til å forhandle med. Jeg mener at vi skal følge de allmenne prinsippene som også følges av andre europeiske land, og presse Hviterussland også på handelsiden. Da ser jeg ingen grunn til at vi skal forhandle med dem. Sjøl om Russland opererer med ulik utenrikspolitikk ut fra hvilke naboer de har, er det ingen grunn til at Norge skal overta det russiske prinsippet om at man har ulik utenrikspolitikk ut fra hvilke naboer vi har. Vi, mener jeg, bør ikke inngå en handelsavtale som innebærer at vi også skal ha en handelsavtale med Hviterussland. Her bør Norge være på EUs linje i holdningen til Hviterussland.

Torfinn Opheim (A) [12:49:21]: Først vil jeg også takke interpellanten for å ta opp et svært aktuelt tema. Jeg har tidligere lyttet nøye for å lære av representanten Høybråten når vi har diskutert Hviterussland, nettopp på grunn av hans engasjement for demokratiutviklingen der.

Det siste halvannet året har jeg vært med i Nordisk Råd og derigjennom Østersjøamarbeidet, BSPC, altså Baltic Sea Parliamentary Conference. Det har vært og er et veldig interessant arbeid i begge disse fora. Ikke minst synes jeg at dette samarbeidet kan vise til gode resultat når en klarer å sette samlede ressurser bak de målene en setter seg. Det er et faktum at Østersjøen sliter med mye forurensning, som en nå setter inn store og viktige tiltak for å få bukt med, forurensning som kommer både fra landbaserte næringer og fra sjøtransport, men det er også et faktum at de baltiske statene har vært igjennom en rivende utvikling politisk, økonomisk og demokratisk de siste årene, som et sånt internasjonalt forum i høyeste grad kan bidra til.

Alle disse viktige utfordringene – miljø, demokratiutvikling, politiske og økonomiske utfordringer – er selvsagt også gjeldende i Hviterussland. Samtidig må vi erkjenne at den utviklingen som skjer i Hviterussland, har betydning for de landene som grenser direkte til Østersjøen, ganske enkelt fordi land som Latvia, Litauen og Polen er grensenaboer til Hviterussland.

En av de sakene vi har brukt mye tid på i BSPC, er hvorvidt Hviterussland skal få observatørstatus eller ikke. Jeg har alltid ment at for å påvirke en utvikling er det beste utgangspunktet å være på innsiden av der det er muligheter for å påvirke. Derfor har min holdning til spørsmålet om Hviterusslands eventuelle observatørstatus vært åpen og til dels positiv. De elementene som veier i positiv retning for en sånn innfallsvinkel, er at Hviterussland har delvis observatørstatus i Østersjørådet. Da er det lite logikk – i hvert fall i utgangspunktet – i at Hviterussland ikke skal få observatørstatus i den parlamentariske delen av dette samarbeidet, og jeg er glad for at dette kan bli et tema framover. Et annet element er at det har vært registrert en positiv utvikling når det gjelder demokrati, vilje og evne til å delta i prosesser i internasjonale fora fra Hviterussland.

Så skjer altså det som virker helt uforståelig for oss i forbindelse med valget rett før nyttår. Rapporter fra valgobservatører og informasjon fra presse forteller om en utvikling som vi ikke kan akseptere som demokratisk. Som jeg sa, har BSPC drøftet Hviterusslands ønske om å bli observatør inngående. De fleste land har signalisert stor skuffelse over den manglende demokratiutviklingen i landet, og så langt jeg kan vurdere saken, er det lite trolig at de kommer til noen endelig konklusjon med det første. Lederen i BSPC, Christina Gestrin, har blitt invitert til Hviterussland, som vi har hørt, og et sånt besøk er foreløpig stilt i bero. Jeg vet svært godt at dersom Hviterussland først får denne statusen som observatør, er det komplett umulig å få dette landet ut igjen, hvis en skulle komme i en sånn diskusjon. For i et sånt tilfelle ville det aldri bli konsensus.

Så er det store spørsmålet hva som er best å gjøre for om mulig å påvirke utviklingen til beste for folk i Hviteruss-

land. Skal det internasjonale samfunn isolere landet for å signalisere misnøye, eller skal det internasjonale samfunn føre en politikk som gjør at landet isolerer seg selv? Det er her vi må finne den riktige balansen i tiltak som gjør at vi unngår isolasjon.

Jeg mener vi skal signalisere sterk uro over den utvikling Hviterussland nå er inne i – ikke for at myndighetene skal føle seg ille, men myndighetene må se at de land som utgjør naboland og aktivt deltar i internasjonale fora, ikke stilltiende aksepterer åpenbare brudd på allmenne demokratiske prinsipper. En viktig del av de signaler vi må sende, er at folk i landet skal høre at vi, det internasjonale samfunn, støtter fundamentale rettigheter og demokrati.

Med det svar utenriksministeren har gitt på denne interpellasjonen både hva gjelder reaksjoner overfor myndighetene og støtte til det sivile samfunn, tror jeg vi gjør det som er nødvendig. Vi skal gjøre det i Norge, og vi skal gjøre det sammen med andre, bl.a. i Nordisk Råd.

Laila Gustavsen (A) [12:54:08]: Det finnes ingen i verden som jeg beundrer mer enn folk som risikerer liv, jobb og inntekt i kampen for demokratiet. I Hviterussland er det mange eksempler på folk som hver eneste dag risikerer akkurat det som vi i Norge tar som en selvfølge.

Jeg har lyst til å si aller først at jeg er glad for Trine Skei Grandes innlegg, som har en veldig positiv innfallsvinkel, og som setter kampen for demokrati i et historisk lys. Det er godt å bli minnet på når vi har med land som Hviterussland å gjøre, med et sånt regime. Jeg er også veldig takknemlig for at interpellasjonen blir reist fra Høybråtens side. Og jeg er glad for det langvarige engasjementet som både representanter for denne forsamlingen, altså Stortinget, har hatt i ulike råd og organer, og representantene fra regjeringen, altså vår utenriksminister og andre utenriksministre før ham, har hatt gjennom mange år.

Selv har jeg vært i Hviterussland tre ganger. Jeg har vært både i Minsk og i Mogilev, en annen stor by, og reist en del rundt. Jeg har vært kursleder på Kvinner Kan-kurs på vegne av Norsk Folkehjelp. Vi har et samarbeid mellom Arbeiderpartiets kvinnenettverk og Norsk Folkehjelp på sånne prosjekter ulike steder i verden. Hviterussland er det landet jeg har vært kursleder i. Jeg må bare innrømme at det har gjort et stort inntrykk. Man møter kvinner som hver eneste dag risikerer jobben sin. De går på ettårskontrakter mange av dem, høyt utdannede jurister – Hviterussland har jo faktisk en ganske høyt utdannet befolkning. Men på grunn av et demokratisk engasjement står de i fare for å miste jobben og inntekten. Man møter folk som lever i fattigdom, med store sosiale problemer, stor arbeidsledighet – ting som følger med det å leve i et diktatur.

Vi har de siste dagene sett nyheten om at Gaddafis private fly to ganger er sett i Hviterussland. Det viser også hvor viktig det er å jobbe på bred basis i internasjonale fora, ikke minst med det å etablere våpenembargoen som ble gjort i forhold til sanksjoner i Libya. Og det viser hvordan diktaturer faktisk henger sammen i verden, og hvordan diktatorer i ulike deler av verden samarbeider, der dette er en del av en svart økonomi – i det hele tatt et uoversiktlig bilde.

Jeg har lyst til å bruke litt tid på to ting. Det ene er at jeg mener Norge fortsatt skal bidra – vi har bidratt – til at Hviterussland får bygge sitt samfunn nedenfra. Det dreier seg om støtte til det sivile samfunn – organisasjoner, menneskerettighetsforkjempere og journalister. Men jeg synes også er det en viktig diskusjon hvordan vi kan styrke folketil-folk-samarbeidet – mellom ulike organisasjoner, kanskje også privatpersoner i Norge, og den hviterussiske befolkningen. Høybråten nevnte eksemplet med Nord-Trøndelag fylkeskommune. Det er et godt eksempel. Jeg tror at sånne arenaer kan brukes, med direkte kontakt mellom folk over landegrensene – altså viktige bærebjelker og viktig samarbeid over landegrensene.

Så har jeg veldig lyst til å si noe om Russlands rolle. Hviterussland ble en selvstendig stat i 1991, og Lukasjenko tok over i 1994. I 1991 var Hviterussland en av de rikeste av de gamle sovjetstatene. I dag er 80 pst. av bedriftene og virksomhetene i Hviterussland statseide, og de henger igjen i den gamle kommunistiske økonomien. Det er jo ikke sånn at det nødvendigvis er et like hjertelig forhold mellom Russland og Hviterussland i dag som det var for noen år siden. Jeg mener at Russland, sammen med de andre nabolandene i regionen, sitter med en type nøkkelrolle, som jeg synes vi i Norge bør gjøre hva vi kan for å bygge opp under. Vi kan gjøre mye i Norge – og vi gjør mye – men først og fremst må Hviterussland endre seg selv innenfra. Det må vi bidra til.

Dagfinn Høybråten (KrF) [12:59:28]: La meg først få takke medrepresentanter som har deltatt i denne debatten med gode og innsiktsfulle innlegg, som veldig klart støtter opp om hovedbudskapet når det gjelder reaksjoner. Norske myndigheter må legge ytterligere press på Hviterussland slik at alle politiske fanger løslates, at alle fengslede får tilgang på juridisk og medisinsk hjelp, at rettsikkerheten ivaretas for dem som stilles for retten, at angrepene og forfølgelsen av menneskerettsforkjempere, advokater, journalister, forfattere, studenter og opposisjonspolitikere opphører, at tortur og mishandling i fengslene opphører umiddelbart, og at de ansvarlige blir stilt til ansvar. Det er menneskerettsbevegelsens hovedkrav, og det bør være Norges hovedkrav.

Så er jeg glad for utenriksministerens tilnærming til spørsmålet om deltakelse i Østersjøsam arbeidet. Jeg tror at en intelligent tilnærming vil være at Norge står i fremste rekke når det gjelder å få med seg andre land på reaksjoner, og det kan man gjøre uten at man tar til orde for isolasjon. Det er fullt mulig å fryse en status i en periode, som en reaksjon på det som nå har skjedd, og fortsatt pågår. Jeg vil ønske å se Norge i en slik pådriverrolle og ikke i en rolle hvor vi kommer etter de andre når de først har vedtatt sine reaksjoner.

Det er også viktig, som utenriksministeren understreket, at det som skjer på handelssiden, ikke kan og skal kunne brukes som et påskudd for å si at Norge har en annen og mildere holdning til dette regimet enn våre europeiske kolleger. Det er ikke tilfellet.

Det å følge denne utviklingen de siste månedene har vært smertefullt. Mange av de menneskene som er arres-

tert, som nå allerede er blitt dømt, eller risikerer enda lengre fengselsstraffer enn de som har blitt dømt, er mine venner. Det er relasjoner bygd over tid, både til den samlede opposisjon og enkelte opposisjonsledere, og ganske spesielt til lederne i det kristendemokratiske partiet, som er under sterk forfølgelse. Det gjør at jeg har følt det som et spesielt ansvar å reise denne saken.

Jeg er veldig glad for å ha utenriksministeren og regjeringen og et så bredt knippe av stortingsrepresentanter bak det som har vært mitt hovedansvar og hovedbudskap i salen i dag, og det vil jeg takke samtlige for.

Utenriksminister Jonas Gahr Støre [13:02:32]: Jeg vil slutte meg til representanten Høybråtens siste kommentar. Det er bred støtte til den linjen vi fører, og den skal være kraftfull og komme til uttrykk på de nivåene hvor vi er til stede, enten som parlamentarikere eller som regjering eller i annen forstand.

Et par kommentarer til innleggene: Jeg tror det er et viktig poeng, som representanten Gustavsen var inne på på slutten, at her som i andre land er det hviterusserne selv som må bringe forandringene gjennom. At de med det risikerer både liv og lemmer og frihet, gjør det helt påtvinget for land rundt å reagere og være til stede og være kontinuerlig lydhøre for behovene og veldig klare i talen i forhold til regimet som er der. Jeg tror – det er noe av det samme som i mange andre, tilsvarende land med autoritære styresett – at omverdenen kan bidra og hjelpe til et godt stykke på vei, men endringskraften må komme innenfra. Det er klart at utfordringen for Hviterussland er jo også mangel på sivilsamfunn og strukturer fra manglende demokrati gjennom så mange år. Det må vi ta med oss.

Når det gjelder handel, er det en litt paradoksal situasjon, fordi vi, som sagt, har begynt forhandlinger med Russland. Det er vårt mål å få gjennomført, det er nødvendig og viktig for Norge, og vi gjør det sammen med våre EFTA-partnere. Så har Russland inngått denne tollunionen, og den snakker de litt ut av begge munnviker om når de forholder seg til russerne. De er liksom inne i den tollunionen, og så opererer de litt på utsiden av den. Og ingenting i forbindelse med de avtalene som den tollunionen vil inngå, vil tre i kraft før de tre landene er medlemmer av WTO. Etter hva vi leser og forstår, kan det skje fra Russlands side allerede i inneværende år, eller kanskje neste år, men for Hviterussland og Kasakhstan er det grunn til å tro at det er langt lenger til, særlig for Hviterussland – Kasakhstan er kanskje i en slags mellomkategori. Vi har ikke til hensikt å forhandle aktivt med Hviterussland – vi har ikke behov for det, og vi ønsker ikke å sende de signalene. Hva gjelder å møte representanter for Hviterussland, så kan jeg si til representanten Skei Grande at jeg legger vel til grunn at det er de samme personene på reiseforbudslisten vi har vedtatt, som det EU har vedtatt – her har vi en samforent europeisk linje.

Vi tar med oss de innspillene som er kommet i denne debatten. Blant annet vil vi gå inn i en aktiv sondering i synet blant østersjøstatene når det gjelder møtene i Østersjørådet-sammenheng, men også tilsvarende i den nordlige dimensjon.

Presidenten: Dermed er sak nr. 1 ferdigbehandlet.

Sak nr. 2 [13:05:23]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Sylvi Graham, Sonja Irene Sjøli, Kjell Ingolf Ropstad og Borghild Tenden om praksis ved tildeling av pleiepenger (Innst. 218 S (2010–2011), jf. Dokument 8:55 S (2010–2011))

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

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

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

– Det anses vedtatt.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [13:06:28] (ordfører for saken): Ordningen med pleiepenger i folketrygden er etablert for at mennesker skal sikres inntekt i perioder med inntektsbortfall når foreldre må ta ansvar for opptrening og rehabilitering av syke barn.

Den siste tiden har det kommet mange signaler om at Nav Forvaltning har gjort en ny fortolkning av ordningen, dette til tross for at det politisk ikke er gjort noen endring. Forslagsstillerne mener på denne bakgrunn at Nav Forvaltnings nye praksis bryter med det som har vært intensjonen. De ber om en klargjøring av rettighetene og ber regjeringen påse at fortolkningen helt tilbake til 2003 blir fulgt. Forslaget ble fremmet av en samlet opposisjon og opprettholdes som forslag til vedtak i dag.

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm sier i brev av 1. februar:

«Regjeringen (...) oppnevnte den 25. juni 2010 et offentlig utvalg som skal vurdere ytelser til pårørende som yter omsorg som erstatter kommunale tjenester. Utvalget skal levere sin utredning innen 1. juni 2011. Regjeringen vil etter dette vurdere eventuelle behov for endringer i dagens regelverk.»

Det er litt vanskelig å forstå hva som ligger i dette. Er det slik at regjeringen godkjenner Nav Forvaltnings nye praksis? En gjennomgang av ytelser generelt er i hvert fall ikke fra Fremskrittspartiets side ment som en svekkelse av de forskjellige ordningene, snarere tvert imot. Fremskrittspartiet har trodd at en gjennomgang av de forskjellige ordningene i hovedsak handler om at vi har sett utallige stygge saker omtalt i media, og da særlig rundt omsorgslønn.

At vi nå opplever store variasjoner og ny praksis rundt pleiepenger, burde være en enkel sak å rydde opp i, sett i lys av at en endring ikke er initiert politisk. At flertallet i dag ikke ønsker denne oppklaringen og opprydding

gen, kan vanskelig oppfattes annerledes enn at det er politisk villet at en innstramning skal skje, og det beklager Fremskrittspartiet. I motsatt fall ville det jo vært naturlig at regjeringspartiene som et minimum i dag fremmet forslag om å videreføre praksis fra 2003 inntil regjeringens gjennomgang av generelle omsorgstilskudd var ferdig.

Alle partier har gang på gang understreket at de ikke ønsker et sorteringssamfunn. Da er det også viktig at vi støtter opp med de velferdsordninger som gir familiene en mulighet til å oppnå et så godt og naturlig liv som mulig.

Dagens ordninger er en evig maktkamp mellom familiene og det offentlige og har dessverre de siste årene gjort det vanskeligere og vanskeligere for dem som trenger litt ekstra oppfølging og hjelp. Et eksempel på dette fikk jeg oversendt fra en mor med et prematurt barn med sammensatt sykdomsbilde. Moren hadde to erklæringer, én fra primærhelsetjenesten og én fra spesialisthelsetjenesten. Begge konkluderte med at sykdom og skade ikke var varig. Dette overprøvde Nav og rett og slett konkluderte med at både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sikkert tok feil. Pleiepenger ble derfor avslått.

I den sammenheng sendte jeg spørsmål til statsråd Bjurstrøm og spurte om Nav kunne overprøve flere instanser på en slik måte. Dette svarte statsråden ikke på. At spørsmålet ikke ble besvart, forstår jeg egentlig, for det er vel litt vanskelig å gi et godt svar på det.

I dag hadde vi altså hatt en mulighet til å rydde opp i disse tingene, men flertallet ønsker ikke det. Flertallet vil vente, og i mellomtiden er det mange barn med sykdom og skade som ikke får den pleie og opptrening som de så sår trenger.

Jeg tar herved opp forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Presidenten: Representanten Kari Kjønås Kjos har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Tore Hagebakken (A) [13:10:54]: En samlet komité mener det er nødvendig å få en avklaring og presisering av lovverket rundt ordningen med pleiepenger. Vi som utgjør flertallet, mener at det best skjer i forbindelse med og gjennom oppfølging av utredningen fra det offentlige utvalget som er nedsatt for å gjennomgå offentlige ytelser til pårørende som yter omsorg. Utredningen er så vidt nær forestående at vi mener dette er mest riktig, også for å få en mest mulig helhetlig vurdering av forholdene som ligger til grunn for det representantforslaget vi nå har til behandling. For som komiteen enstemmig understreker:

«Det er (...) svært viktig at samfunnet (...) støtter opp om dem som trenger ekstra hjelp, støtte, bistand og tjenester og at dette gis på rettferdige vilkår og etter et regelverk som virker forståelig og rimelig.»

Håndhevelsen av reglene må også være mest mulig lik over hele landet.

Spørsmålet om tilstanden er varig eller ikke, står helt sentralt i saken som nå behandles. Det oppstår etter min oppfatning en åpenbart uheldig situasjon når helsepersonell og Nav har forskjellig oppfatning av om tilstanden er varig eller ikke. Som komiteens øvrige medlemmer har

jeg vanskelig for å forstå at det ikke er den helsemessige vurderingen som her skal veie tyngst.

Bakgrunnen for fokuseringen på hvorvidt skaden eller tilstanden er varig eller ikke, er jo at varige tilstander tilsier at tjenestebehovet da skal ivaretas gjennom tilpassede kommunale tjenester – sjølsagt i godt samarbeid med foreldrene, men slik at foreldrene primært skal kunne delta i arbeidslivet. Hjelpetønad fra folketrygden og omsorgslønn er også en del av dette bildet.

Jeg ser fram til utredningen fra det offentlige utvalget. Jeg føler meg sikker på at regjeringa vil sørge for god oppfølging av det som legges fram, og at Stortinget da vil kunne få en helhetlig og god behandling av disse viktige ordningene, til beste for barn og foreldre og andre pårørende som stiller opp for sine nærmeste.

Også jeg vil understreke viktigheten av at det legges godt til rette for gjennomføring av intensiv behandling og rehabilitering i de tilfeller det fremmer bedre helsetilstand og livskvalitet. Vi må ha et best mulig samspill mellom offentlig og privat omsorg for å kunne mestre de store omsorgsbehovene vi står overfor, og ivareta hverandre på en god måte. Dersom dagens regelverk ikke legger tilstrekkelig til rette for det, føler jeg meg sikker på at regjeringa vil gjøre noe med det. Men først vil vi se utredningen fra utvalget som nettopp er nedsatt, for så å kunne gå grundig inn i det. Hensikten med dette arbeidet og det utvalget som er nedsatt, er jo å legge bedre til rette for at folk skal kunne stille opp for sine nærmeste.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:14:24]: Som saksordføreren på en god måte har redegjort for, handler dette forslaget om at ordningen med pleiepenger i folketrygden er etablert for å sikre inntekt i perioder med inntektsbortfall når foreldrene må ta ansvar for opptrening, rehabilitering og habilitering for syke barn.

I 2003 ble det etter en politisk beslutning bestemt at de som har behov for intensiv trening og habilitering, skal få tilbud om dette i spesialisthelsetjenesten med mulig støtte etter folketrygdlovens § 5-22.

De foreldrene som i dag har rett til pleiepenger for å delta og legge til rette for intensiv trening og rehabilitering, har nå fått beskjed om at retten til pleiepenger opphører fordi Nav Forvaltning har gjort en ny fortolkning av pleiepengeordningen. Denne nytolkningen skjer uten at det har vært noen ny politisk behandling.

Jeg har jobbet spesielt med disse sakene helt siden 1998, og det er ikke tvil om hva Stortinget har ment skal være intensjonen med støtte og bistand til disse barna og foreldrene – og at Navs nye praksis bryter med denne intensjonen og et klart ønske fra Stortinget – også de rødgrønne partiene, som tidligere har vært med på dette. Men nå ser det altså ut som støtten fra dem opphører.

Høyre mener den nye fortolkningen og praksis i særlig grad rammer de familiene som har basert seg på, og tilpasset seg, disse ytelsene. En konsekvens av omleggingen vil bety at det etablerte treningsprogrammet må opphøre fordi foreldrene må være i fullt arbeid for å forsørge familien. Dette vil føre til et dårligere tilbud til barna og

i mange tilfeller behov for mer kostnadskrevende tilbud i kommunene.

I dag koster det med ordningen med pleiepenger og det som ble etablert rundt barna og familiene, ca. 1 mill. kr per barn per år. Hvis kommunen skulle overta denne omsorgen helt alene fordi foreldrene ikke orker mer, så er vi oppe i utgifter på 3 mill. kr per barn hvert år. Dette viser jo at disse familiene sparer samfunnet for mange millioner kroner hvert eneste år.

Det er svært viktig med forutsigbarhet i tildelingen av ytelse fra det offentlige, en forutsigbarhet som ikke er forenlig med den praksisendring som nå skjer. Statsråden har i brev til Stortinget uttalt:

«Jeg forstår at dette kan oppleves som vanskelig for de familiene som har innrettet seg etter tidligere vedtak om innvilgelse av pleiepenger, selv om de ikke hadde krav på ytelsen.»

Dette provoserer meg enormt. Den praksis som har vært etablert med å tildele pleiepenger til disse familiene, har, som jeg var inne på tidligere, vært et klart politisk ønske, og statsråden fremstår faktisk som veldig uinformert om hva Stortinget har gjort vedtak om. Og jeg synes det er ganske oppsiktsvekkende at hun uttaler «ikke hadde krav på».

Statsrådets vektlegging av varighetsprinsippet i vurderingen av om disse familiene skal ha rett til pleiepenger, er en endring av gjeldende praksis og i strid, vil jeg påstå, med Stortingets ønske.

Denne saken synes jeg er nok et eksempel på at Arbeiderpartiet er mer opptatt av å forsvare systemet og av paragrafene enn å stå opp for enkeltmenneskene og hva som er best for dem. Det er for så vidt ikke noe nytt, så egentlig skulle jeg ikke la meg overraske. Men i denne saken synes jeg det er så hjerteskjærende. Det dreier seg om de absolutt svakeste barna, de mest belastede familiene, og det vil få store konsekvenser. Og det dreier seg om ca. 50–60 barn, og om foreldre som natt og dag, år etter år, gjør en enestående innsats for sine barn. Konsekvensene er at de nå, som en mor sa, rett og slett må gi opp sine livsviktige prosjekt for å hjelpe sine alvorlig funksjonshemmede barn til et deltagende, verdig og, ikke minst, lærende liv.

Men vi driver da ikke politikk for å forsvare systemer, men for å legge til rette for ordninger, slik at mennesker kan få leve gode og verdige liv. Nå blir det kun de familiene som har god økonomi, der foreldre har muligheten til at én kan være hjemme, som vil ha mulighet til å fortsette treningen med barna, og det er Høyre sterkt imot. Dette skjer altså til tross for at det tidligere har vært bred politisk enighet om dette.

Mange av disse barna vil bli dårligere gjennom å miste sitt tilrettelagte treningstilbud, som igjen vil kunne utløse større kostnader ved sykdom. Og hva disse barna vil tape rent personlig, er ikke målbart i penger.

At regjeringspartiene bare avviser saken, opprører meg. I det minste kunne de bidratt til at den etablerte praksis fortsetter til det offentlige utvalget som skal vurdere ytelsene til pårørende som yter omsorg som skal erstatte kommunale tjenester, har lagt fram sin innstilling.

Geir-Ketil Hansen (SV) [13:19:46]: Jeg viser til det som ligger i saken, og det innlegget som saksordføreren hadde, og videre til de begrunnelsene som komiteens flertall har gitt for ikke å vedta forslaget sånn som det ligger på bordet i dag.

Når jeg likevel tar ordet, er det for å understreke det en samlet komité sier i sin innstilling, nemlig at det er viktig at

«familier med funksjonshemmede barn opplever et helhetlig hjelpetilbud, hvor det offentlig samarbeider med tanke på å finne den beste løsningen, ikke bare for barnet, men også for familien i sin helhet».

Videre sier komiteen at det er

«vanskelig å forstå at det kan gjøres praksisendringer internt i Nav som har alvorlige konsekvenser for brukernes rettigheter og livssituasjon, uten at det politisk ligger vedtak til grunn som viser at praksisendring har vært ønsket».

Jeg tror jeg kan si med stor sikkerhet at når flertallet mener at forslaget som ligger på bordet, ikke bør vedtas nå, men avventer den utredningen som kommer om ytelse til pårørende som yter omsorg som erstatter kommunale tjenester, så ligger det ikke i det at det er aksept for noen strengere fortolkning av loven enn det som har vært praktisert de siste ti årene.

Jeg oppfatter at noen som i dag mottar pleiepenger, er bekymret nettopp for det. Jeg har bl.a. lest innspillene fra foreningen Hjernebarna Norge. Men de behøver ikke å frykte for dette, for fram til Stortinget har fått en ny sak om dette, må den praksisen som har vært fulgt, videreføres.

I mange tilfeller må det utøves skjønn i enkeltsaker. Da er det grunn til å minne om at dette er barn og familier som trenger samfunnets støtte og hjelp. Da skal det i tvilstilfeller utøves en romslig praksis, og i tvilstilfeller bør det komme de hjelpetrengende til gode. For det er svært viktig at det ikke utvikler seg en praksis her i landet der det bare er de ressurssterke familiene som har god økonomi, som har mulighet til å hjelpe egne alvorlig funksjonshemmede barn til et verdig liv. Dette må gjelde alle, og nettopp denne politiske dimensjonen må legges til grunn når politikken på dette området skal praktiseres.

Laila Dāvøy (KrF) [13:22:52]: Det er ingen grunn til å vente med å løse denne saken til det offentlige utvalget som ser på pårørende som gjør jobben for kommunen, er ferdig med sitt arbeid. Dette kan løses her og nå. Dette er nemlig ikke kommunens bord, dette er spesialisthelsetjenester som foreldrene gjør. Pleiepenger er heller ikke noe kommunene utbetaler, pleiepenger er en statlig ordning, og jeg forventer at arbeidsministeren rydder opp umiddelbart.

Noen foreldre har valgt å følge intensive treningsopplegg for barna sine og bruker mye tid og krefter på dette. Nå må de i tillegg kjempe for rettigheter de har krav på. Jeg bøyer meg i støvet for disse foreldrene, som ikke gir opp.

Allerede i 2003 ble det, som flere har vært inne på, gjort en politisk beslutning om dette, med de rettigheter som fulgte med det, som pleiepenger. Uten nye politiske føringer i saken har mange foreldre – og politikere – rea-

gert på at Nav plutselig avviker fra denne praksis. Hvordan kan de få lov til å gjøre dette, administrativt og på egenhånd, uten en politisk involvering?

Vi foreslår at regjeringen sørger for at Nav Forvaltning følger fortolkningen av 2003, folketrygdloven § 9-10, om at pleiepenger kan gis til foreldre i forbindelse med intensiv behandling og rehabilitering av sitt barn.

Mange foreldre med funksjonshemmede barn opplever kampen mot systemet som den største utfordringen. Avslag og manglende forståelse fjerner fokus fra å være mamma og pappa. Konsekvensene av Navs praksis er at mange familier nå må gi opp sine livsviktige prosjekt med å trene sine barn til et selvstendig og uavhengig liv. Kun de med god økonomi kan bruke muligheten det gir til å fortsette å trene barna sine.

Hjernebarna Norge har jobbet lenge med denne saken, og de mener rammevilkårene rundt funksjonshemmede barn stadig svekkes gjennom regjeringens politikk. De påpeker at Arbeidsdepartementet ikke tar ansvar for at de administrerer svært viktige velferdsområder for familier med funksjonshemmede barn. De mener dette handler om helsepolitiske anliggender og ikke arbeidspolitiske.

Kristelig Folkeparti har i en årrekke etterspurt oppfølging av strategiplanen for familier med funksjonshemmede barn fra 2005. Blant annet ble det foreslått i innstillingen til omsorgsmeldingen i 2007 av regjeringspartiene å revidere denne strategiplanen. Vi venter fortsatt på det. Regjeringen har tatt få initiativ på dette området i de seks årene den har sittet.

Vi har også fra Kristelig Folkepartis side tatt til orde for en styrking av ordningen med omsorgslønn fordi Helsetilsynet har avdekket store geografiske forskjeller i praktiseringen av denne ordningen.

Det er selvfølgelig positivt at regjeringen omsider har gått inn for en gjennomgang av omsorgslønnsordningen og har nedsatt et offentlig utvalg. Mandatet til utvalget omtales nå som «å utrede offentlige ytelser til pårørende som yter omsorg som erstatter kommunale tjenester». Men den intensive treningen som vi snakker om i dag, foregår altså i spesialisthelsetjenesten og av foreldrene. Dette er ikke tjenester som erstatter kommunale tjenester, dvs. pleie og omsorg. Videre utbetales pleiepenger fra staten. Jeg ser frem til statsrådens innlegg her i dag, og jeg forventer altså at statsråden ordner opp. Det er meningsløst å la Nav få gjøre vedtak om å kutte en etablert statlig ordning for å utrede det sammen med andre kommunale ordninger.

Jeg oppfattet representanten Geir-Ketil Hansen som at han klart sa at denne ordningen skulle fortsette inntil en annen ordning eventuelt var på plass. Da regner jeg med at statsråden kanskje er enig i dette. Så nå har jeg virkelig håp om at de finner en løsning.

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm [13:27:13]: Forslagsstillerne ønsker en klargjøring av hvilken rett til pleiepenger som gjelder for familier som ønsker trening etter utenlandske metoder. Det er bedt om at regjeringen sørger for at Arbeids- og velferdsetaten følger fortolkningen av 2003 i forhold til folketrygdloven § 9-10, og tilstår pleiepenger til foreldrene i disse tilfellene.

La meg innledningsvis slå fast at det fortsatt gis pleiepenger etter folketrygdloven § 9-10 når barnet er innlagt i helseinstitusjon. Dette gjelder opphold ved Doman-instituttet og andre treningssentre i utlandet, der det ytes støtte fra folketrygden til reise og opphold. Spørsmål om det kan gis pleiepenger til foreldre som utfører intensiv trening og behandling i hjemmet, må vurderes i forhold til bestemmelsen i folketrygdloven § 9-11, hvor et vilkår er at barnet «har en livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade» som ikke er varig. Når tilstanden er varig, er forutsetningen at tjenestebehovet kan ivaretas ved tilpassede kommunale tjenester i samarbeid med foreldrene, slik at foreldrene kan delta i yrkeslivet.

Helse- og omsorgskomiteen viser til at det er stilt spørsmål rundt tilsynelatende varierende praktisering av pleiepengeordningen, og peker på et mulig behov for avklaring knyttet til fortolkningen av alvorlighetskravet og vurderingen av om sykdommen er varig. Komiteen stiller seg undrende til at Arbeids- og velferdsetaten avslår pleiepenger med begrunnelsen at sykdommen eller skaden er varig, mens primær- og spesialisthelsetjenesten har fastlåst at skaden ikke er varig.

Arbeids- og velferdsetaten er tillagt avgjørelsesmyndighet i den enkelte sak. Medisinsk sakkyndigs vurdering ligger til grunn for avgjørelsen, men den konkrete vurderingen med hensyn til sykdommens alvor og varighet, skal etaten foreta. Det er ikke tilstrekkelig at det kan skje eller har skjedd en bedring av tilstanden. Har barnet fortsatt et omfattende omsorgs- og pleiebehov, anses sykdommen eller skaden som varig. Avgjørelser i saker hvor foreldrene utfører intensiv trening og behandling i hjemmet, kan derfor få ulikt utfall. Jeg ønsker ikke at de foreldre som har fått støtte til intensiv opptrening etter utenlandske metoder, skal særbehandles sammenlignet med andre, ved at det i alle slike saker kan tilstås pleiepenger.

Jeg kan vise til at på bakgrunn av merknad fra sosialkomiteen i Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2003–2004 er det i Bestillerdokument 2005 til de regionale helseforetakene bl.a. anført at de regionale helseforetakene i samarbeid med kommunen skal vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede barn for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, herunder Doman-metoden. Mange familier får økonomisk støtte fra regionale helseforetak til gjennomføring av trening i hjemmet.

De fleste hjerneskadde barn får behandling innenfor det norske behandlingssystemet og habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten og tjenester fra kommunen. Foreldrene vil i de fleste tilfeller ikke ha rett til pleiepenger fordi sykdommen anses for varig, med mindre barna skal på sykehus i en periode. Aktuelle ytelser til foreldre som ønsker å være hjemme hos sine barn, er da hjelpestønad fra folketrygden og omsorgslønn fra kommunen.

Regjeringen er opptatt av å sikre et godt samspill mellom offentlig og privat omsorg og har oppnevnt et offentlig utvalg som skal vurdere ytelser for pårørende som yter omsorg som erstatter kommunale tjenester. Utvalget skal bl.a. vurdere hvilke utfordringer omsorgslønnsordningen står overfor. Utvalget er godt i gang med sitt arbeid, men har sett behov for noe mer tid enn opp-

rinnelig forutsatt og har derfor bedt om, og fått, utsatt fristen.

Jeg er glad for at komiteens flertall går inn for å avvente dette utvalgets forslag.

Presidenten: Det blir åpnet for replikkordskifte.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [13:31:18]: I innlegget mitt hadde jeg et eksempel med en mor som hadde én erklæring fra primærhelsetjenesten og én fra spesialisthelsetjenesten, som begge konkluderer med at skade og sykdom ikke er varig, hvorpå Nav påpeker at det er de uenig i. De mener dette er varig.

Da er spørsmålet til statsråden: Hva er hensikten med å innhente erklæring fra dem som faktisk kjenner barnet, hvis Nav kan gjøre sine egne vurderinger selv når de som står bak begrunnelsen, ikke har medisinskfaglig bakgrunn?

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm [13:32:02]: Det følger av systemet at det er Nav som må ta den endelige avgjørelsen i saken. Det er Nav som sitter og har ansvaret for de vedtakene som treffes. Nav vil selvfølgelig legge stor vekt på det som kommer fra sakkyndige som er hentet inn av foreldrene, men Nav må gjøre sin selvstendige vurdering. Er det overveiende sannsynlig at denne typen diagnose er varig, vil Nav legge dette til grunn. De vil selvfølgelig se på det som kommer fra de sakkyndige, men Nav gjør sine egne vurderinger, og de gjør også sine egne medisinske vurderinger der det er nødvendig.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:33:07]: Regjeringspartiene avviser forslaget fra opposisjonen på bakgrunn av et brev fra statsråden. Derfor har jeg lyst til å spørre statsråden om hvorfor hun ikke kan vente med endringer og la etablert politikk og praksis fortsette, i alle fall til etter at utvalget har sagt sitt. Og kan statsråden garantere at ingen av dem som kommer innunder ordningen i dag, faller utenfor en ny ordning?

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm [13:33:44]: Jeg understreker at denne saken dreier som om en forståelse av folketrygdloven § 9-11 og kravene til «varig sykdom». Her har man tidligere hatt en praksis i Nav som har vist seg å være feilaktig og i strid med lovens krav. Da man la denne ordningen over på Nav Forvaltning, som representanten sikkert kjenner til, rettet man opp den feilen. Man etablerte overgangsordninger for de familiene det dreide seg om, og man har så langt som mulig, også gjennom kontakt med kommunene, prøvd å legge til rette for at dette skal fungere bra for familiene videre.

Men praksisen er altså lagt om i tråd med det som gikk fram av Ot.prp. nr. 24 for 1997–1998, og som senere ble stadfestet i Ot.prp. nr. 21 for 2005–2006 og senere i Prop. 64 L for 2009–2010. Så dette er nå en forståelse i tråd med gjeldende rett. Praksisen er lagt om, og jeg kan ikke nå garantere at alle som har fått pleiepenger tidligere, vil fortsette å få det med den nye ordningen.

Laila Dávøy (KrF) [13:35:02]: Dette er ganske uforståelig, i alle fall for meg. Det er tidligere slått fast i en klagesak ved Folketrygdkontoret i Aust-Agder at pleiepengereetten etter folketrygdloven § 9-10 kan gis i forbindelse med intensiv behandling og rehabilitering. Dette var i 2003.

Så hører jeg hva statsråden sier. Hvis det nå skulle være slik at Nav har gjort en feil, var det i hvert fall ikke feil at regjeringen Bondevik og stortingsflertallet i 2003 ønsket at pleiepenger skulle gis. Det har aldri vært feil.

Da er mitt spørsmål til statsråden: Hvis Nav har gjort en feil, hvorfor i all verden skal det gå ut over de familiene som har fått pleiepenger? Hvorfor skal ikke de få beholde dem inntil man er ferdig med dette arbeidet som regjeringen nå gjør?

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm [13:36:10]: Det er slik at man har regler for hvordan en lovparagraf er å forstå. Og så er dette en vond sak. Det er alltid en vond sak når systemet ikke er lagt opp slik at reglene gir deg rett til en spesiell ytelse. Reglene praktiseres nå i tråd med bestemmelsene i § 9-11 – § 9-10 diskuterer vi ikke, for der er det fortsatt slik at man får ytelse når man er på institusjon – og hvis ikke sykdommen er varig, har man ikke rett til denne ytelsen. Det må ikke fremstilles som om man da ikke har rett til noen ting. Man har rett til veldig mange andre typer ytelser fra det offentlige, og det er i prinsippet det offentlige som har det totale ansvaret for at disse barna har det bra.

Ved utløpet av den perioden hvor disse foreldrene hadde fått tilstått pleiepenger, har man lagt til rette for overgangsordninger for at det skulle gå så godt som mulig for dem. Men det er ikke slik at disse barna står på bar bakke, og det er ikke slik at et utvalg har besluttet at alle nå skal få pleiepenger. Nå skal de se dette sammen med omsorgslønnen for å lage en best mulig ordning.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

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

Tore Hagebakken (A) [13:37:31]: I innstillingen – i hvert fall innledningsvis – står komiteen samlet om flere merknader. I mitt innlegg understreket jeg viktigheten av at det legges godt til rette for gjennomføring av intensiv behandling og rehabilitering. Jeg sa også noe om dette med mest mulig samspill mellom offentlig og privat omsorg.

Ettersom vi har et utvalg som nå jobber og skal se på dette i en helhetlig sammenheng, tror jeg det mest formålstjenlige ville være om opposisjonen her blir med på at forslaget blir oversendt uten realitetsbehandling. Deres opposisjon er ikke ønsker en slik løsning her i dag, så ønsker jeg på vegne av oss rød-grønne at man endrer innstillingen til at forslaget til vedtak vedlegges protokollen. Særlig fordi vi har et utvalg som jobber og skal se på helheten, synes jeg det er litt uheldig at vi foretar en votering og forslaget her blir nedstemt på grunn av den situasjonen vi er i, at vi nettopp har et utvalg som jobber med dette. Da synes jeg det er bedre at utvalget på fritt grunnlag får

jobbe og lagt fram et godt grunnlag for en god behandling her i Stortinget senere, om ikke så altfor lang tid.

Presidenten: Oppfattet presidenten det riktig, at representanten Hagebakken på vegne av dem som står bak innstillingen, ønsker at man endrer innstillingen til at forslaget til vedtak vedlegges protokollen? Var det å betrakte som et konkret forslag?

Tore Hagebakken (A) [13:39:20]: Det er riktig.

Presidenten: Så noterer vi det på den måten.

Bent Høie (H) [13:39:30] (komiteens leder): Det er behov for en oppklaring av hva regjeringen egentlig mener i denne saken, hvis det i det hele tatt skal være aktuelt å oversende dette forslaget. For det som nå er sagt fra regjeringspartiene, spriker i to helt ulike retninger. Statsråden forsvarer systemet og sier at den praksisen som nå gjelder, er den som er riktig, mens representanten Geir-Ketil Hansen sier at den praksisen som var før, som vi – altså opposisjonen – mener er riktig, skal fortsette fram til det nye systemet er kommet på plass. Kan statsråden gjøre om sitt innlegg og bekrefte den forståelsen som representanten Geir-Ketil Hansen har gitt uttrykk for, nemlig at den praksis som gjaldt etter en vurdering i en klagesak i Aust-Agder i 2003 – etter at storting og regjering grep politisk inn i dette – skal gjelde videre? I sitt brev til komiteen skriver statsråden:

«Jeg er kjent med at det etter en gjennomgang av saker der det er framsatt krav om fornyet periode med pleiepenger, har vist seg at det i flere tilfeller etter NAV Forvaltnings vurdering ved en feil har vært innvilget pleiepenger (...)

Hvis statsråden kan bekrefte at hun vil gripe inn i denne saken og sørge for at de som etter denne nye vurderingen har mistet pleiepengene, kan få pleiepengene tilbake, fram til en har konkludert etter dette utvalgets arbeid, så kan opposisjonen være med på å sende over disse forslagene. Hvis statsråden *ikke* kan bekrefte det, er det en reell uenighet i denne salen, og da vil jeg anbefale representanten Geir-Ketil Hansen å stemme for opposisjonens forslag, for det er den eneste måten han kan få gjennomslag på for det han sa fra talerstolen. I realiteten betyr det at når Geir-Ketil Hansen har sagt det han har sagt, er det et flertall i Stortinget som mener det som Høyre, Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet og Venstre mener i denne saken – og ikke det som Arbeiderpartiet har sagt.

Når jeg hører på innlegget til statsråd Bjurstrøm, har jeg en mistanke om at rettesnoren for dette partiet i denne saken er det som Martin Kolberg fra Arbeiderpartiet sto på Arbeiderpartiets landsmøte og sa: systemet, systemet, systemet.

Presidenten: Presidenten må få bemerke at sitatet fra representanten Kolbergs tale på Arbeiderpartiets landsmøte nok var noe upresist gjengitt. Sitater bør være presise.

Laila Dávøy (KrF) [13:42:34]: Jeg vil vise til det enkle faktum at foreldre ønsker selv å ta seg av sine barn – selvfølgelig. Da må vi legge til rette for at de skal kunne klare det. Det er i stor grad foreldrene som nå reagerer på det som har skjedd, og statsråden svarer med juridiske fortolkninger. Det er en realitet at disse foreldrene *ønsker* å ha denne ordningen.

I likhet med representanten Bent Høie er selvfølgelig også vi i Kristelig Folkeparti mer enn villig til å gå med på en oversendelse av dette forslaget til regjeringen, dersom statsråden i dag kan forsikre oss om at ordningen videreføres inntil utvalget kommer med sin innstilling og inntil man har tatt en ny politisk beslutning i denne saken.

Statsråd Hanne Inger Bjurstrøm [13:43:54]: Dette er en vanskelig sak, for det gjelder mennesker som er i en vanskelig situasjon, og det har jeg den største respekt for. Men det gjelder altså ett sakskompleks. Jeg kan godt bli beskyldt for å være juridisk, men jeg er statsråd og ansvarlig for et lovverk hvor det – ved flere anledninger siden 2002 – fra Stortingets side er gjort klart at for å få pleiepenger når du passer barn, skal barnet ha en *varig* lidelse. Den vurderes konkret, og da er det altså vurdert at dette sykdomsbildet som jeg her snakker om, ikke er varig, og da er ikke vilkårene for dette oppfylt. Da har vi andre gode ordninger – det trenger jeg ikke bruke tid på, for jeg vil bruke tiden på det som er viktig for meg nå – i forhold til omsorgslønn, og vi har kommunens tjenester. Og foreldre må stole på – det er jeg veldig opptatt av – at det offentlige stiller opp for dem, for mange foreldre ønsker å passe sine barn. Det er vi opptatt av, og derfor har vi satt ned dette utvalget for å se på forholdet mellom det offentlige og det private når det gjelder å pleie syke barn. Men ikke alle foreldre ønsker og kan pleie sin barn på en god måte. De ønsker det nok, men de ser at de kanskje ikke kan gjøre det på en god nok måte. Derfor må det offentlige ha det overordnede ansvaret og sammen med foreldrene passe på at barn som er syke, får en god pleie. Derfor må vi se på helheten i dette, og det er noe av det vi skal gjøre. Derfor er jeg ikke nå beredt til å gi noen garanti for at én type diagnose – for det er dét vi snakker om – skal trekkes ut av hele vurderingen, og så skal vi si at ved denne typen diagnose skal vi egentlig ta hovedvekten av det offentliges ansvar og si at det er foreldrenes ansvar. Det mener jeg er feil, og jeg mener at det vi nå skal gjøre, er å foreta en totalvurdering, hvor vi ser på hvordan foreldrene og det offentlige kan fungere sammen.

Og så skal vi se på omsorgslønnen, for det er jo ikke slik at disse foreldrene ikke får noen penger. Men pleiepenger har et høyere stønadsnivå enn omsorgslønn, og vi må se på hvordan vi kan sikre en mer helhetlig og god generell finansiering for de foreldrene som ønsker, kan og vil være hjemme og passe og pleie sine barn.

Jeg mener at denne saken er vanskelig, men jeg mener samtidig at den nå faktisk framstilles litt enklere enn den egentlig er. Den framstilles utenfor sin fulle og hele kontekst. Det kan man godt kalle systemforsvar, men det er faktisk også min plikt å forholde meg til de lover og regler som Stortinget har gitt.

Bent Høie (H) [13:46:31]: Først vil jeg rette opp sitatfeilen. Jeg mente ikke at Kolberg hadde sagt det, men at en skulle tro at han hadde sagt det. Jeg er klar over at han sa noe helt annet.

Det som er poenget, er at dette var en nøtt også i 2003. Da valgte en politisk å løse den nøtten gjennom å sikre at trening etter disse metodene ble godkjent av spesialisthelsetjenesten. Trening som er godkjent av spesialisthelsetjenesten, er alltid noe som skal føre til en forbedring av situasjonen, altså kontinuerlig ulikhet i forhold til nivået til dem som blir trent. Det løste nøtten knyttet til foreldrenes økonomiske situasjon, og sikret dermed praksis knyttet til pleiepenge. Dette var en juridisk tolkning av loven i en sak i Aust-Agder, og en politisk bruk av den muligheten til å løse en nøtt.

Det er ingenting som er til hinder for at dagens statsråd kan gjøre akkurat det samme og si at nytolkningen av loven som forvaltningen nå har lagt seg på, stilles i bero fram til Stortinget har hatt en helhetlig gjennomgang og man har fått etablert et nytt system. Statsråden trenger ikke si noe mer enn de ordene fra denne talerstolen, og så er disse foreldrenes situasjon i orden. Det koster samfunnet noen små kroner. Det er få foreldre det er snakk om, men det har enorm betydning for de foreldrene det her dreier seg om.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 2859)

Sak nr. 3 [13:48:16]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Jon Jæger Gåsvatn, Morten Stordalen og Kari Kjønnaas Kjos om å fjerne aldersbegrensningen for lisens til leger (Innst. 209 S (2010–2011), jf. Dokument 8:27 S (2010–2011))

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

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

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

– Det anses vedtatt.

Geir-Ketil Hansen (SV) [13:49:20] (ordfører for saken): Stortinget skal nå behandle forslag fra representantene Jon Jæger Gåsvatn, Morten Stordalen og Kari Kjønnaas Kjos om å fjerne aldersbegrensningen for lisens til leger. I dag er det slik at det må søkes om fornyet lisens etter fylte 75 år. Jeg forutsetter at forslagsstillerne vil redegjøre nærmere for forslaget.

Det er bred enighet i komiteen om at det er behov for

flere leger, og at eldre som ønsker å arbeide utover 75 år, representerer en verdifull ressurs for vårt helsevesen. Men komiteens flertall har konkludert med at det ikke vil være riktig å endre aldersbegrensningen, slik som det framgår av helsepersonelloven. Stortinget har behandlet liknende forslag tidligere og avvist dem.

I 2004 ble det foretatt en delendring i bestemmelsen om lisens til leger over 75 år. Endringene har bidratt til at forskriften har blitt tydeligere og forenklet utformet for å ivareta søkerens mulighet til å få lisens etter fylte 75 år, samtidig som forskriften er med på å ivareta pasientsikkerheten ved at det ikke gis lisens med forskrivningsrett annet enn i de tilfeller dette anses forsvarlig ut fra virksomhetens omfang. Så dette med pasientsikkerheten er en viktig side ved denne saken, og en viktig begrunnelse for ikke å ville gå inn for forslaget slik det er fremmet.

Det blir også i forslaget vist til at Norge er det eneste landet som har en slik aldersgrense. Det er ikke riktig. Jeg viser til vedlagte brev fra statsråden, der det framgår at både Danmark, USA og Storbritannia har ulike former for resertifisering ved oppnådd høy alder. I Danmark er også aldersgrensen 75 år.

I komiteens innstilling vises det også til at etter at det har blitt gjort endringer i 2004, er det behandlet svært få klager fra leger som har fått fornyet lisens. I 2010 ble det kun behandlet seks klager om begrensninger i forskrivningsretten. Når det gjelder lisens uten forskrivningsrett, er det kun ett til to avslag per år.

Avslutningsvis vil jeg understreke det jeg innledet med å si, og det som komiteen sier i sin merknad: Det er veldig positivt at det er leger som etter 75 år ønsker å arbeide videre. Det er lagt opp til, gjennom denne loven, at de kan få forlenget lisens. Det viser også at samfunnet setter pris på denne innsatsen. Komiteens flertall viser også til at den yrkesaktive alderen er økende, og på den bakgrunn mener komiteen at det er grunn til å vurdere om aldersgrensen kan heves. Det forutsettes også at departementet gjør det fortløpende.

Tore Hagebakken (A) [13:52:17]: Stortinget har i dag til behandling et representantforslag fra Fremskrittspartiet om å fjerne aldersbegrensningen for lisens til leger.

Det er viktig at dette temaet diskuteres, særlig av to grunner:

For det første gir det oss fra Arbeiderpartiet en mulighet til å sende et viktig signal: Vi setter stor pris på at mange leger ønsker å videreføre sin legegjerning etter vanlig pensjonsalder, og vi vet at mange pasienter setter særlig pris på samtale med og behandling fra leger med mye faglig kunnskap og livserfaring.

For det andre gir temaet en mulighet til å stoppe opp og vurdere forholdene knyttet til økende levealder og fleksibel pensjonsalder, sammenholdt med krav til faglighet og oppdatering for en yrkesutøvelse som møter mange mennesker i sårbare livssituasjoner.

Norge har i mange år hatt en lovbestemmelse om bortfall av autorisasjon og lisens til å utøve legevirksomhet ved fylte 75 år. Bestemmelsen finnes i helsepersonelloven, og gjennom forskrift er det mulig å søke tidsbegrenset for-

lengelse etter 75 år. I 2004 ble det foretatt endringer i forskriften, bl.a. med det som formål å forenkle søkerens mulighet til å få lisens etter fylte 75 år.

Vår måte å gjøre dette på kan virke noe strengere enn hva andre land praktiserer. Like fullt er det riktig å trekke fram at Danmark i 2007 innførte begrensninger for utøvelse av legepraksis etter fylte 75 år. Samtidig er det faktisk eksempler på svært mye strammere ordninger enn vi har i Norge. I Storbritannia praktiseres en resertifiseringsordning for leger – som saksordføreren også var innom – og i USA må leger gjennomgå dette hvert andre eller tredje år gjennom hele sin karriere. Flere andre land praktiserer oppfølgingsordninger for å sikre kvalitetskrav for leger og annet helsepersonell.

Arbeiderpartiet mener det er både viktig og nødvendig at mange leger fortsetter sin legegjerning etter vanlig pensjonsalder. Vi har mye ugjørt i helsetjenesten, og vi trenger erfarne, kunnskapsrike leger, til beste for pasientene og ikke minst som veiledere og rollemodeller for unge leger. Derfor er muligheten for praksis allerede satt over den alder der nesten alle andre tar pensjonering. Det skal være enkelt å søke om forlengelse, og forlengelse kan søkes flere ganger. Erfaring viser at nesten alle søknader blir innvilget.

Nordmenn er spreke, i hvert fall i sin alminnelighet, og vi har en sterkt økende levealder. Det som var en rimelig pensjonsalder for 10, 20 og 30 år siden, er nærmest for sen ungdomstid å regne i dag, for å si det litt spenstig. Derfor har vi også reformert pensjonssystemet, bl.a. med levealdersjustering. Disse forholdene må tas i betraktning også i denne saken. Jeg vil derfor vise til at regjeringspartiene har gått sammen med Høyre og Kristelig Folkeparti om en merknad som tydelig uttrykker at det er aktuelt å vurdere å øke aldersgrensen noe, og vi legger til grunn at departementet vurderer dette fortløpende. Dette vil jeg si er et sterkt signal. Videre er det bred enighet i dagens storting om at det skal være en aldersgrense. Bare Fremskrittspartiet vil ta den helt bort.

Avslutningsvis: Det har gjort inntrykk på meg at eldre leger i høringen har gitt uttrykk for at de er noe i tvil om fellesskapet virkelig ønsker og setter pris på deres innsatsvilje og samfunnsbidrag. Jeg håper virkelig at jeg gjennom dette innlegget har fått fram at det klart motsatte er tilfellet.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [13:56:54]: Ved behandlingen av legeloven i 1980 ble det innført en bestemmelse om at autorisasjon som lege skal opphøre ved 75 år, med mulighet for fortsatt begrenset lisens etter søknad. I 31 år har vi altså hatt en særnorsk ordning som gjør at leger fratras sin rett til å drive som lege utelukkende fordi vedkommende har hatt fødselsdag. Ingen andre land har en tilsvarende ordning.

Da regelen ble innført, var den i liten grad begrunnet, men det kan synes som om stortingsflertallet var av den oppfatning at det skjedde noe mentalt med en person fordi vedkommende fylte 75 år. Det var nok også en byråkratisk og en økonomisk side – ønsket om å ha en sikker kontroll med legene, effektivt av økonomer og jurister. Leger

settes gjennom dette i en særstilling blant akademikerne. Verken økonomer, advokater, prester eller veterinærer mister retten til yrkesutøvelse ved en bestemt alder. Dette kan ikke klassifiseres som annet enn en ren aldersdiskriminering av leger. Jeg trodde vi hadde kommet lenger i 2011.

Reitgjerdet ble stengt med den begrunnelse at samfunnet ikke skal eller kan frata en stor gruppe deres menneskeverd fordi noen få av disse vil være en risiko for samfunnet. Fremskrittspartiet står i dag alene om å ville fjerne denne aldersdiskrimineringen, og jeg er redd for at flertallets avvisning av vårt forslag er et uttrykk for en holdning til eldre mennesker som vi dessverre ser i mange sammenhenger i vårt samfunn i dag. Den begrensningen som regelverket legger opp til for å utøve legeyrket etter fylte 75 år, føles både krenkende og urimelig for et betydelig antall leger som har hatt en plettfri yrkeskarriere, og som fortsatt ser seg i stand til å hjelpe pasientene sine.

Leger i alle aldre må fortsatt kunne kontrolleres når det gjelder forsvarlighet og skikkethet, og det er hjemmel for å ta lisensen fra dem som driver en uforsvarlig praksis. Alle er enig i at leger både over og under 75 år til enhver tid må være oppdatert om den tjenesten de skal utøve, men det betyr ikke at en må ha en viss stillingsstørrelse, eget legekontor osv. for å være oppdatert på ulike fagfelt.

Jeg tør da spørre helseministeren: Hva med de leger som ikke ordinært jobber i pasientrettet arbeid – forskere, stortingspolitikere, statssekretærer og andre – som kun har en gjesterolle som legevaktleger eller vikarleger noen korte sommeruker? Blir disse kontrollert, og er de faglig oppdatert til enhver tid?

Stortinget behandlet et tilsvarende forslag fra Fremskrittspartiet i 2002. Den gang var regjeringspartiene Høyre og Kristelig Folkeparti for å beholde særaldersgrensen. I mellomtiden har Stortinget behandlet pensjonsforliket, hvor intensjonen er at folk skal kunne stå lenger i arbeid. De to nevnte partiene vil i dag gå inn for at denne særaldersgrensen, som har stått uforandret i over 30 år, blir levealdersjustert.

Mer forundret er jeg over Arbeiderpartiet og Senterpartiet, som har endret standpunkt siden 2002. Begge disse partiene uttalte i 2002 at leger over 75 år var en ressurs Norge trengte og kunne utnytte i langt større grad. I dag vil de ikke gå inn for å fjerne særaldersgrensen. De vil heller ikke gå inn for en levealdersjustering av den. Men verst av alt – de vil heller ikke utrede grunnlaget for å opprettholde en slik aldersgrense. De ønsker ikke faglig og forskningsbasert viten knyttet til spørsmålet. Makta rår, kunnskap er underordnet. Regjeringen gjør som den vil. Det er skremmende.

I løpet av få år vil 2 400 leger falle for denne aldersgrensen. Undersøkelser Legeforeningen har gjort, viser at 600–700 av disse kunne tenke seg å fortsette i yrket i noen år til. Vi har legemangel i dag. Vi importerer leger for kortere eller lengre tid fra utlandet. Samhandlingsreformen vil føre til ytterligere behov for legetjenester. Har vi da råd til å kaste vekk denne ressursen som samfunnet – ja, fellesskapet – tross alt har investert i å bygge opp?

Vi vet at en norsk lege på 84 år har fått tilbud om å

praktisere i Portugal fordi den norske lisensen fra før 75-års alder er gyldig der, og at dette trygt kan gjøres innenfor EØS-reglene om det felles arbeidsmarkedet. Da Boris Jeltsin skulle ha sin hjerteoperasjon, ble en 88 år gammel hjertespesialist hentet fra USA for å være rådgiver for det russiske teamet. Norge har sluttet seg til FN-konvensjonen om eldres rettigheter, hvor det fremgår at eldre skal ha anledning til å arbeide. Eldrekonvensjonen slår fast at eldre skal behandles individuelt, men i Norge fortsetter vi med kollektiv behandling av eldre leger, for det bestemmer den kompakte majoritet.

I Norge vil flertallet fortsatt ha det slik at en lege kan utføre en omfattende hjerteoperasjon den ene dagen, men dagen etter, på sin 75-års dag, kan han ikke engang skrive ut resept på antibiotika til en nabo med urinveisinfeksjon eller bestille røntgen til sin kone hvis hun faller og slår seg på glattisen. Denne urimelige aldersdiskrimineringen vil Fremskrittspartiet har slutt på, og vi tar derfor opp det forslaget vi fremmer i saken. Hvis forslaget mot all sunn fornuft skulle bli nedstemt, støtter vi subsidiært forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti.

Presidenten: Da oppfatter presidenten det slik at representanten Jon Jæger Gåsvatn har tatt opp to forslag, forslagene nr. 1 og nr. 3 som han refererte til.

Sonja Irene Sjøli (H) [14:01:38]: Jeg viser til saksordførers gjennomgang av saken, så jeg skal ikke gå detaljert inn på det.

Høyre mener at bestemmelsene som begrenser legers rett til yrkesutøvelse etter 75 år, er prinsipielt betenkelig, og det medfører også en del praktiske utfordringer og byråkratiske komplikasjoner. Vi mener at endringer som ble gjort bl.a. ved gjennomgang av forskriften i 2004, til en viss grad begrenser problemene knyttet til de aktuelle legers rettigheter ved å gjøre det lettere å få autorisasjon og lisens. Jeg vil også understreke behovet for å sikre best mulig utnyttelse av medisinsk kompetanse, legers yrkeserfaring og arbeidsevne i helsesektoren. Ikke minst støtter vi forslagsstillernes intensjon om å få bedre tilgang til legers medisinske kompetanse, både på sykehjem og i omsorgstjenestene.

Reglene i helsetjenesten bør som i andre deler av yrkeslivet og i offentlig sektor bedre kunne stimulere til å utnytte den kompetansen og den arbeidsevnen som eldre har, og bedre legge til rette for en lengre yrkeskarriere for dem som har mulighet til det, og som ønsker det. Levealderen har jo også økt, og helsen til de eldre er blitt betraktelig bedre siden grensen på 75 år ble satt. Vi synes det er unaturlig at det skal være et automatisk bortfall av autorisasjon, og at aldersgrensen ikke er økt.

Selv om intensjonen med aldersgrensen skulle ønskes ivare tatt, mener vi at grensen for automatisk lisens og autorisasjonsbortfall bør økes til 80 år, slik som Legeforeningen tok til orde for i komiteens høring den 13. januar 2011.

Vi mener faktisk at det ikke finnes noe faglig forskningsbasert belegg for å kunne hevde at aldersgrensen skal opprettholdes på 75 år. Vi mener at regjeringen bør utrede

nærmere grunnlaget for å opprettholde en særaldersgrense for legeyrket. Vi er jo da litt kritisk til departementets motvilje mot å foreta en grundigere evaluering av effekten av forskriften, slik som forutsatt ved innføringen av bestemmelsen gjennom legeloven allerede i 1980.

Da tar jeg helt til slutt opp forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti, forslag nr. 2.

Marit Nybakk hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Da har representanten Sonja Irene Sjøli tatt opp det forslaget hun refererte til.

Kjersti Toppe (Sp) [14:04:51]: I denne saken støtter regjeringspartiene forslagsstillernes syn på at det er viktig å legge til rette for at eldre arbeidstakere kan fortsette i arbeid så lenge som mulig, både fordi samfunnet har bruk for all arbeidskapasitet, men også fordi arbeid – det å være til nytte – er bra også for den enkelte.

Vi er heldige som lever i et land der vi lever stadig lenger, og vi er en befolkning med stadig friskere eldre. Slikt sett er det naturlig å se på de aldersgrensene som er, og har vært, ikke bare i legeyrket, men også i andre yrker. Høyere forventet levealder er et argument for å vurdere å øke aldersgrensen på 75 år for bortfall av autorisasjon og lisens som lege. I denne saken ber flertallet regjeringen nettopp om å vurdere å øke aldersgrensen noe, og vi legger til grunn at departementet vurderer dette fortløpende.

Hensynet til pasientsikkerhet, kvalitet og tillitt til helsetjenestene er også en viktig del av denne vurderingen. Jeg synes fortsatt det er grunn til å opprettholde en særaldersgrense for leger, men at man kan vurdere å øke dagens grense. Men jeg deler ikke opposisjonens beskrivelse av dagens praksis som diskriminering. At det er nødvendig med aldersgrenser i et samfunn, synes ikke jeg er diskriminering. Det er ikke aldersdiskriminering at man har 18-års aldersgrense for å ta sertifikat. Det er ikke aldersdiskriminering at man etter fylte 70 år opplever skjerpede krav til fortsatt å ha sertifikat. Men det er et poeng at eldre generelt skyves ut av et arbeidsmarked der de trengs. Det er også et poeng at aldersgrenser må vurderes og justeres, og det har en funksjon spesielt med hensyn til at levealderen øker.

I tillegg til å vurdere å øke aldersgrensen noe, bør vi oppfordre og legge mer til rette for at leger kan søke om lisens også etter 75 år. Lisensforskriften ble – som nevnt her – etter endringene i 2004 tydeliggjort og forenklet, samtidig som den ivaretar pasientsikkerheten, ved at det ikke gis lisens med forskrivningsrett annet enn i de tilfellene der dette anses forsvarlig ut fra virksomhetens art og omfang. Blant annet er kravet om 20 pst. stilling for å få lisens fjernet.

Opposisjonen skriver i merknader til saken at måten Norge behandler eldre leger på, «ikke finner sin like i noen andre land», men flere har vært inne på at også andre land, bl.a. Danmark, har innført begrensninger for å sikre kvalitetskrav for leger og annet helsepersonell som også er knyttet til alder. Flertallet ønsker flere eldre leger i jobb,

og har bedt regjeringen om å vurdere å øke aldersgrensen noe. Jeg vil igjen understreke at jeg liker ikke ordet «diskriminering» som blir brukt i denne saken. Vi leger har det godt, for å si det slik.

Laila Dāvøy (KrF) [14:08:36]: Eldre mennesker er en ressurs. Forslaget vi behandler, er et uttrykk for at vi ønsker å utnytte det i større grad enn vi gjør i dag. Utviklingen i levealder understøtter dette. Vi kan se frem til å leve lenger. Vi har hatt en fantastisk utvikling i levealder de siste årene. På slutten av 1800-tallet var forventet levealder i Norge snaut 50 år, i 1950 var den 70 år og i 2000 ca. 81 år. I 2009 ble det ifølge Folkehelseinstituttet registrert de høyeste tallene for forventet levealder noensinne, med 83,1 år for kvinner og 78,6 år for menn.

Kristelig Folkeparti foreslår, sammen med Høyre, å heve aldersgrensen for legelicens fra 75 til 80 år. Dette er i tråd med høringsuttalelsen fra Legeforeningen i saken. Vi ber også regjeringen utrede grunnlaget for å opprettholde en særaldersgrense for legeyrket basert på faglige og forskningsbaserte kriterier. Vi hørte hva representanten fra Senterpartiet sa, og derfor ønsker vel også vi at man heller gjennomgår dette enn at man tar en beslutning om det nå.

Aldersgrensen for leger har en uheldig signaleffekt fordi den er i strid med et tverrpolitisk ønske om at arbeidstakere skal stå lengst mulig i arbeid. Aktive eldre er til beste for alle generasjoner. Det vil i praksis innebære at flere eldre vil få et aktivt liv, fysisk og mentalt, noe som også vil fremme eldres helse.

Eldre med engasjement gir meningsfylte eldre år. Samspillet mellom generasjonene blir styrket ved at seniorgenerasjonen og mellom- og yngregenerasjonen arbeider sammen og har felles arena i arbeidslivet.

Vi bør også vurdere om tiden snart er moden for å oppheve faste aldersgrenser i arbeidslivet knyttet til antall levde år. I første omgang har mitt parti, Kristelig Folkeparti, ønsket en heving av aldersgrensen fra 70 til 72 år. I dag sier ikke alder nødvendigvis noe om helsen og formen til den enkelte.

Eldre mennesker er en ressurs, også eldre helsepersonell. Det er vi selvfølgelig alle helt enige om. En høyere aldersgrense for bortfall av autorisasjon vil stimulere til at leger og annet helsepersonell arbeider lenger enn de gjør i dag.

Så til sist: I Legeforeningens hørings svar vises det til at eldre leger utgjør en betydelig ressurs, med omfattende og solid kompetanse. Vi viser også til at med en stadig voksende eldre populasjon, er det naturlig å innrette regelverket slik at det åpner for en bedre og mer hensiktsmessig ressursutnyttelse. Ikke minst kan eldre leger være en særskilt ressurs i oppfølgingen av eldre pasienter, som det vil bli stadig flere av, og som vil øke kraftig de neste 40 årene. Ved å heve aldersgrensen til 80 år, som Kristelig Folkeparti her er i ferd med å foreslå, vil dette øke sjansen for at flere eldre leger vil fortsette som leger til denne alderen nås.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:11:56]: Jeg vil innledningsvis si meg enig med forslagsstillerne i

at leger som fortsatt ønsker å beholde adgangen til å utøve sitt yrke, bør kunne gjøre det, forutsatt at de har tilfredsstillende fysisk og psykisk helse, og at de har holdt seg faglig oppdatert. Forutsetningene om tilfredsstillende fysisk og psykisk helse, må imidlertid kunne dokumenteres. Slik jeg ser det, er dette i tråd med gjeldende regelverk. Helsepersonelloven fastsetter at helsepersonells autorisasjon bortfaller ved fylte 75 år, men etter den tid kan man søke om lisens.

Lisensen innvilges for et nærmere bestemt tidsrom på inntil to år av gangen, og etter fylte 80 år for inntil et år av gangen.

Som i arbeidslivet generelt, er det viktig for helsetjenesten å kunne ta i bruk de ressursene og de erfaringer som eldre leger innehar. Dette gjelder ikke bare overfor eldre og i sykehjem, men også i helse- og omsorgstjenesten for øvrig.

Jeg synes likevel det er vanskelig å forstå argumentasjonen om at forskriften må endres for at leger over 75 år skal kunne utøve sitt yrke. Aktive leger over 75 år kan neppe synes det er vanskelig å utarbeide en slik søknad. Det forhold at det kreves noe arbeid fra legens side, kan etter min mening ikke være avgjørende. Hensynet til å sikre kvaliteten i helsetjenesten, sikkerhet for pasientene og tillit til helsepersonell og helsetjeneste må være bestemmende.

Som komiteen viser til i innstillingen, har den yrkesaktive alderen i befolkningen økt siden grensen på 75 år ble innført. Det kan på denne bakgrunn være aktuelt å vurdere å øke aldersgrensen noe. Jeg vil derfor be Helsedirektoratet vurdere om det bør gjøres endringer i aldersbestemmelsen. Bestemmelsen i helsepersonelloven omfatter alt autorisert helsepersonell. En slik gjennomgang vil derfor omfatte hele denne gruppen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [14:14:27]: Arbeiderpartiet har snudd siden 2002. Spørsmålene er: Hva slags forskning og faglig vurdering ligger bak regjeringens holdning til å opprettholde denne særnorske aldersdiskrimineringen? Og hva er det regjeringen vet om legers intellektuelle kapasitet ved fylte 75 år som vi og Legeforeningen ikke kjenner til?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:14:52]: Som noen andre har vært inne på i innlegg, vil jeg si at dette ikke er noen særnorsk ordning lenger. Noen land, som Danmark, har innført en aldersgrense, og andre land igjen, som USA, bruker resertifiseringsordninger, slik at det er ulike måter å angripe dette på.

Når det gjelder aldersgrense på 75 år, er det ikke slik at det er en absolutt aldersgrense. Vi ønsker jo at eldre skal kunne praktisere. Men det er noen forutsetninger for det, og de kan altså søke om lisens videre for to år ad gangen inntil de er 80 år gamle. Så sa jeg også at vi vil be Helsedirektoratet gå igjennom dette og se på om det kan være grunn til å øke aldersgrensen noe. Men dette må vi jo gjøre også ved å se på det grunnlaget som eventuelt måtte være

for det. Andre her har nevnt at bare det at vi lever lenger, kan være én grunn. Ja, det kan være en grunn, men det vil vi komme tilbake til.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

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

Geir-Ketil Hansen (SV) [14:16:15]: Jeg tar bare ordet helt til slutt for å kommentere representanten Gåsvatns innlegg, som jeg oppfatter var i overkant negativt i forhold til det komiteen har innstilt på, og den praksisen vi har her i Norge. Beskrivelsen og bruken av ordet «diskriminering» – jeg vet ikke om ordet «fiendtlig» overfor eldre leger ble brukt – er egentlig å snu saken helt på hodet, for vi har en ordning i dette landet som åpner for resertifisering.

At man kan fornye lisensen ved fylte 75 år, er egentlig uttrykk for en holdning fra storsamfunnet om at man er ønsket som arbeidstaker også etter fylte 75 år dersom man ønsker å stå videre i arbeidslivet. Så det er i utgangspunktet en positiv holdning. Men så er det altså en dimensjon i dette som handler om pasientsikkerhet, og det burde alle være interessert i, både yrkesaktive leger i høy alder og pasientene ikke minst. Denne pasientsikkerhetsdimensjonen er jo helt fraværende i representanten Gåsvatns innlegg.

Så har det fra samtlige som har hatt ordet i dag, vært understreket at eldre leger er ønsket på arbeidsmarkedet, at de representerer en viktig ressurs i vårt helsevesen, og at det er av stor betydning at man ønsker å fortsette i yrkeslivet. Den endringen som ble gjort i 2004, var jo nettopp for å gjøre dette enklere og tydeligere. Praksisen og erfaringen i ettertid har også vist at det er svært, svært få som klager på avslag, på behandlingen de har fått i forbindelse med fornyelsen av lisensen. Det dokumenterer jo at vi har en ordning som fungerer godt.

Så har komiteen til slutt understreket overfor statsråden at man ber om å se på om det kan være grunnlag for å heve aldersgrensen, nettopp fordi den yrkesaktive alderen øker. Det er å snu saken fullstendig på hodet å argumentere som om denne ordningen er diskriminerende og fiendtlig overfor leger som ønsker å fortsette i yrkeslivet etter fylte 75 år.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [14:19:02]: Jeg forstår at representanten Geir-Ketil Hansen reagerer på min ordbruk når jeg bruker begrepet «diskriminering». Det er vel gjerne de som rammes, som oppfatter at dette er diskriminerende – og dette er ord som de eldre legene selv bruker.

Så har vi hørt legerepresentanter – holdt jeg på å si – fra talerstolen i dag som sier at leger har det godt. Men vi vet samtidig at denne misnøyen mot denne særnorske regelen øker med alderen også hos legene. Det er jo den opplevelsen de har i forhold til å sette i gang en svær søknadsprosess, betale masse penger til staten for å få behandlet sin søknad, med den store usikkerheten som er forbundet med om de får søknaden godkjent eller ikke, som de rett og slett synes er pinlig når de har hatt en plettfri yrkeskarriere i et langt yrkesliv.

Jeg er glad for at det skjedde noe etter at Fremskrittspartiet reiste denne saken forrige gang, i 2002. De endringene som kom, med bl.a. fjerning av kravet om 20 pst.-regelen, kom vel, tross alt, som et resultat av den debatten som ble ført her i 2002, for da var det store temaet det at man stilte krav om at det skulle være 20 pst. stillingsressurs. Men fortsatt ligger det masse spesifikke krav om bl.a. det å holde seg faglig oppdatert. I dag har man en helt annen informasjonsflyt og mulighet gjennom Internett til å kunne holde seg faglig oppdatert enn man hadde tidligere. Jeg sa også i mitt innlegg at jeg ser et paradoks i det at bl.a. forskere, statssekretærer eller stortingspolitikere – som kan sitte her i salen i årevis uten å se en pasient i hvitøyet – kan gå rett ut og praktisere som lege etterpå. Det er for meg et stort paradoks.

Så sier representanten Geir-Ketil Hansen at temaet pasientsikkerhet var totalt fraværende i mitt innlegg. Da må han ha hørt utrolig dårlig etter. Jeg sa:

«Leger i alle aldre må fortsatt kunne kontrolleres når det gjelder forsvarlighet og skikkethet, og det er hjemmel for å ta lisensen fra dem som driver uforsvarlig praksis. Alle er enig i at leger både over og under 75 år til enhver tid må være oppdatert om den tjenesten de skal utøve».

Dette trodde jeg liksom var fundamentet i det hele. Så ser jeg at man bl.a. viser til de amerikanske ordningene som går på resertifisering. Ja, hadde vi enda diskutert *det* temaet, hadde vi diskutert kvalitet, og da hadde vi diskutert det faglige innholdet i det. Det hadde vært noe helt annet enn bare å se på når folk har bursdag, for det er det denne saken dreier seg om. I det øyeblikket du har 75 lys på kaken, er du ikke lenger skikket til å være lege.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3. (Votering, se side 2860)

Sak nr. 4 [14:22:13]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Torbjørn Røe Isaksen, Sylvi Graham, Gunnar Gundersen, Sonja Irene Sjøli og Bent Høie om å redusere sykefraværet gjennom en bedre utnyttelse av «Raskere-tilbake-ordningen» (Innst. 208 S (2010–2011), jf. Dokument 8:34 S (2010–2011))

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

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

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

– Det anses vedtatt.

Are Helseth (A) [14:23:33] (ordfører for saken): Stortinget behandler her et representantforslag fra Høyre som har to elementer, for det første en flytting av ansvar for kjøp av helsetjenester for sykmeldte fra helseforetak til direktorat og, for det andre, et forslag om bruk av økonomiske incentiver.

Representantforslaget gir mulighet for politisk debatt om politisk styring av helsetjenester, om treffsikkerheten av økonomiske incentiver og om den politiske forståelsen av partssamarbeidet i arbeidslivet. Dette er viktige debatter.

Ordningen for tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte, kalt «Raskere tilbake», er de siste årene utvidet i omfang og innhold. For 2011 er det bevilget 484 mill. kr til helseforetakene og 228 mill. kr til Arbeids- og velferdsetaten i ordningen. Raskere tilbake kan omfatte både sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldt uten et tilbud. Det er et krav at tilbud innenfor Raskere tilbake som blir organisert gjennom offentlig helsetjeneste, skal organiseres i ekstraordinære aktiviteter for å hindre at tilbudene kommer i konflikt med prioriteringsforskriften.

For Arbeiderpartiet er det viktig å minne om at dagens organisering, med oppgaver til både helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten, fremkom som et resultat av drøftinger mellom partene i arbeidslivet og myndighetene. I den sammenheng er det nyttig å være klar over at Helsedirektoratets statusrapport anbefaler at tiltak i Raskere tilbake videreføres i IA-avtalens periode 2010–2013. Raskere tilbake er et godt virkemiddel innenfor IA-avtalens målsettinger. 70 pst. av henvisningene innen somatikk gjelder tilstander i muskel-skjelettsystemet, som også er den vanligste diagnosegruppen for sykmeldinger. Det er vist at deltakere i Raskere tilbake har ca. fire dager kortere sykmeldingsperiode sammenlignet med pasienter som får behandling utenfor systemet. Men disse tallene er det vanskelig å bruke i debatten, fordi det er metodiske problemer. Noe av dette får fagfolk diskutere, men for alle er det åpenbart at en utvelgelse av de minst syke til Raskere tilbake gir såkalt bedre resultater enn å gi også de mer syke en mulighet. Her ligger også det iboende problem med og det urettferdige i økonomiske incentiver for oppnådd friskmelding, som forslagsstillerne går inn for.

Regjeringspartiene mener at den organisering som brukes i dag, og som er et resultat av drøftinger med partene i arbeidslivet, er balansert og på en god måte ivaretar målsettingen om innsats for sykmeldte – og hensyntar kravene i prioriteringsforskriften. Arbeids- og velferdsetaten har kompetanse på arbeidsretting, og dette begrunner at en del av innsatsen bør kanaliseres her. Samtidig er det bra at ordningen skal evalueres innen august 2012.

Dette forslaget tar til orde for å flytte midler og ansvar for sykmeldte fra helseforetak til direktorat. Det er etter min vurdering sentraliserende og vil gi en lengre politisk styringsvei.

Forslaget tar videre til orde for økonomiske incentiver, som erfaringsmessig kan føre til glidning, slik at de som står på grensen til varig frafall fra arbeidslivet, vil få mindre mulighet til deltakelse.

Avslutningsvis: Etter min beste vurdering viser ikke forslaget tilstrekkelig respekt for de prioriteringer partene i arbeidslivet sammen har kommet fram til. Man må ikke vise slik respekt, men fra flertallets side mener vi det er både riktig og klokt.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [14:28:09]: Den 3. juni 2010 sendte arbeidsministeren ut en pressemelding om ordningen Raskere tilbake. Samfunns- og næringslivsforskning hadde da evaluert ordningen. I pressemeldingen kunne man lese at ordningen hadde gjort at de som var omfattet av den, i snitt hadde kommet 4,3 dager tidligere tilbake på jobb i perioden 2007–2009. Arbeidsministeren konkluderte med at ordningen ikke var bra nok.

Det er to ting ved disse tallene som det er vanskelig å forstå. Det ene gjelder antall dager man oppnådde. For meg virker det noe underlig at man plukker ut pasienter til ordningen som likevel ville fått behandling ganske snart. Jeg har utallige ganger fått henvendelser fra folk som i månedsvis har fått sykepenger, i påvente av en operasjon. Hvorfor er det ikke disse pasientene som har fått tilbud om Raskere tilbake? Hvorfor i all verden har man valgt ut dem som ikke har måttet vente lenge?

Det andre jeg undrer meg over, er at man, til tross for en besparelse på bare 4,3 dager i snitt per pasient, antakelig har spart ca. 400 mill. kr i sykepengeutbetalinger. For meg er det vanskelig å forstå at dette ikke er bra. 400 mill. kr er utrolig mange penger og burde stimulere regjeringen til å arbeide målbevisst og hardt for at ordningen skal bli optimal.

For Fremskrittspartiet har det vært viktig å se på sammenhengen mellom ventetider og økt utbetaling av sykepenger. Dette er synliggjort i våre alternative budsjetter, hvor vi øker bevilgningene til behandling, som igjen gir oss lavere utbetaling av sykepenger.

Samtidig er vi gjennom flere rapporter gjort kjent med at risikoen for aldri å komme tilbake til arbeidslivet øker med lengden av fraværet fra arbeid. Ordningen er derfor viktig sett i sammenheng med antall nye på uføretrygd. Fremskrittspartiet har derfor tatt til orde for at ordningen bør ligge ett sted, nemlig hos Nav. Det er Nav som har ansvar for å følge opp den enkelte, finne de riktige ordninger og behandlinger, og som også derfor er nødt til å ha hånden på rattet for å kunne tilby riktig behandling til riktig tid.

At pengene ligger i helseforetakene, gir ingen incitamenter for helseforetakene. De sparer ingen penger enten de tilbyr behandling med en gang, eller om en måned. Fremskrittspartiet er redd for at disse pengene på en måte forsvinner inn i systemet.

Det finnes to evalueringsrapporter av de to ordningene: Kjøp av helsetjenester og Raskere tilbake. Den ene, SINTEF-rapporten, pekte på at da trygdeetaten kjøpte helsetjenester på vegne av de sykmeldte, ble det konkurranse om pasientene. Dette førte til at prisen på behandlingen gikk ned, og helseforetakene fikk et incitament til å redusere de generelle ventetidene. Fremskrittspartiet er derfor, som tidligere, overbevist om at en finansiering gjennom Nav av hele ordningen, med direkte betaling knyttet til

det enkelte tiltak, er det som vil føre til den beste utnyttelsen av den samlede kapasiteten og den beste løsningen for brukerne. Jeg viser i den forbindelse til merknader fra Fremskrittspartiet i Budsjett-innst. S nr. 11 for 2007–2008.

Jeg vil samtidig benytte anledningen til å be helseministeren følge opp ordningen spesielt. Jeg har en rekke ganger fått henvendelser fra enkeltpersoner som ikke kan forstå hvorfor de får avslag på ordningen og i stedet må gå sykmeldt i månedsvis mens de venter på en operasjon. De har fått høre alt fra at sykdommen/skaden ikke står på en eller annen liste til at man ikke oppfyller kravet og reglene for ordningen. Jeg er kjent med at helseministeren har måttet svare på dette en rekke ganger, noe som viser at ordningen er uklar og ikke når målgruppen på en optimal måte.

Jeg tar opp Fremskrittspartiets forslag i saken og melder også om at Fremskrittspartiet vil støtte forslag nr. 3 fra Høyre, som ligger i saken.

Presidenten: Representanten Kari Kjønås Kjos har tatt opp det forslaget hun refererte til. Hun har også gitt en stemmeforklaring.

Bent Høie (H) [14:32:44] (komiteens leder): Bakgrunnen for dette forslaget er at ordningen Kjøp av helsetjenester for oppfølging av sykmeldte som ble innført i 1998, fikk en veldig positiv evaluering av SINTEF. Den ordningen hadde den helt enkle bakgrunn at folk flest og også politikerne syntes at det var rart at vi i Norge hadde et system der ansvaret for sykepengene lå i trykdeetaten, mens ansvaret for behandlingen lå under Helsedepartementet, på den tiden fylkeskommunene. En var ikke i stand til å se disse pengene i en sammenheng. Det førte til at folk gikk sykmeldte lenge, fikk utbetalt store beløp i sykepenge samtidig som det de egentlig ventet på, var en enkel og ofte billig operasjon.

Ordningen fungerte godt, og den hadde flere effekter. En av effektene var helt åpenbart at folk fikk raskere behandling og kom raskere tilbake i arbeid, og samfunnet sparte penger på det. Men den andre effekten ordningen hadde, var at for første gang var det ikke lenger sykehuse- ne som eide pasientene. Det betydde at sykehusene ikke lenger kunne la pasienter vente uten å risikere at pasienten fikk et annet tilbud som andre betalte for. Som SINTEF-rapporten antyder, hadde det effekt ikke bare for de pasientene som fikk behandling gjennom ordningen, men det hadde faktisk effekt også for sykehusenes holdning til de andre pasientene og til ventetidene generelt.

Dette ble i realiteten ødelagt da den rød-grønne regjeringen endret ordningen og etablerte ordningen som en bevilgning til Nav og til de regionale helseforetakene. For det første ble ordningen delt mellom to etater, men der en har samme målsetting. Det får den konsekvens at personer som f.eks. er på rehabiliteringsinstitusjoner for å komme tilbake i arbeid, der den ene er etter Nav-ordningen og den andre er etter helseforetaksordningen, men får nøyaktig den samme trening, har nøyaktig den samme bakgrunn og har nøyaktig det samme mål, har allikevel to vidt forskjellige egenandelsordninger og to vidt forskjellige ret-

tigheter som brukere av disse tjenestene. Det andre er at dette blir uoversiktlig, det er byråkratisk, men det viktigste er at dagens ordning innebærer at sykehusene igjen eier disse pasientene. De bruker pengene der de mener det er mest fornuftig, og ikke der de gir de største resultatene for den enkelte pasient. Igjen har en altså kommet tilbake til bukken og havresekken-problematikken i helsevesenet.

Det er bakgrunnen for Høyres forslag, nemlig at den delen som tidligere var Rikstrygdeverkets innkjøpsavdeling, som håndterer fristbruddpasientene, og som i dag heter HELFO, også skal få ansvar for disse pengene, få ansvar for å følge opp alle som er sykmeldte, og som kan få et tilbud gjennom helsetjenesten, som gjør at en kommer raskere tilbake og får betalt gjennom HELFO. Det vil være en mye enklere og en mye mer byråkratisk ordning. Ikke minst vil den føre til at folk får behandling der hvor behandlingen kan gis raskest, om det er på et offentlig eller et privat sykehus, om det er på det nærmeste sykehuset eller på en rehabiliteringsinstitusjon som ligger litt lenger vekk. Det er altså pasientens interesse av å komme raskest mulig tilbake i arbeid som igjen blir hovedfokus. Vi er overbevist om at det vil gi de samme resultatene som det SINTEF-rapporten viste at Kjøp av helsetjenester for oppfølging av sykmeldte hadde.

Det andre forslaget fra Høyre gjelder det at vi mener at det er behov for å se på resultatene ikke minst av den arbeidsrettede rehabiliteringen. Vi har mange rehabiliteringsinstitusjoner i Norge som har en arbeidsrettet rehabilitering, som er veldig flinke. Så har vi andre rehabiliteringsinstitusjoner som sier at de har en arbeidsrettet rehabilitering, men som nødvendigvis ikke har de samme resultatene. Vi mener det ville vært klokt om disse fikk betalt etter innsats, der hovedbetalingen selvfølgelig blir gjort når pasientene har vært igjennom rehabiliteringen, men der sluttsummen først blir utbetalt når pasienten faktisk er tilbake i arbeid. Mange av de rehabiliteringsinstitusjonene som jeg har snakket med, og som jobber målrettet mot en arbeidsrettet rehabilitering, er svært positive til et slikt forslag. Det vil premiere de flinkeste, og det vil gi gode og raske resultater for de pasientene som har behov for å komme raskt tilbake igjen i arbeid.

Jeg tar opp de forslagene som Høyre er forslagsstiller til.

Presidenten: Representanten Bent Høie har tatt opp de forslagene han refererte til.

Laila Dāvøy (KrF) [14:38:11]: Behandling og rehabilitering etter skade og sykdom er viktig for alle. Å vente på operasjon eller annen behandling virker meningsløst. Mange går med smerter og må begrense aktiviteten etter helse og form. Når vedkommende samtidig ville vært på jobb og ikke mottatt sykepenge dersom behandlingen hadde kommet i gang tidligere, blir det meningsløse særlig tydelig.

Ordningen Raskere tilbake har hatt som mål å unngå at mennesker går lenge sykmeldt fordi de venter på operasjon eller rehabilitering, altså en slags øremerking i helse-

tjenesten for å få denne gruppen pasienter raskere tilbake i arbeid.

Det er et sentralt mål i ordningen å redusere ventetid til behandling, men også å redusere sykefraværet. Det er også bra at private aktører bidrar som en viktig aktør innen helsetjenesten på dette området.

Kristelig Folkeparti har likevel valgt å vente på evalueringen av ordningen fra Arbeidsdepartementet, slik ordningen er organisert i dag. Evalueringen skal være ferdig 1. august 2012. Dagens organisering, med oppgaver til både Arbeids- og velferdsetaten og regionale helseforetak, ble etablert som et resultat av drøftinger mellom partene i arbeidslivet og myndighetene. Helsedirektoratet har i sin statusrapport anbefalt at tiltak i Raskere tilbake videreføres i IA-avtalens periode 2010–2013. Dette er vi enig i, og Kristelig Folkeparti støtter derfor forslaget om at representantforslaget vedlegges protokollen.

I tiden fremover vil det i forbindelse med Samhandlingsreformen sannsynligvis skje endringer på rehabiliteringsfeltet. Det er helt nødvendig å styrke feltet i kommunal regi. Mange får ikke den opptreningen lokalt som de trenger. Men det er viktig å understreke at dette ikke må skje på bekostning av den spesialiserte rehabiliteringen. Spesialisthelsetjenesten tar for seg svært kompliserte og alvorlige tilfeller som krever høy kompetanse, enten fordi tilstanden er sjelden, eller fordi problemstillingene er veldig sammensatte. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten sikrer opplæring overfor kommunene i tillegg til undervisning, forskning, kompetanseoppbygging, utviklingsarbeid og ikke minst opplæring av pasienter og pårørende.

Også lærings- og mestringssentrene bør fortsette å ha den rollen de har i spesialisthelsetjenesten, fordi de spiller en viktig rolle når pasienter skal etablere en ny hverdag etter et sykehus- eller et rehabiliteringsopphold.

På rehabiliteringsfeltet har vi hatt en lang og god tradisjon for at private og ideelle aktører leverer tjenester. Disse utgjør en viktig del av helsetjenesten. Det er avgjørende at disse har forutsigbare og langsiktige avtaler. Med opprettelsen av ordningen Raskere tilbake har aktørene på rehabiliteringsfeltet fått en rekke anbudsprosesser å forholde seg til. Det tar mye tid og administrative ressurser.

Helt til slutt: Kristelig Folkeparti har i lang tid etterspurt endringer i anbudsreglementet for å bedre forholdene for ideelle aktører. Vi etterlyser regjeringens arbeid på dette feltet, og vi imøteser arbeidet med å gjøre Raskere tilbake til en treffsikker ordning, slik at arbeidstakere kommer raskere tilbake på jobb etter sykdom og skade.

Kjersti Toppe (Sp) [14:41:59]: Jeg har ikke tenkt å holde et langt innlegg i denne saken da posisjonens standpunkt og vurderinger er godt ivaretatt av saksordføreren. Men jeg merker meg at opposisjonen i denne saken spriker. Fremskrittspartiet vil ha Raskere tilbake-ordningen tilbake til Nav, Høyre vil overføre den til HELFO, mens Kristelig Folkeparti støtter regjeringspartiene.

Jeg har mer forståelse for Fremskrittspartiets standpunkt i denne saken enn Høyres. Å overføre Arbeids- og velferdsetatens del av midlene til HELFO vil kunne svek-

ke fokuseringen på tilbakeføring til arbeid sammenlignet med en forankring i Arbeids- og velferdsetaten.

I dag er Raskere tilbake en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Fordelingen av midler er et resultat av drøftinger mellom arbeidslivets parter og myndighetene, der om lag en tredjedel av midlene går til Arbeids- og velferdsetaten og om lag to tredjedeler av midlene til regionale foretak.

I forrige uke var jeg på besøk i en bedrift i Radøy kommune som leverte Raskere tilbake-tilbud til Nav. Der var tilbakemeldingen klar på at ordningen var god, den fungerte, men det hadde vært en stor fordel om de sykmeldte fikk tilbudet raskere. I dag hadde deltakerne i snitt vært sykmeldt i seks måneder før de kom på tiltak. Denne tiden må ned. Det andre de meldte tilbake som et problem, var bruk av anbud og konkurranseutsetting av slike tilbud innen Nav. Bedriften visste ikke fredag om de ville ha 30 eller 60 på tiltak førstkommande mandag, og selve anbudssystemet, med ett-års kontrakter, ga dem liten langsiktighet for kompetanseutvikling. Dette har vi hørt før i vår komité, men det er viktig at vi erkjenner at dette også er problematisk for atfføringsbedrifter.

Jeg ser fram til den rapporten som Arbeidsdepartementet har bestilt, og som skal avsluttes 1. august 2012, og jeg forutsetter at også disse problemene blir vurdert i denne rapporten.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:44:29]: Forslagsstillerne fremmer forslag om at midlene til Raskere tilbake-ordningen overføres til HELFO, som gis ansvaret for å kjøpe helsetjenester for sykmeldte som raskt kan komme tilbake i arbeid, og at det innføres incentiver i Raskere tilbake-ordningen, slik at helsetjenesten blir belønnet når den sykmeldte faktisk er tilbake i arbeid.

Midlene som har vært bevilget til tiltak innenfor Raskere tilbake, har gitt mulighet for å få etablert en rekke tilbud på områder med lange ventetider og udekkede behov for mer helhetlig tilnærming. Innenfor de regionale helseforetakene gis det tilbud både om døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, og det gis tilbud i sykehus og i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

En stor del av dem som har vært henvist til tilbud innenfor Raskere tilbake-ordningen, har lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Gjennom denne ordningen er det bygget opp behandlingsskapasitet for den viktigste gruppen sykmeldte – muskel-skjelettlidelser. I helsetjenesten er tilbudene innenfor Raskere tilbake-ordningen organisert i ekstraordinær aktivitet i skjermede enheter i tillegg til ordinær virksomhet.

Arbeids- og velferdsetatens tjenester – avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering – i Raskere tilbake-ordningen er i stor grad en integrert del av etatens arbeidsrettede tiltak og tjenester. Ønsket om fokus på arbeidsretting var en viktig begrunnelse for å knytte Arbeids- og velferdsetaten til ordningen Raskere tilbake.

Det tar tid å utvikle nye tjenester. Det er gitt informasjon om tilbudene rettet mot både befolkningen, sykmeldte arbeidstakere og arbeidsgivere. Helsedirektoratet har

samarbeidet med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Gjennom å kartlegge behov har de regionale helseforetakene forsterket tilbudene for muskel-skjelettsyke og tilbudene innenfor psykisk helsevern.

Det ble inngått ny IA-avtale i 2010, som løper til 31. desember 2013. IA-avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. I IA-avtalens forrige periode organiserte helsetjenesten nye helsetjenestetilbud i samsvar med oppdragets forutsetninger og ordningens intensjoner. I sin rapport, dattert 24. juni 2010, har Helsedirektoratet bl.a. pekt på at ventetid til første vurdering og behandling er redusert, og tilbudet er styrket kvalitativt, med tydeligere målsetting der arbeid som mål er sentralt. Helsetjenesten har etablert nærmere samarbeid og forankring med aktørene som inngår i sykefraværsmoellen. For å få et godt behandlingsløp for den enkelte er samarbeid med relevante aktører viktig.

I ovennevnte rapport peker Helsedirektoratet videre på at det fortsatt er behov for å utvikle samarbeidet med Nav lokalt og kommunehelsetjenesten. Det er et mål at utvikling, etablering og målretting av tilbudene i spesialisthelsetjenesten blir bedre tilpasset behovene til prioriterte målgrupper. Det er eksempler på kartlegginger av ulike behov i ulike kommuner.

Helsedirektoratet viser til at tilbudene i spesialisthelsetjenesten i økende grad kommer i kontakt med symptomer på angst og depresjon kombinert med smertetilstand som en vesentlig faktor for varig uføretrygding. Mange av tilbudene innenfor Raskere tilbake har gradvis inkludert pedagogiske prinsipper i behandlingen. Det kan være endringsfokusert veiledning og bruk av kognitive atferdsterapeutiske metoder. Denne typen kompetanse kan være viktig i behandlingstilbudet for grupper som ofte er sykmeldte.

Som nevnt tar det tid å utvikle gode tilbud. Dessuten er samarbeid mellom aktuelle faggrupper og etater viktig for å kunne gi et godt tilbud til de grupper som ofte er sykmeldte. De tilbudene som nå er utviklet, er i stor grad tilpasset grupper som ofte er sykmeldte, og som ofte har sammensatte problemstillinger. Det vil være uheldig å endre innretningen slik at tilbudene som er utviklet både innenfor spesialisthelsetjenesten og Nav, står i fare for å bli nedlagt. Tilbudene som er utviklet innenfor ordningen Raskere tilbake, er et godt virkemiddel for å bidra til å nå IA-avtalens overordnede mål, slik jeg ser det.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bent Høie (H) [14:49:45]: Mener statsråden at dagens system der to pasienter som har samme lidelse – begge er sykmeldte, begge er på samme rehabiliteringsinstitusjon, begge får samme opptrening og rehabilitering – har to ulike egenandeler, har to ulike regelverk å forholde seg til og har helt ulike rettigheter som eventuelt bruker og pasient, er en fornuftig ordning?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:50:15]: Slik som det legges frem, kan det jo virke ulogisk. Men

like fullt er det slik at dette er en ordning som både er lagt inn under Nav – med en tredjedel av pengene, sånn omtrent – og delvis lagt til helseforetakene.

Når jeg har hørt på debatten, må jeg si at det aller viktigste er å få ned ventetiden i helsetjenesten generelt og få behandlet flere pasienter. Men så mener jeg faktisk at den evalueringsrapporten viser til noen positive forhold med tanke på de tiltakene som har vært i regi av helseforetakene, hvor man gjerne har hatt avtale med private institusjoner eller andre som har gjennomført rehabilitering, og som har vist seg positive. Derfor er vi innstilt på at denne ordningen skal vare, slik som det er vedtatt også mellom partene i arbeidslivet.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme. Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 2860)

Sak nr. 5 [14:51:27]

Interpellasjon fra representanten Håkon Haugli til helse- og omsorgsministeren:

«I januar 2010 ga FNs barnekomité uttrykk for bekymring over den kraftige veksten i bruk av medikamenter mot ADHD, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, i Norge. Komiteen ba norske myndigheter granske om det skrives ut medisiner til for mange barn, og ta initiativ til å utvide tilbudet av alternative behandlings- og oppfølgingstiltak til barn med diagnosen ADHD, deres foreldre og lærere. Bruken av sterke legemidler for å regulere barns atferd reiser en rekke etiske spørsmål.

Hvordan er FNs anbefalinger fulgt opp, og hva gjør statsråden for å sikre at barn med atferdsproblemer får et riktig og individuelt tilpasset tilbud?»

Håkon Haugli (A) [14:52:38]: I alle vestlige land har bruken av ADHD-medisiner økt, men Norge har hatt den kraftigste veksten. Det er urovekkende når en lidelse, særlig en som klassifiseres som hjerneorganisk, øker med flere hundre prosent i løpet av en tiårsperiode. Med unntak av astma er ingen annen sykdom nå mer utbredt blant barn. Ferske tall viser at 30 000 nordmenn mediseres for ADHD, bare i fjor var økningen 10 pst.

FNs barnekomité er bekymret. Komiteen ba i fjor norske myndigheter undersøke om det skrives ut for mye ADHD-medisin. I tillegg understreket FN behovet for at barn med ADHD får annen oppfølging og behandling, f.eks. psykologisk veiledning og tilrettelagt undervisning. Dette er bakgrunnen for dagens interpellasjon. Hvordan sikrer vi at barn med spesielle behov blir forstått, får riktig diagnose og får den hjelpen de har behov for?

De siste ukene har jeg vært i kontakt med foreldre som forteller tankevekkende historier. En mor har fortalt om et barn som holdt foreldrene våkne hele natten. I kontakt med PP-tjenesten fikk foreldrene kun ett alternativ: utredning for ADHD. De følte seg presset, men takket likevel nei til slutt. Gutten fikk etter hvert normale søvnvaner. Forfatte-

ren Elin Ørjasæter beskrev lignende erfaringer i et intervju i A-magasinet på fredag.

En annen mor forteller at ADHD-medisiner har hjulpet hennes sønn. Det er imidlertid den eneste hjelpen hun opplever at han har fått. Han trenger ikke så *mye* mer. Men når han mister konsentrasjonen på skolen – og det gjør han – har han behov for at læreren gjentar beskjeder. Foreldrene har tatt opp dette med skoleledelsen mange ganger. Svaret de får, er at skolen ikke har ressurser til å gi særbehandling. Foreldrene opplever det som en kamp, gutten at han blir motarbeidet.

Hensikten med dagens interpellasjon er ikke å stille spørsmål ved enkeltbarns diagnose eller å rette kritikk mot foreldre. En debatt for eller imot legemidler er ingen tjent med. Til tross for den sterke økningen mener enkelte eksperter at vi har nådd under halvparten av dem som kan trenge medikamentell behandling. Bildet er ikke entydig. Det finnes mange eksempler på at medisiner gir barn et bedre liv. Ingenting er bedre enn at barn som trenger hjelp, får hjelp.

Spørsmålet blir likevel om den kraftige økningen i antall barn med ADHD er et uttrykk for oppdemmet underdiagnostisering, eller om barn som av andre grunner har symptomer som konsentrasjonssvikt og uro, for raskt og for hyppig settes på medisiner. Medisinerer vi barn som ikke passer inn i bildet av hvordan barn skal være? Har synet på hva som er akseptabel atferd, endret seg? Behandler vi symptomer – ikke årsaker?

Nylig hørte jeg om en 15-åring som hadde fått diagnosen ADHD, og ble medisinert. Det viste seg at han drakk ca. ti liter sukkerholdig brus hver dag. Uten alt sukkeret fungerte gutten fint. For de færreste er løsningen så enkel. Men eksemplet viser at ADHD-symptomer kan ha mange årsaker: kosthold, søvnvaner, allergier eller mer alvorlige forhold som omsorgssvikt og traumer. Selv om symptomene er like, kan årsakene være ulike. Slik er det også med beinbrudd. Å sette diagnose for raskt kan medføre at vi ikke oppdager mangler ved det miljøet som barnet lever i. ADHD er ingen presis tilstand, men en liste med egenskaper og atferdsmønstre. Og diagnosekriteriene for ADHD går igjen i mange andre diagnoser for barn.

Espen Idås og Eystein Våpenstad er spesialister i barne- og ungdomspsykologi. I 2009 skrev de artikkelen «Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie?». De peker på hvor problematisk selve diagnosen ADHD er. Det finnes ingen presise tester, og det er fare for stor variasjon i tolkning av funn. Psykologene påpeker også problemet med å skille mellom evne og vilje. Konsentrasjon, oppmerksomhet og aktivitet er symptomer, men også viljestyrte prosesser. Og atferd er kommunikasjon. Barn kommuniserer på andre måter enn voksne. Idås og Våpenstad mener barn som trenger behandling for traumer, depresjon, angst og stress, lett havner i kategorien ADHD.

En annen som har satt spørsmålsteget ved selve diagnosen, er dr. Allen Frances. Han er ingen hvem som helst. Frances ledet utvalget som tok inn ADHD i den amerikanske diagnosemanualen. I fjor skrev han en selvkritisk artikkel i Los Angeles Times med overskriften «It's not too late to save «normal»», der han bl.a. sier følgende: Vi for-

søkte å være forsiktige, men utilsiktet bidro vi til tre falske epidemier: ADHD, autisme og bipolar sykdom. Vårt nett ble for vidt, og vi fanget for mange.

Dagsavisen omtalte nylig en undersøkelse av professor Willy-Tore Mørch, der ett av tre barn med ADHD ble «friskmeldt» etter at foreldrene hadde gjennomgått et veiledningsprogram. Konfrontert med disse tallene uttalte Helsedirektoratets Anne-Grete Kvanvig at hun mener disse barna aldri skulle hatt diagnosen. Om tallene og vurderingen er riktig, får 10 000 nordmenn medisiner de ikke trenger.

ADHD-medisiner er sterke saker. De inneholder sentralstimulerende stoffer som amfetamin, er omfattet av de strengeste legemiddelforskriftene, skaper avhengighet og omsettes på det illegale markedet. I USA skal det ha vært mer enn 150 overdosedødsfall blant barn siden 1990. Bivirkninger som vekttap, søvnproblemer, veksthemming og smerter er vanlige. I tillegg til de biologiske virkningene har medisiner av barn ofte også sosiale bivirkninger. Dersom voksne oppfatter at årsaken til barnets problemer kun er noe inni barnet – i hjernen – kan de lett fraskrive seg ansvaret for barnets situasjon.

Så er spørsmålet: Virker medisiner? For mange er svaret åpenbart ja. Samtidig vet vi at det kreves stadig større doser for å oppnå samme effekt, og at nye forskningsresultater viser at den positive effekten av medisiner over tid har vært sterkt overvurdert.

Jeg er glad for muligheten til å drøfte dette temaet her i dag. Det avgjørende er imidlertid ikke diskusjonen her, men veien videre. Hvordan sikrer vi at barn får den hjelpen de trenger? Hvordan sørger vi for at foreldre, lærere og andre får den bistand *de* trenger?

Etter mitt syn handler det om flere ting:

- For det første må terskelen for å be om hjelp ikke være for høy. Foreningen ADHD Norge ønsker seg spesielle lærings- og mestringssentre, tverrfaglige lavterskeltilbud for barn med ulike utfordringer og deres foreldre. Det er en interessant tanke. Foreldre skal slippe å løpe sikksakk mellom ulike fagmiljøer. Å styrke førstelinjen passer også godt inn i tankegangen om tidlig innsats i Samhandlingsreformen.
- For det andre er det avgjørende at Helsedirektoratet i den nye ADHD-veilederen gir klare retningslinjer for når det *ikke* skal brukes medisiner. I arbeidet med å revidere veilederen bør fagfolk med ulike syn på diagnosen trekkes inn. Dersom Helsedirektoratet nå mener at lette og moderate lidelser som hovedregel ikke bør medisineres, bør dette inn i veilederen. Det bør også vurderes om det er riktig å bruke medisiner når det er klart at det er barnets livssituasjon som er årsak til symptomene.
- Det tredje jeg vil nevne, er oppfølging i barnehage og skole. Psykisk helse er i liten grad tema i lærer- og førskolelærerutdanningen. Det kan vi gjøre noe med. Videre bør kommunene styrke samspeillet mellom pedagogene og den helsefaglige ekspertisen.
- Mitt fjerde punkt handler om psykisk helsevern for barn og unge. Ventetidsgarantien for barn og unge med psykiske lidelser trådte i kraft i 2008. Tall fra

i fjor viser at stadig flere får rask hjelp. Det er flott at ventetidene for barn og unge er på vei ned, og det er viktig å følge denne utviklingen og løpende sikre at psykisk helsevern for barn og unge har god nok kapasitet og riktig kompetanse.

Søren Kierkegaard har sagt at ethvert menneske er en originalutgave. Det er grunnleggende positivt at vi er forskjellige. I denne sammenheng handler det om å se hele barnet. All behandling må være skreddersydd. Jeg ser fram til statsrådets svar og til en god debatt om et viktig tema.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:01:23]:

Det er et viktig tema interpellanten tar opp. Barn og unge som får diagnosen ADHD, skal sikres et helhetlig og individuelt tilpasset hjelpetilbud, basert på grundig utredning og der brukeren og familien deltar i utforming av behandling og oppfølging.

Som interpellanten viser til, har FNs barnekomité uttrykt bekymring for økningen i sentralstimulerende legemidler til barn med ADHD. Ifølge Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet har antall barn og unge under 18 år som behandles med legemidler for ADHD, økt fra om lag 8 700 i 2004 til 14 700 i 2009. Blant barn under ti år har det de siste tre årene vært en liten økning i bruk. Til sammenligning øker forbruket i Sverige og Danmark raske enn hos oss, spesielt blant de yngste barna. Fra 2006 til 2009 er andelen brukere under 18 år fordoblet i våre to naboland. Danmark har nå passert Norge i forbruk av sentralstimulerende legemidler til barn under ti år.

Det er flere forhold som har bidratt til det økte forbruket i Norge, bl.a.:

- økt kunnskap og oppmerksomhet om diagnosen
- større åpenhet om psykiske lidelser
- bedre kapasitet og tilgjengelighet i psykisk helsevern for barn og unge

Tilbudet til barn og unge er blitt vesentlig bedre gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. I dag er det mer enn dobbelt så mange barn som får behandling sammenlignet med i 1998. Når flere barn og unge blir utredet for psykiske lidelser, må vi også forvente en økning i alle typer behandling, også behandling med legemidler.

Helsedirektoratet opplyser at de derfor ikke vurderer omfanget av sentralstimulerende legemidler til denne gruppen som bekymringsfullt, men vi vil naturligvis følge utviklingen nøye.

Pasienter med ADHD som har omfattende symptomer og vesentlig nedsatt funksjon, kan ha god nytte av å kombinere sentralstimulerende legemidler med andre støttetiltak. Dette er godt dokumentert. Mange opplever at symptomene dempes, at de fungerer bedre, og at livskvaliteten øker.

En god veiledning er viktig for å sikre at hvert barn blir grundig utredet, får helhetlig behandling, og at bruk av legemidler er forsvarlig. I veilederen for diagnostisering og behandling av ADHD stilles det strenge krav til utredning og legemiddelbruk. Det understrekes at diagnosen skal settes etter grundig utredning hos spesialist, videre at det aldri skal gis legemidler uten at foreldreveiledning og spesialpedagogiske støttetiltak settes inn samtidig. Legen

skal følge pasienten tett for å avdekke bivirkninger og vurdere nytten av behandlingen. SINTEF undersøker om veilederen virker etter intensjonen. Så langt tyder evalueringen på at veileder og regelverk har bidratt til mer forsvarlig legemiddelbruk, men samtidig er det rom for forbedringer.

Veilederen er under revidering og skal ferdigstilles i løpet av 2012. Det skal understrekes enda tydeligere at legemidler ikke skal være førstevalget når behandlingen planlegges, især ved lettere grader av sykdommen. Ved bruk av legemidler skal annen behandling alltid brukes i tillegg, og familien skal få grundig informasjon. Det faglige rådet vil være økt vekt på atferdsrettede program, og at legemidler kan vurderes som et alternativ for dem med alvorlige ADHD-symptomer. Direktoratet har laget en brosjyre spesielt for foreldre, barn og unge.

Pasienter med ADHD trenger et bredt tilbud fra flere instanser enn helsetjenesten. Det finnes familie- og nærmiljøbaserte metoder som kan ha god effekt, i tillegg til eller som alternativ til legemidler. Vi har støttet utprøving og innføring av slike metoder i flere år – i samarbeid med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Metodene skal særlig styrke ferdighetene til foreldre til barn med alvorlige atferdsproblemer. Barna møter mer kompetente foreldre, og de klarer seg bedre i dagliglivet. Nyere forskning har vist svært gode resultater ved bruk av ulike atferdsprogram for familien der behandlingen rettes mot samspeillet mellom foreldre og barn. Denne forskningen kan tyde på at flere barn med ADHD får redusert sine symptomer der man har tatt i bruk intensive foreldreveiledningsprogram.

Vi trenger fortsatt mer kunnskap om årsaker, forløp og behandling av ADHD, men også om problemer som kan følge av diagnosen. Det kan eksempelvis være depresjon, atferdsforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og kriminalitet. Folkehelseinstituttet har satt i gang en landsomfattende ADHD-studie som følger barn over en femårsperiode. Denne studien vil gi oss kunnskap om barnas utvikling som følge av behandlingen, og vi får informasjon om regionale forskjeller i behandlingspraksis.

Regjeringen er tydelig på at tilbudet til barn og unge skal prioriteres, og at vi fortsatt skal styrke innsatsen for psykisk helse. Jeg vil særlig legge vekt på at brukerne skal delta aktivt i utforming av behandlingsopplegget. En god individuell plan er vesentlig for at barn med ADHD og familiene deres skal få det helhetlige tilbudet de trenger.

Jeg vil også minne om betydningen av et bredt anlagt folkehelsearbeid og det ansvaret vi alle har for å bidra til at barn og unge får en god oppvekst i Norge. Vi må anstrenge oss enda mer for å avdekke problemer tidlig og hindre en utvikling som sykeliggjør barn og unge. Det er viktig å bygge ut lavterskeltilbud som skolehelsetjeneste og helsetasjon. Slike tiltak vektlegges i Samhandlingsreformen. Folkehelsearbeid handler om å fremme fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse i et samfunn der det er plass til alle. Dette er noe av det viktigste vi skal jobbe med i årene fremover.

Jeg er enig med interpellanten i at bruk av sentralstimulerende legemidler for barn reiser etiske problemstillinger. Spesielt er det viktig å ha et kritisk blikk på langtids-

medisinering av barn. Uønsket atferd, uro og impulsivitet hos barn og unge kan ha ulike årsaker. Vedvarende bruk av medisiner løser ikke problemene alene. Ny kunnskap kan tyde på at vi i enda større grad bør ta i bruk atferdsorienterte behandlingsprogram som alternativ eller som tillegg til legemidler. Terskelen for å forskrive disse legemidlene bør derfor være høy. Samtidig har vi plikt til å sørge for at barn med ADHD får den best mulige behandlingen. Hvorvidt behandlingen bør inkludere legemidler, må avgjøres av fagpersonell. Vi vet at legemidler i kombinasjon med gode støttetiltak gir økt livskvalitet.

Vi skal følge utviklingen i bruk av legemidler ved ADHD, som FNs barnekomité også er opptatt av. Dette er svært viktig, selv om økningen i bruk av legemidler blant de yngste ikke lenger kan sies å være kraftig. Når våre fagmyndigheter ikke vurderer økningen som bekymringsfull, oppfatter jeg det som et uttrykk for at flere får hjelp av legemidler i kombinasjon med andre støttetiltak. Gjennom tiltakene som er i gang, eller som er på trappene, mener jeg vi legger til rette for et godt tilbud der forsvarlig bruk av legemidler er et ledd i et helhetlig behandlingsopplegg.

Håkon Haugli (A) [15:10:04]: Jeg vil takke statsråden for svaret, og er spesielt glad for at regjeringen er så tydelig på at tilbudet til barn og unge skal prioriteres, at utviklingen skal følges nøye, og at innsatsen for psykisk helse skal styrkes.

Jeg synes også at det er positivt at ADHD-veilederen er under revidering, og at det i den i enda tydeligere grad skal understrekes at legemidler ikke automatisk skal være førstevalget når behandling planlegges. Jeg er også glad for at det legges vekt på informasjon til foreldre. Jeg synes informasjonsbrosjyren er gode nyheter, og det samme med satsingen på veiledningsprogrammer for foreldre.

Til tross for at det åpenbart er riktig at flere utredninger for psykiske lidelser gir økning i alle typer behandling, stusser jeg likevel over at Helsedirektoratet ikke mener den kraftige økningen i barns bruk av sentralstimulerende midler er bekymringsfull, særlig med tanke på at fagfolk fra Helsedirektoratet til media har gitt uttrykk for at barn som ikke burde vært medisinert, er det. ADHD er klassifisert som en hjerneorganisk sykdom, og man kan ikke unngå å stille seg spørsmålet om Helsedirektoratets vurdering ville vært den samme om antall tilfeller av hjerneorganisk sykdom blant voksne var blitt mangedoblet i løpet av få år.

Jeg mener det er grunn til bekymring. Om den kraftige økningen i ADHD-medisinering kun er et uttrykk for oppdemmet underdiagnostisering, bør vi etter hvert se en utflating. At antallet på ADHD-medisin økte med ytterligere 10 pst. i fjor, er ikke et uttrykk for en slik utflating. At det blant barn under 10 år nå kun har vært en svak økning, er imidlertid svært positivt, og det er gledelig om vi nærmer oss det nivået vi skal være på.

Når det gjelder oppfølging av barn med ADHD, peker FN særlig på behovet for pedagogiske støttetiltak. Skoler og barnehager ligger utenfor helseministerens ansvarsområde, men jeg kunne tenke meg å høre hvordan regje-

ringen vil bidra til økt bevissthet om psykiske lidelser i utdanningssektoren.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:12:27]: Jeg opplever vel at når Helsedirektoratet nå ikke er så bekymret, er det fordi det har vært en relativ nedgang i bruk av legemidler i forhold til det som kanskje har vært praksis tidligere. Så har man et veldig høyt fokus på at når man skal gi legemidler, skal det være under god veiledning fra fastlegen, men også veiledning til foreldre, og det skal ses i kombinasjon med andre tiltak, f.eks. pedagogiske støttetiltak, som også ble nevnt.

Psykiske lidelser hos barn generelt er det bredt fokus på i regjeringen. Nettopp derfor er vi opptatt av å styrke lavterskeltilbud og få flere psykologer ut i kommunene. Det er gode eksempler på lavterskel psykologtilbud som er spesielt innrettet mot barn og unge, og alle disse tiltakene er viktige både for å møte barn og unge som trenger hjelp, og for å bidra til at de skal fungere bedre i miljøet sitt.

Selvsagt er det interessant å se at der hvor foreldre får god veiledning, god informasjon og god opplæring, fungerer også barna bedre. Det er viktig å bygge videre på det som fungerer bra, og nettopp ta tak i hele familiesituasjonen samlet for at disse barna, som nok har hatt ulik behandling oppigjennom de siste tiårene, kanskje, skal fungere bedre og få det beste tilbudet vi kan gi, og også avdekke hvis det har vært feildiagnostisering, som selvfølgelig vi alle har hørt eksempler på.

Men jeg er opptatt av at når man skal gi medikamenter, det gjelder for så vidt til alle grupper, skal det også være i forbindelse med andre typer tilbud, ikke minst blant barn, for det er klart at i utgangspunktet skal det være en høy terskel for å gi medikamenter til barn. Samtidig er det også veldig klare tilbakemeldinger på, som også interpellanten var inne på, at nettopp medikamenter til barn med ADHD kan gi veldig god funksjonsevne for barna. De har det bra når de får medikamenter, men selvfølgelig også i sammenheng med andre typer tiltak, som er særdeles viktig for denne gruppen.

Are Helseth (A) [15:15:26]: Jeg vil innledningsvis takke interpellanten for å reise en nødvendig debatt. Det er intuitivt utfordrende at mange barn skal trenge kontinuerlig behandling med sentralstimulerende medisiner. Det er utfordrende at det er kraftig vekst i bruken av slik medisin. FNs barnekomité har bedt norske myndigheter undersøke dette og utvide tilbudet av alternative tiltak til barn med diagnosen ADHD, deres foreldre og lærere.

For en tid tilbake så jeg et tv-program om en amerikansk familie hvor mor, far og barna brukte medisiner for å justere sinnets stemninger og kroppslig aktivitet. Til og med familiens hund brukte faste medisiner for hyperaktivitet.

ADHD er bare en beskrivelse av symptomer, oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Mange fagfolk opplever at det er vanskelig å stille diagnosen, fordi man må være sikker på at det ikke er andre årsaker til symptomene. Barn som lever under omsorgssvikt, kan vise

samme symptombilde som barn med ADHD. Liknende symptomer kan komme ved mobbing på skolen eller emosjonelle vansker. Alle har vi opplevd at konsentrasjon og oppmerksomhet svekkes i livets vanlige sorger og kriser, og det kan ta lang tid før dette blir bra igjen.

Det er flere syn på utviklingen i faglige miljøer. Studier tyder på at ADHD-barn er født med konstitusjonelle anlegg som gjør dem sårbare for å utvikle symptomer på ADHD dersom familie og skole ikke klarer å innstille seg på de særskilte behovene barna har. Andre mener forstyrrelsen er biologisk, og behandlingen er da å tilføre medisin som roer ned barna. Mange foreldre, men ikke alle, synes medisiner er en grei løsning på problemet. Medisinerbruken i Norge varierer imidlertid fra fylke til fylke. Dette følger av forskjellige behandlingsideologier og er ikke på grunn av biologisk variasjon langs norske fylkesgrenser.

ADHD hos både barn og voksne har mange forskjellige årsaker, og derfor bør det være flere behandlingsstrategier. Et hovedproblem er at medisiner er enkelt og billig, mens andre tilnærminger er mer ressurskrevende.

Jeg har fått opplyst at et forskningsprosjekt i Frankfurt sammenlikner tre grupper av barn med ADHD. Gruppe A fikk vanlig psykiatrisk behandling med foreldrerådgivning. Gruppe B fikk Ritalin kombinert med atferdsterapeutisk opplegg. Gruppe C fikk et psykodynamisk behandlingsopplegg i form av leketerapi kombinert med foreldrerådgivning. Så langt synes gruppen med leketerapi og foreldrerådgivning å ha størst fremgang sammenliknet med de andre gruppene.

Mange barn og voksne har store problemer i sine liv på grunn av symptomene i ADHD-begrepet. Det er mye vi ikke vet om årsak og virksom behandling, men det kan ikke hindre oss i å handle ut fra beste kunnskap i dag. Det er urovekkende at Norge bruker mer sentralstimulerende medisinsk behandling enn andre land, og FNs barnekomité har påpekt dette. Mitt bestemte inntrykk etter å ha snakket med fagfolk på feltet, er at behandlingsapparatet har lett tilgang til medisiner og for lite tilgang til andre tiltak som f.eks. gode samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten og skolen, og tiltak for barn som lever under omsorgssvikt. Her bør man være restriktiv med medisiner ved ADHD-symptomer. Behandling for disse barna er ressurskrevende og må gis både i helsetjenesten og kommunalt. Her er det mye å hente, og jeg er glad for at statsråden i sitt hovedinnlegg la så stor vekt på denne siden av saken.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [15:20:08]: Først vil jeg få takke interpellanten for å sette saken på dagsordenen. Det er ikke noen ukjent problematikk for helse- og omsorgskomiteen, og det var også et tema da jeg satt i utdanningskomiteen i forrige periode.

Under budsjettbehandlingen i fjor høst skrev jeg inn en merknad hvor jeg viste til at FNs kontrollorgan for narkotika hadde påpekt den høye forekomsten av medikamentell behandling av ADHD i Norge. Forholdet var overhodet ikke nevnt i regjeringens budsjettdokumenter. Aftenposten hadde i juli i fjor en større reportasje om den eksplosjonsartede bruken av ADHD-medisiner på barn i Norge og om de enorme forskjellene mellom ulike fylker. Dette

tok jeg da, som sagt, på vegne av Fremskrittspartiet opp i merknadsform, og hele komiteen sluttet seg til.

Fremskrittspartiet er opptatt av å få fram langt bedre viten om de årsakssammenhenger som leder fram til diagnosen ADHD, samt disse pasientenes levekår. Derfor fremmet vi i vårt alternative budsjett et forslag om å øremerke 10 mill. kr til opprettelsen av et eget grunnforskningssenter for ADHD.

Fremskrittspartiet fremmet også et forslag om å be regjeringen kartlegge årsaken til den høye forskjellen av medikamentell behandling av ADHD samt å analysere hvorfor det er så stor fylkesvis variasjon. Beklageligvis fikk vi bare Høyre og Kristelig Folkeparti med på dette forslaget. Regjeringspartiene stemte imot.

Hva er så egentlig ADHD? Selve diagnosen oppsto ved en håndsopprekning på årsmøtet i den amerikanske psykiaterforening i 1987. Det finnes ingen fysiologiske bevis, ingen objektive naturvitenskapelig reproduerbare kriterier for diagnosen. Det er noe som settes utelukkende ut fra observasjon og er en subjektiv betegnelse på atferd som finnes hos mange barn, som f.eks. uro og manglende konsentrasjon.

Medisineringen som brukes, har kjemisk likhet med amfetamin, og det er ingen forskjell på gatedop og på lovlig forskrevne medisiner. Bivirkningene er store, og det kan føre til ødeleggelse av nerveendene og celledød. Kvalme, nedsatt appetitt, magesmerter, manier, hallusinasjoner, depresjoner, aggresjon og selvmordstanker er andre kjente bivirkninger.

Det virker som om de nevropsykiatriske lidelsene, med ADHD i spissen, har slått ned blant barn og unge som en epidemi. Det er slutt på å forstå barns atferd ut fra deres omgivelser, samfunnet, skolen og familien. Nå skal det hele årsaksforklares ut fra gener og biokjemi. For 15 år siden var det innenfor barnepsykiatrien nærmest tabu å medisiner barn. Det ble regnet som uforsvarlig i forhold til barnets utvikling å tilføre kjemiske stoffer som en i liten grad kjente langtidseffektene av. I dag er disse forsiktighetshensyn satt til side. Over 35 000 skolebarn har fått diagnoser som ADD, ADHD, Tourettes og Asberger, og mer enn 27 000 barn får nå uromedisin. En tredel av alle innsatte i norske ungdomsfengsler har diagnosen ADHD, og det må være lov å spørre om diagnosene er overdiagnostisert. Vi kan lese at diagnostisering og behandling ikke har vært fornyet siden 1960-tallet. Hva har så endret seg? Er ADHD en industridesignet diagnose? Sjefredaktøren i *The New England Journal of Medicine*, dr. Angell, uttalte seg slik: «Før solgte man medisiner mot sykdommer. Nå selger man sykdommer som passer til medisinerne.»

I 1995 hadde bruken av Ritalin økt med 250 pst. fra 1990. I 1997 var tallet 700 pst. Vi snakker om en omsetningsøkning i hundremillionersklassen. Ved Harvard har en undersøkt langtidseffekten av Ritalin på rotter. De får depresjoner og avvikende atferd. De utvikler nedsatt evne til stressmestring og blir helt hjelpeløse som voksne. Hvis dette er framtidsutsikten til en rekke norske barn, står vi etter mitt syn overfor noe som får thalidomidskandalen og kvikksølveksponering til å bli bare småtterier i forhold.

Det finnes de hevder at symptomene vi ser, ikke er re-

latert til sykdom, men til et modningsproblem i spesifikke områder av hjernen, som fører til problemer med informasjonsprosedyren, og at det er mulig å hindre at en slik nevrologisk dysfunksjon blir permanent, uten nødvendigvis bruk av medikamenter. Dette krever at en ser enkeltindividet som et følende og tenkende menneske og fortolker det barnet sliter med i eget liv, noe som beklageligvis ikke passer inn i dagens samfunn.

Påvisningen av at medisin på kort sikt reduserer symptomer og dessuten er enklere og billigere enn alternative behandlinger, passer som hånd i hanske på et helsebyråkrati som vil måle og effektivisere behandlingen av psykiske lidelser. Noen tror at det snart finnes en pille mot alt – men det er å lure seg selv.

Bent Høie (H) [15:24:38]: Jeg vil takke representanten Haugli for å ta opp en veldig viktig og aktuell debatt, der det er nødvendig, som representanten gjør, å sette et spørsmålstegn ved utviklingen i Norge og sette en fot i bakken og tenke seg om, ikke minst med det utgangspunktet, som også interpellanten hadde, i et samfunn der vi blir flinkere og flinkere til å hjelpe mennesker med psykiske lidelser, at ikke samfunnets rammer for hva vi aksepterer som normalt, blir så smale at en tidligere og tidligere på en måte blir definert som syk eller får en diagnose, selv om en ikke er akkurat slik som et flertall til enhver tid mener en normalt sett bør være. Det er en veldig farlig utvikling, og det er viktig at en diskuterer det på et overordnet nivå, slik at en har med seg i tankene hvordan en utvikler helsetjenestene våre.

Jeg ser også at representanten Haugli har pekt på en del suksessrike ledere, næringslivsledere og gründere, som sannsynligvis innenfor dagens regime kanskje hadde fått en diagnose og fått den type behandling.

Da er det på den andre siden viktig å tenke på dem som i hvert fall jeg for min egen del har møtt mange av, rusmiddelavhengige, som har en annen historie å fortelle, nemlig at de gjerne skulle hatt en diagnose, de skulle gjerne hatt et legemiddel som kanskje hadde hindret at de begynte med det som de kaller for selvmedisinering. Det er egentlig i det spennet denne problemstillingen er. Da er en tilbake til at det er utrolig viktig at en ser den enkelte, ser den enkeltes helhet, og ikke bare er på jakt etter en diagnose, men også ser omgivelsene, ser hvilke andre ting som kan spille inn, slik at en vet at når en først begynner å medisinere, er det faktisk etter medisinske behov.

Så er det også helt vesentlig at alternativ og tillegg er tilgjengelig. For hvis det i hverdagen i helsetjenesten vår ikke er noe alternativ til legemidler til stede, så er det selvfølgelig riktig det som skjer, nemlig at en bruker det som er det tilgjengelige hjelpemiddelet. Derfor er det så viktig å bygge ut en god skolehelsetjeneste. Derfor er det så viktig å bygge ut et tilbud om allmennpsykologtjenester i kommunen, og derfor er det også så viktig å gi en tilpasset opplæring i skolen. Det er også viktig, som flere har vært inne på, at en i skolen har kunnskap om psykiske lidelser, at en har åpenhet om psykiske lidelser, og ikke minst at en også har en oppfølging og et tilbud til foreldre.

Derfor er vår holdning til denne problemstillingen at

det er veldig, veldig viktig å diskutere dette, ha fokus på det, ikke la Norge på en måte utvikle seg i feil retning. Men vi må være klar over at vi også hadde et helt annet utgangspunkt enn en del andre land på dette området. Det er svært mange i Norge i dag som går rundt og har blitt rusmiddelavhengig nettopp fordi de ikke har fått den medisinske behandlingen de egentlig skulle ha hatt, fordi Norge kanskje på et tidligere tidspunkt var altfor restriktiv til å bruke legemidler på dette området og heller ikke hadde et godt system på det.

Men dette er en viktig diskusjon som vi ikke kan legge bak oss, heller ikke med debatten i dag.

Karin Andersen (SV) [15:28:45]: Jeg vil takke interpellanten for å ha tatt opp en veldig viktig sak, for det påhviler oss et veldig tungt ansvar for at disse ungene og disse familiene skal få et godt liv, og at vi ikke tar i bruk metoder som viser seg ikke å være gode nok eller påfører skade.

Jeg er ikke medisinsk faglig kyndig, men jeg er ganske overbevist om at det er mange alvorlige bivirkninger knyttet til svært mye medisinbruk også på området ADHD. Jeg har en lei følelse av at vi ikke helt overskuer langtidsvirkningene av en del av den medikamentbruken som vi ser i dag, også for barn og unge som sliter med ADHD.

Jeg forstår veldig godt og aksepterer også at dette er en diagnose. Det tror jeg faktisk er riktig. Jeg aksepterer også at det i mange tilfeller kan være riktig å bruke medikamenter. Jeg har sjøl sett barn som etter å ha fått medikamenter har greid å få et positivt forhold til sine omgivelser, til både venner, skolekamerater og lærere, ser at de plutselig fungerer i et sosialt samspill som gjør at de, som aldri i sitt liv før har fått én positiv tilbakemelding på noe de har gjort, får det. Det gjør at de utvikler ferdigheter, trygghet og personlighet, som gjør at de kommer seg positivt videre i livet.

Jeg har sett det, men jeg har også sett tilfeller der jeg er ganske overbevist om at det er andre ting som egentlig ligger til grunn for problemet som oppstår. Flere har snakket om det veldig smale normalitetsbegrepet som vi opererer med. Jeg er ikke så sikker på at det var så veldig mye bedre før, men da sendte man disse uskikkelige podene vekk på spesialskoler og slikt, og det kom ikke noe godt ut av det heller.

Det er et veldig viktig tema i både skole, barnehage og hverdag at vi alle sammen aksepterer og støtter foreldre som kanskje har noen ekstra utfordringer med sine barn, uten at de nødvendigvis skal måtte lete etter en diagnose for å mestre hverdagen. Så jeg er veldig glad når statsråden nå sier at det skal lages en ny veileder for dette, og at det skal handle om hva slags helhetlig hjelp disse familiene skal få.

Det nevnes også ulike typer foreldreveiledning, og begrepet atferdsproblem ble brukt. Da må jeg nok innrømme at jeg får noen assosiasjoner som jeg ikke er bare glad for. Jeg ser en tendens til at man bruker atferdsterapeutiske virkemidler overfor unger som kanskje lever i vanskelige livssituasjoner eller som har en medisinsk diagnose som gjør at de fungerer på denne måten. Det kan også bli

et overgrep å presse noen inn i et smalt normalitetsbegrep som ikke passer, altså at vi ikke tillater at vi er forskjellige – for vi er forskjellige. Jeg vil bare være litt tilbakeholden med hva slags atferdsprogrammer vi lærer opp foreldre og hjelpeapparat til å bruke, for det er også viktig at alle i et hjelpeapparat tar signalene og har garden oppe for å se om det faktisk kan være helt andre problemer i familien som er grunnlag for problemet som har oppstått. Og vi er virkelig på feil veg hvis vi ikke har systemer der det blir oppdaget i tide.

Så er jeg litt i stuss når man ser på statistikken. Jeg hørte statsråden si at i forhold til andre land brukes det lite medikamenter i Norge. Jeg vet ikke helt om sammenlikning med andre land er veldig relevant, for det er mange steder der bruken av medikamenter generelt sett er mye høyere enn i Norge, og hvor man har en mye slappere forskrivningspraksis og en enda større tilbøyelighet til å ty til medikamenter i alle livets vanskelige situasjoner. Det tror jeg ikke er løsningen på dette.

Kjersti Toppe (Sp) [15:34:03]: FNs barnekomité har uttrykt bekymring over den kraftige veksten i bruk av medikament mot ADHD i Norge og bede oss om å sjå til at det ikkje blir utskrive medikament til for mange barn, og at alternativet til behandling som oppfølgingstiltak for barn med diagnosen ADHD, foreldra deira og lærarane deira blir utvida. Eg er glad for at interpellanten har sett denne saka om ADHD-medisinerings på dagsordenen, og eg er glad for at statsråden har svart slik ho gjorde.

Statsråden forsikrar oss om at det i rettleiaren for diagnostisering og behandling av ADHD blir stilt strenge krav til utgreiing og legemiddelbruk. Diagnosen skal setjast etter grundig utgreiing hos spesialist. Legemidlet skal aldri bli gjeve utan foreldrerettleiing og utan at spesialpedagogiske støttetiltak blir sette inn samtidig. Legen skal følgja pasienten tett for å avdekkja biverknader og vurdere nytta av behandlinga. Statsråden informerte oss òg om at rettleiaren er under revidering og skal ferdigstillast i løpet av 2012.

Det blir framheva at vi treng meir kunnskap om årsaka til, gangen i og behandlinga av ADHD, og det blir vist til at fagmyndighetene ikkje vurderer auken som bekymringsfull, men at dei vil følgja utviklinga nøye. Det synest eg er eit tillitvekkjande svar. Dersom vi følgjer rettleiaren og det som er blitt sagt, trur eg vi vil unngå at mange barn og unge med atferdsproblem får ein feilaktig ADHD-diagnose med medisinerings. For moderate og lette atferdsvanskar med ein ADHD-diagnose er det heller ikkje lenger anbefalt medisinerings i første omgang. Så er det riktig og viktig å slå fast at dei som treng medisinerings for å få eit godt liv, skal ha det.

Mitt bidrag i denne debatten vil vera å understreka det både interpellanten og statsråden var inne på i sine innlegg: Vi må hindra ei utvikling som sjukleggjer barn og unge dersom dei ikkje er sjuke. Betydinga av eit breitt etablert folkehelsearbeid er viktig. Skulehelseteneste og helsestasjon er nemnde. Statsråden beskriv folkehelsearbeid som å fremma fellesskap, tryggleik, inkludering og deltaking i eit samfunn der det er plass til alle. Dette er veldig viktige ord.

Av og til passar det å ta sine personlege erfaringar med på talarstolen. Eg er så heldig at eg er mor til seks. Ingen av dei har ADHD, og ingen brukar medisinerings. Men eg har sett kor ulike ungar er som sysken. Eg har òg erfart kor lite raust samfunnet vårt er mot barn og unge som er, som vi seier i Bergen, «nåkke for seg sjøl», som ikkje er som gjennomsnittet, men som skapar det, ungar som er godt innanfor normalen, men som ikkje er like stille og lydige som nabogutane, ungar som er krevjande for foreldre, familie, sysken, skule og barnehage, og som ikkje treng medisinerings, men som treng tålmod, respekt, støtte og rettleiing. Ekstra omsut har eg for gutane i ein skule og ein barnehage som er – og i alle fall har vore – mest lagd til rette for flinke jenter.

Om det er ei overmedisinerings av barn, speglar det kanskje samfunnet sine store krav. Spørsmålet er om skulane er godt nok rusta til å ta seg av behova til dei som er litt meir krevjande, og om vi er tolerante nok som foreldre, som naboar. Satsar vi godt nok på tidleg hjelp, eller har vi for låg terskel for å gi medisinerings? Av og til er det vanskeleg å vere barn, av og til er det vanskeleg å vere sysken og foreldre, men det er ikkje sikkert at helsevesenet har svaret på dette.

Eg er glad for at interpellanten har teke opp denne saka. Eg er glad for at statsråden i sitt svar forsikrar at det skal vere strenge krav til diagnostisering og medisinerings av barn med ADHD, og at ein vil følgje situasjonen nøye.

Laila Dāvøy (KrF) [15:38:44]: Jeg må få takke interpellanten for å ha reist problemstillingen. Under min forberedelse til dette innlegget har jeg gått tilbake og sett at svært mange representanter i Stortinget, fra ulike partier, over mange, mange år har vært opptatt av ADHD – kanskje før 2000, men i alle fall etter 2000 og frem til i dag. Det synes jeg er flott, jeg synes det er bra, og jeg synes det er viktig.

I 2006 hadde jeg bl.a. et spørsmål til daværende helseminister Sylvia Brustad. Jeg ble veldig glad for hennes svar den gangen. Hun var entusiastisk og skulle virkelig vurdere en konsensuskonferanse på dette området, nettopp fordi det var så store ulikheter i tilnærmingen og i debatten om bl.a. årsakssammenhenger. Hun var også opptatt av at hun personlig skulle følge utviklingen innenfor dette området. Jeg mener å huske at etter FNs uttalelse om Norge kom det en rapport om at barn og unge som fikk ADHD-medisinerings, i høyere grad enn andre hadde en selvmordsrelatert adferd. Det er klart at det var en alvorlig sak som daværende helseminister skulle jobbe videre med – og helt sikkert har gjort det, regner jeg med.

Det er fortsatt stor bekymring for høy medisinerings i Norge. Det er positivt at statsråden i større grad enn vi har gjort før, kobler dette med medisinerings og tiltak. Samtidig er jeg enig med representanten Karin Andersen i at hvilke adferdstiltak vi setter i verk, også er viktig.

Jeg vil gjerne spørre statsråden om hvorfor veilederen ikke kommer i mai 2011, slik hun svarte meg i fjor at den skulle, men at den nå skal komme i 2012. Er det spesielle forhold knyttet til en såpass lang utsettelse – på et område der vi virkelig trenger en veileder?

Helsedirektoratet er ikke særlig bekymret – de sier at de ikke vurderer omfanget av legemidler som bekymringsfullt. Samtidig, i et svar som statsråden ga til meg i februar i fjor, henviser statsråden til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet opplyser at man ikke vet i hvilken grad dette skyldes bedre statistikk, bedre tilgjengelighet for vurderinger innen psykisk helse for barn og unge, eller om det er samfunnsmessige forhold som forårsaker den økningen vi har hatt av medikamenter til barn og unge med ADHD. Innen tjenesten – sier de videre – er det i noen grad ulike faglige tilnærminger til adferdsproblematikk. Noen hevder nemlig at adferdsproblemer er av utviklingspsykologisk karakter og skal behandles med adferdsterapeutiske tiltak. Andre hevder at adferdsproblemer har en nevrobiologisk årsak sammen med utviklingspsykologiske eller andre tilleggsproblemer, og at de sånn sett skal behandles med legemidler i tillegg til psykososiale tiltak.

Så sier Helsedirektoratet videre, og dette er konklusjonen: Dette kan ha som konsekvens at behandlere i noen grad har ulik praksis med hensyn til forskrivning av legemidler.

Sånn er det jo fortsatt – det er stor uenighet i fagmiljøene. Derfor synes jeg det fortsatt er aktuelt med en konsensuskonferanse. Jeg kunne tenke meg at statsråden sa noe om det, eller om hun mener at de tiltakene som nå er igangsatt – og kanskje kommer gjennom en ny veileder også – vil holde.

Når representanten Are Helseth sier at det er den beste kunnskapen som skal legges til grunn, er jeg utrolig enig i det. Men når de lærde strides, hva er da den beste kunnskapen både medikamentelt og behandlingmessig? Det tok også representanten Karin Andersen opp. Konsensuskonferanser er et veldig godt virkemiddel. Vi har faktisk mange erfaringer, ikke minst innen barnevernet, på at konsensuskonferanser har vært nyttige når fagfolk er usikre.

Else-May Botten (A) [15:44:01]: Jeg vil starte med å takke interpellanten for å ta opp dette temaet. Når man i media hører at friske skolebarn er dopet ned med medisiner for å sitte stille, og at lærere og foreldre i noen tilfeller er lettet over å få diagnostisert ungene, for selv å gå fri fra ansvaret, ja da synes jeg det er viktig at vi reagerer.

I skolehverdagen, som gjerne er krevende for lærerne, er det for noen ønskelig at barn med adferdsvansker får en ADHD-diagnose, fordi det da følger med ekstra ressurser også i klasserommet. Det vi nå ser, er at medisiner er utbredt blant norske elever, og FNs barnekomité reagerer på et overforbruk av medisiner i Norge. Vi må spørre oss: Hvem er det som definerer og vurderer barnas avvik og livskvalitet?

Det er gjerne et sett av pedagogiske, terapeutiske og sosiale konstruksjoner som definerer at de ulike barna ikke er som A4-eleven, og som er grunnleggende for at elever blir medisinerert og ikke lenger gjør så mye ut av seg.

Jeg synes det er snevert å se på diagnose og medisin i denne sammenhengen. Da er årsaken til problemene mye mer interessant for å finne riktig behandling. Det er ikke alle som trenger medisin i tablettens form, men medisin

i den forstand at mor og far forstår dem og kan bidra til at de får et tryggere og bedre liv gjennom ulike grep i familiesituasjonen. Barn er sårbare og reagerer på utrygghet og for dårlige stimuli.

Så hva kan vi gjøre for at barn skal få det bedre? I dag er det full barnehagedekning, og da er mulighetene for å oppdage atferdsvansker på et tidlig tidspunkt mye større. Man har gode systemer som fanger opp dette, og som fører til handling. Jeg mener at vi må se bort fra medisiner som første tiltak. Vi må ha mer fokus på å finne årsaken, og så se hva som er riktig oppfølging rundt hvert enkelt barn. Jeg mener ikke at bare lærerne skal føle ansvar for å hjelpe elevene, men at foreldrene må bli trukket inn i det opplegget som kjøres for deres barn på barnehager og skoler. Foreldrene må føle ansvar og ikke få muligheten til på noe sett og vis å fraskrive seg ansvar på grunn av en diagnose som ADHD.

Det er gledelig å se at foreldreprogram over tid har gitt gode resultat. I Norge har vi i dag et tilbud til alle kommende foreldre om svangerskapskurs. Jeg mener vi må jobbe for å få et bredere tilbud rundt foreldreprogram, i hvert fall til de foreldrene som har barn med atferdsvansker. For oppveksten er grunnlaget for barnets liv og framtid, og oppgaven foreldrene har, kan i så måte være svært krevende. Hjelp til å håndtere hverdagen med sine barn kan være et behov for mange, og bør gjøres tilgjengelig for langt flere enn i dag. Dette bør det offentlige styre med tanke på nødvendig kunnskap, tilbud og innhold.

I skolehverdagen kan det ofte være lett å tenke at man ikke skal involvere foreldrene. Det kan oppleves svært krevende også for lærerne. Men den holdningen vil jeg advare sterkt imot. Kontakten med foreldrene vil jeg si heller er avgjørende viktig. Hos noen foreldre sitter det langt inne å akseptere at det er noe krevende med egne barn, men de må få forståelsen av at barnehagepersonell og skolepersonell vil barnas beste, selv om det er krevende når dette blir tatt tak i. Foreldre kan føle at de ikke strekker til, og oppleve det som et nederlag og derfor trekke seg unna. Men opplever de at de kommer på lag med læreren og helsepersonellet som er rundt, og at de sammen skal finne en god løsning for barnet, er det lettere å gå inn i det.

Jeg fikk en mail fra en spesialpedagog på en skole som fortalte hvordan hun tok tak i dette problemet. Først måtte hun jobbe for å få tillit hos foreldrene og få dem med på laget. De informerte barnet om at mor og far kom til å komme på skolen og sitte der, fordi det ikke gikk så bra. Foreldrene sa til barnet at dette var noe foreldrene måtte gjøre når barnet ikke greide å oppføre seg på skolen. Som oftest ble det etter kun en dags tilstedeværelse merkbart bedre. Barnet syntes ikke noe spesielt om at foreldrene måtte være der på grunn av deres dårlige oppførsel. Raskt var det nok å ringe etter foreldrene når situasjonen på skolen tilspisset seg. Det kunne skje flere ganger, helt til barnet skjønte at lærer og foreldre snakket samme språk og sto sammen. Ofte er dette barn som har opplevd gjentatte trusler på grunn av sin oppførsel, uten at det ble fulgt opp, og dermed rant det på en måte bare ut i sanden, mens nå ble det motsatt og vanntette skott, for dårlig oppførsel fikk konsekvenser.

Jeg tror dette er en kjempeutfordring for oss alle sammen, og at man må se bredt på den utfordringen som ligger her. Man må ikke ha en slags «quick fix» med medisinering der man løser bare én ting – det er mange sammensatte ting man må gjøre.

Vigdis Giltun (FrP) [15:49:06]: ADHD – denne sykdommen har fått mange navn. Men det er snakk om barn som har en uønsket adferd, hyperaktive barn med konsentrasjonsproblemer, som ikke klarer å tilpasse seg det sosiale fellesskapet i venneflokken, i familien eller på skolen. Det er barn som senere i livet ofte får problemer med rus og kriminalitet. Men hva er det som gjør at disse tusenvis av barn ikke klarer å tilpasse seg, og at de må behandles med sentralstimulerende midler?

Foreløpig vet man for lite om årsaken til ADHD. Det blir betegnet som en medfødt nevrobiologisk funksjonsforstyrrelse som forskerne mener er en av de mest arvelige psykiske lidelsene. Man antar også at sykdommen kan skyldes skader under graviditet, for tidlig fødsel, miljøgifter, mat eller mangel på viktige stoffer. Omsorgssvikt, mangel på grensesetting og lite struktur i oppdragelsen kan også bidra til å øke problemene.

Mye har endret seg i samfunnet både når det gjelder familiene, barnehage og skole, som kan være med på å trigge denne adferden. En NTNU-undersøkelse viste at elever i åpne skoler blir fem ganger så ofte medisinert som elever i mer tradisjonelle skoler, og det er noe vi politikere bør ta med oss som en viktig lærdom. Er det i realiteten en økning i antall barn som utvikler denne uønskede adferden, eller skyldes den omtalte økningen at mange bare får fastsatt en sykdomsdiagnose? Hva er normalt når det gjelder avvikende adferd, og hva er sykdom? Hvor går grensen? Alle er vi forskjellige, og naturlig nok har vi nedarvet det meste fra våre foreldre gjennom gener – det være seg både utseende, oppførsel og anlegg for sykdommer eller også gemytt og væremåte. Anleggene kan påvirkes og utvikles, men de ligger der. Det er derfor ikke spesielt oppsiktsvekkende at de som selv har adferdsproblemer, får barn med de samme problemene.

Det er alvorlig å få en slik diagnose, og selv om mange foreldre sier at de har følt en lettelse ved å få en diagnose, og at de får hjelp av helsepersonell, har de også opplevd fortvilelse over å se at barnet ikke fungerer sosialt. Det vil være viktig å få en sikrere diagnostisering for å kunne gi riktig hjelp og behandlingstilbud tidlig. Årsaken til adferdsproblemene eller sykdommen kan være mange, og det er derfor viktig å se hvordan vi kan redusere årsaken til at adferden trigges. Flere av medisinene som benyttes, er nært beslektet med amfetamin, og de har bivirkninger. Det antas at medikamentbehandling kan redusere faren for senere depresjon, rusmisbruk og kriminalitet, men hva vet vi? Hva er bi- og langtidseffekten, og vil man kanskje oppdage at de barna som i dag blir medisinert, vil få senskader? Det er allerede oppdaget bivirkninger som hjerteflimmer, angst, depresjoner, dødelige leverskader og selvmordsforsøk. Medisiner kan dempe og fjerne symptomer effektivt, men medisiner fjerner ikke årsaken til lidelsen.

Man må aldri glemme å ta tak i årsaken eller fore-

bygge der det er mulig. Det finnes alternative løsninger også, med bedre ernæring og endret kosthold, og det er utviklet ulike programmer hvor foreldre lærer selvkontroll og sinnemestring, noe som gjør at de takler barna bedre. Programmene har vært utført tidligere, for flere år siden, ved Folloklinikken, og ved kurssets slutt viste resultatet at flere av barna ikke lenger fylte kriteriene for ADHD-diagnostisering – altså var det friske barn som rett og slett ikke hadde fått den omsorgen, den oppdragelsen eller de omgivelsene rundt seg som de hadde behov for.

Det som er riktig behandling for én, er ikke nødvendigvis riktig behandling for en annen. For mange vil medisinering kanskje også i fremtiden være den beste behandlingen, sammen med andre virkemidler, men det er viktig å satse på mer forskning for å finne årsaker, sikrere måter å stille diagnose på og behandlingsformer som ikke er skadelige på sikt. Behandlingsmetoder må baseres på faglig grunnlag og kan ikke overlates ene og alene til foreldrene.

Det er blitt foretatt en del forskning både internasjonalt og nasjonalt, men blant ekspertisen hersker det fortsatt stor usikkerhet og uenighet. Mye forskning gjenstår, og det er viktig å bevilge penger til dette arbeidet.

Det aller viktigste i fremtiden mener jeg imidlertid er å forsøke å forhindre at barna utvikler psykiske problemer og ADHD. Det er viktig for den det gjelder, for familien og for hele samfunnet, og jeg er derfor glad for at denne saken er satt på dagsordenen igjen. Jeg hadde omtrent det samme innlegget for fem år siden, i 2006, og debatten var vel også oppe i 2002. Jeg tror akkurat den samme bekymringen ble uttrykt ved de debattene, og det samme ble lovet og sagt. Utviklingen går én vei: mer og mer medisinering og mer og mer problemer. Det er på tide å se på hva som egentlig skjer, for det kan få alvorlige følger hvis man feildiagnostiserer eller overmediserer barn som ikke skal ha medisiner.

Håkon Haugli (A) [15:54:30]: Jeg vil takke for en bred og god debatt, med mange gode innlegg – *kun* gode innlegg, faktisk. I sum synes jeg de har belyst de ulike sidene ved saken og fått fram nyansene. Jeg er glad dette ikke ble en debatt for eller imot legemidler eller for eller imot gammeldags oppdragelse. Jeg synes også det er positivt at det er bred tverrpolitisk enighet om at vi har en utfordring.

Representantene Are Helseth og Jon Jæger Gåsvatn har begge tatt opp et tankevekkende poeng, nemlig at det er store geografiske variasjoner i bruken av legemidler mot ADHD. Jeg antar vi kan være enige om at den menneskelige hjernen fungerer likt i alle deler av landet. At forekomsten av en hjerneorganisk lidelse varierer, kan ha flere årsaker, men det er grunn til å tro at variasjoner skyldes ulike syn på behandling.

Jeg er for øvrig også helt enig med representanten Helseth i at medisiner sannsynligvis brukes fordi det er enkelt og billig, mens andre behandlingsmetoder er mer tid- og ressurskrevende. Det er et tankekors.

Representantene Bent Høie og Kjersti Toppe er begge innom det jeg opplever som kjernen i bekymringen: Er rommet for å være annerledes blitt smalere? Skal vi me-

disinere vekk det som er annerledes? Jeg kan uten videre, og uten forbehold, slutte meg til det representantene Høie og Giltun sier om rusavhengighet og personer som burde fått hjelp. Samtidig er det viktig å løfte fram eksemplene på at det ikke er noe likhetstegn mellom ADHD-diagnose og et liv med store problemer. Det er et tankekors at CNNs Ted Turner og Virgins Richard Branson sannsynligvis hadde fått ADHD-diagnose og vært medisinert om de hadde vokst opp i Norge i dag.

Representanten Andersen problematiserer begrepet atferdsproblemer. Det er en betimelig påpekning. Hvem definerer atferden som et problem, og hvem er den et problem for?

Representanten Toppe har spesiell omsorg for gutter. Det er det grunn til. Kanskje er ADHD-medisinering nok et uttrykk for at gutter er sårbare i vårt samfunn.

Til slutt minner både representantene Laila Dāvøy og representanten Vigdis Giltun oss om at det ikke er første gang dette er tema her i salen. Det er sikkert ikke siste gang det blir det heller, men la oss håpe det blir siste gang bakteppet er en bekymringsmelding fra FN og nye tall som viser økninger i medisinbruk på mer enn 10 pst.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:57:22]: Dette har vært en veldig interessant og viktig debatt.

Interpellanten oppsummerte innleggene på en så glitrende måte at det skal i hvert fall ikke jeg prøve å gjenta. Jeg vil bare si at jeg tror vi alle har en innebygd motstand mot bare å bruke medisiner. Men jeg tror også på det som representanten Høie og flere andre var inne på, at det er noe med å ha den skepsisen, men samtidig den åpenheten at medisinering sammen med andre tiltak – og da understreker jeg virkelig, som jeg også gjorde i mitt første innlegg, at det må være sammen med andre tiltak – kan gi noen et veldig mye bedre liv.

Det er også interessant å se forskjellen mellom gutter og jenter og statistikkene på legemiddelbruk i forhold til det. Jeg vil igjen understreke at medikamenter bare skal være en del av behandlingen, og ikke hele løsningen. Fokus på foreldreveiledning og pedagogiske støttetiltak er særdeles viktig.

Det som jeg også synes har vært interessant i debatten, er det man har vært innom når det gjelder normalitetsbegrepet og hva det er. Det er jeg helt enig i er en viktig diskusjon som jeg tror man burde bruke enda mer tid på enn akkurat bare denne debatten.

Så har jeg lyst til å kommentere det jeg også ble spurt om, om hvorfor det tar lengre tid før denne veilederen kommer. Det er fordi det foregår studier på ADHD, femårsstudier – man følger enkeltpersoner gjennom fem år – som skal gi oss mer kunnskap om både behandling og resultater av behandlingen. Samtidig ser Helsedirektoratet på om vi skal oppgradere veilederen til å bli retningslinjer. Så det er flere grunner: både at man ønsker mer kunnskap, og at man skal ha en bedre veileder – eller retningslinjer – nå når det kommer.

Til det at det er forskjell på ulike fylker: Hva som er årsaken til det, vil være noe som i hvert fall jeg forventer at vi får se noen resultater av etter disse studiene. Er det

ulike tradisjoner hos behandlerne, eller er det andre grunner til ulik praksis? Alt i alt: Dette temaet er sånn at jeg tror alle kjenner noen som har denne diagnosen, eller vet om noen. Det er så utbredt, og det er så viktig å kunne gi gode tilbud at alt må gjøres for at vi skal lykkes med det.

Per-Kristian Foss hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 5 avsluttet.

Sak nr. 6 [16:00:46]

Interpellasjon fra representanten Karin Andersen til helse- og omsorgsministeren:

«Flere hundre tusen mennesker får hvert år piller av legen som de kan bli avhengige av. Dette er piller mot alt fra akutte ryggplager til søvnproblemer, angst og uro – såkalte B-preparater. Pillene er ment til kortvarig bruk, men skrives ut i lang tid. Det skaper medikamentavhengighet og bivirkninger som igjen blir diagnostisert som ny psykisk eller fysisk sykdom, og som igjen blir medisinert. Kunnskapen om dette nasjonalt og hos den enkelte lege må styrkes for å hindre at medisiner folk får for å bli friske, gjør dem syke. Det trengs også langt mer kunnskap om nedtrapping av slik avhengighet. Også apotekene kan bidra i arbeidet mot skader av medikamenter.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre at pasienter sikres både sikker medikamentforskrivning og tilbud om forsvarlig nedtrapping?»

Karin Andersen (SV) [16:02:00]: Medisiner er et stort gode når man er syk eller har smerter. Men feil, for mye og kritikkløs bruk av medikamenter kan føre til alvorlige bivirkninger med store helseplager og sykdommer – ja, sjøl med lave doser som skrives ut av lege. Mange får bivirkninger som man kunne unngått hvis både lege og pasient hadde hatt bedre kunnskaper om risiko og større tilgang på riktig behandling og nedtrapping hvis avhengighet har oppstått. Dette handler om preparater som benyttes mye til behandling av angstsymptomer, angstlidelser, søvnvansker og lignende problemer. De har rask effekt, og de er lite giftige. Men bivirkningene kan ofte forveksles med annen, eller ny, lidelse. Bruken av andre legemidler i tillegg kan forsterke dette, og man får abstinens hvis man forsøker å slutte. Bruken bør derfor begrenses til korte perioder. Det står det også i all veiledning om bruk av disse medisiner, men dessverre skjer det ikke bestandig.

Langtidsforskrivning frarådes, men likevel er langtidsbruk vanlig, skrev Apotekforeningen i en henvendelse som jeg fikk rett før jul. Det jeg snakker om, er altså lavdoseavhengighet, ikke høydoseavhengighet, og dette er brukere som ikke har ruspreget adferd – det er det svært viktig å merke seg – men de får ofte bivirkninger som kan gi dem store problemer i hverdagen. Så hvordan leger kan motivere slike pasienter til nedtrapping – som må gå langsomt for seg – er ofte vanskelig å se. Og når de ikke gjør det, fortsetter man en langtidsbehandling uten

noe klart formål – man fortsetter altså bare å skrive ut.

Det er få tilbud om avvenning og nedtrapping for legemiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten slik den er i dag. Dette handler altså om lavdoser, det handler ikke om rusavhengighet. Det handler om bivirkninger og avhengighet av lavdosemedisiner – av medisiner vi får av legen i livets vanlige kriser og kast. Jeg mener det er et stort og skjult helseproblem. Den norske legeforening sa i statusrapporten sin for 2006 at de mente det var behov for et landsdekkende tilbud med behandling av legemiddelavhengige. Og da handlet det ikke om store doser.

Det er en del som gir tilbud til rusavhengige, og i forhold til høydoseavhengighet. Men tilbudet blir da gitt enten innenfor rusomsorgen eller innenfor psykiatrien, som fokuserer på den vinklingen. Da fanger man ikke opp det spesifikke knyttet til dette problemet som jeg tar opp nå, og som jeg også har tatt opp før.

De legemidlene som tydeligvis er hovedproblemet, er B-preparatene og de som ligner på dem. Når oppstår dette problemet? Det vet vi ikke så mye om i Norge, men det er knyttet stort sett til helt vanlige situasjoner i livet. Det vi vet fra forskning i Sverige – de har holdt på med forskning på dette lenge – er at 80 pst. fikk denne pillen første gang i forbindelse med en livskrise, 13 pst. ble avhengige under sykehusopphold eller ved bruk av smertestillende på grunn av en vanlig somatisk lidelse. Det er altså ikke noe spesielt knyttet til dette som har overslag til rus e.l.

Ett av problemene når man skal gripe fatt i dette, er at dette er et problem som pasienten får fordi legen faktisk ikke følger opp det legen skal følge opp. Ergo er det kanskje også svært vanskelig for legen å gripe fatt i det på en riktig måte. Man er blitt påført et helseproblem av den instansen som skulle hjelpe en ut av en vanskelig situasjon. Jeg tror også at jeg skal være så fri å si at jeg tror dette handler om at det er raskere og mindre tidkrevende å fortsette å skrive ut en resept enn å bistå pasienten med kanskje litt lengre samtaler og bistå med annen hjelp for å greie livets vanskelige situasjoner, og kanskje også til å leve med problemer som man har fått. Og det baller på seg når man får nye diagnoser som følge av medikamentbruk. Det er viktig for meg å understreke igjen at dette er pasienter som fortsetter med medikamentet, ikke fordi de søker rus, men for å dempe og lindre symptomer og bivirkninger de får av medikamentbruken. Det er altså ikke et rusproblem, men det kan bli det. Jeg har vært borti en del tilfeller der legen har funnet ut at: Nå har jeg skrevet ut denne medisinen til deg altfor lenge, nå må du slutte. Så slutter man fort, og da hender det at noen havner på Plata. For nedtrapping av noen av disse medisinene krever faglig tilnærming, og det må være lang nedtrapping. Noen påstår at det tar lengre tid å trappe ned på noen av disse medikamentene enn det det gjør på heroin. Det sier jo sitt at dette må håndteres på en faglig forsvarlig medisinsk måte.

Så er det spørsmål om hvordan dette problemet virker ellers i samfunnet. Der vet vi også lite fra Norge, men det svenske ASTA-prosjektet, fra 1995, fra universitetet i Karlstad, har sett på årsaken til at mange forble langtids-

klienter på sosialkontoret til tross for at store ressurser ble igangsatt for å gi dem hjelp til å komme tilbake i arbeid. Godt over halvparten av langtidsklientene var brukere av denne typen medikamenter over svært lang tid. De hadde alle de bivirkningene som det går an å beskrive knyttet til dette, og bivirkningene er ofte årsaken til at folk ikke kommer seg tilbake i jobb.

Er dette annerledes i Norge? Det er det liten grunn til å tro. Disse bivirkningene, som kan være tiltaksløshet, angst, depresjoner og utmattethet, fører veldig sjelden til at folk kommer ut av en vanskelig livssituasjon når de først har kommet dit. Det kjenner folk igjen, de som jobber på Nav: Det er ofte dette som er problemet med mange som sliter med å få jobb. I tillegg er dette veldig kostbart for den enkelte.

Så når vi er opptatt av å forebygge helseskader på laveste nivå, er dette et veldig godt sted å begynne – at vi i hvert fall sørger for at vi ikke skriver ut medisiner på en slik måte at folk blir syke av det. Her var det et prosjekt på Hamar som het «Medisin mot piller», som ble startet av kommuneoverlegen, Georg Moland, og en prosjektleder, Rolf Torodd Olafsen, som jobbet med dette feltet. Men det ble dessverre et kort prosjekt, og man har ikke fått midler til å drive videre.

Jeg er opptatt av at vi er nødt til å få på plass kompetanse på dette området både hos legene og i hjelpeapparatet, slik at vi håndterer dette på en riktig måte, for det som skjer i dag, er ikke tilstrekkelig.

Så er jeg også opptatt av at vi kan se på hvordan apotekene kan bistå i dette arbeidet, og jeg har fått en rekke innspill fra Apotekforeningen, f.eks. knyttet til legemiddelsamtale – både førstegangssamtale og en nedtrappingsamtale – der det er mulig for apotekene å bistå pasienten med både støtte og informasjon. Det er også mulig at apotekene kan bistå med å si fra på en tydeligere måte når leger fortsetter å skrive ut medisiner som ikke er i tråd med måten de skal skrive dem ut på. Men de melder at slik disse systemene er i dag, får legen vite hvilket apotek det er som har meldt fra, at det kan være et problem, og at de vegrer seg for å si fra når de ser en praksis som ikke er riktig. De nevner også at det bør innføres strenge regler og restriksjoner på forordning av B-preparater på papirresept når eResept har fått en nasjonal utbredelse. Det tror jeg også er riktig, slik at det er mulig å få oversikt over dette.

Så viser de også til noen forsøk, bl.a. i Skedsmo og Røros kommuner, der de har lokalt samarbeid mellom lege og farmasøyt rundt forordningen av disse preparatene, og at det er en mulig modell som man kan se på – og se om man kan gjøre informasjon om dette tilgjengelig, slik at dette kan bli tilgjengelig over hele landet. Man må selvfølgelig da gjennom dette også se på hva slags ekstra tilbud som trengs for dem som trenger nedtrapping på dette området.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:12:23]: Jeg vil begynne med å påpeke viktigheten av at alle pasienter skal få de legemidlene de trenger. Pasienter som har behov for det, ofte pasienter med smerter eller angstli-

delser, men også andre, skal få medikamenter som kan være vanedannende, såkalte A- og B-preparater, uten at de mistenkeliggjøres eller stigmatiseres. Forskrivning og bruk skal imidlertid være i tråd med faglige anbefalinger. Lengre tids bruk av disse preparatene kan gi avhengighet og andre bivirkninger – som også interpellanten var inne på. I tillegg vil effektene av legemidlene i mange tilfeller reduseres etter ganske kort tids bruk. Og jeg er enig med interpellanten: Det er dessverre altfor ofte at disse medikamentene forskrives og brukes i strid med faglige retningslinjer.

Det eksakte omfanget av uheldig bruk av vanedannende legemidler har det vært knyttet stor grad av usikkerhet til. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har derfor blitt bedt om å undersøke dette nærmere, både for å få bedre kunnskap om bruken av vanedannende legemidler i befolkningen og for å identifisere problemområder for videre oppfølging.

Folkehelseinstituttet har som et resultat av dette utformet en egen temadel om vanedannende legemidler i sin legemiddelstatistikk fra Reseptregisteret for perioden 2005–2009. I tillegg har det vært gjennomført flere forskningsprosjekter omkring dette temaet. Det har bl.a. blitt sett på hvor mange pasienter som får forskrevet store mengder av vanedannende legemidler. Resultatene av forskningen viser at det dreier seg om et begrenset antall personer. I tillegg kommer imidlertid de som får legemidler gjennom andre og ulovlige kanaler, som Internett-handel, gatesalg etc., som vi ikke har noen god oversikt over.

Når det gjelder uheldig bruk, viser data betydelige forskjeller mellom ulike typer vanedannende medikamenter. Folkehelseinstituttet anslår at under 1 pst. av pasienter som i 2005 startet behandling med det smertestillende medikamentet kodein, som bl.a. finnes i Paralgin forte, utviklet et uheldig bruksmønster over tid.

For sovemidler og angstdempende midler er bildet et annet. Her viser tall at mange pasienter bruker medikamentene over lang tid. Dette er ikke i tråd med de faglige retningslinjene, og det bidrar både til bivirkninger, avhengighet og forringelse av medikamentenes effekt. Vi ser imidlertid en positiv utvikling ved at det har vært en nedgang av nye brukere de senere årene.

Det er gjort, og gjøres, mange tiltak for å bote på uforvarlig forskrivning. Helsetilsynet i fylkene utfører tilsyn med leger etter bekymringsmeldinger eller klager fra apotek, pårørende, politi eller andre. I 2009 mistet fem leger retten til å forskrive A- og B-preparater som følge av uforvarlig forskrivning. Det er i denne sammenheng viktig at det utvikles datasystem som gir Helsetilsynet bedre mulighet til å følge med på forskrivningspraksis.

Problemomfanget gjør at det er nødvendig å se på hvorvidt gjeldende veiledere for forskrivning av vanedannende legemidler er gode nok. Helsedirektoratet inviterte i forrige uke til et rådslag om hvorvidt det er behov for å revidere den gjeldende veilederen fra 2001. Her deltok representanter fra myndigheter, akademia, profesjonsforeninger og klinisk praksis. Jeg er kjent med at Helsedirektoratet vurderer en endring av veilederen.

Gode og tydelige retningslinjer eller veiledere hjelper likevel ikke hvis de ikke er kjent blant leger og blir fulgt opp i deres daglige praksis.

Legeforeningen og Helsedirektoratet har et samarbeid om mer oppmerksomhet på god forskrivningspraksis og -bevissthet hos leger. Dette kan bidra til at flere pasienter kan unngå uheldig avhengighet, og at det oftere blir vurdert alternativer for ikke-medikamentell behandling av pasientens plager der hvor det er mulig.

Gjennom Opptrappingsplanen for rusfeltet ble det i 2009 bevilget 8 mill. kr til å styrke legenes kompetanse på dette feltet. Bakgrunnen var dokumentasjon av at allmennlegene hadde for lite kompetanse om rusmiddelproblematikk, forskrivning av vanedannende legemidler, identifisering av problemer og oppfølging av disse pasientene. Et annet tiltak i opptrappingsplanen er at det skal utvikles en informasjonskanal om rusmiddelproblematikk for leger. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre dette arbeidet.

Det er likevel viktig for meg å vektlegge at det er hos den enkelte forskrivende lege at det viktigste arbeidet må gjøres. Statens helsetilsyn har rapportert til meg at deres inntrykk i svært mange saker er at leger rett og slett, på tross av både kunnskap og retningslinjer, gir etter for press fra pasienter fordi de ikke ønsker å komme i konflikt med pasienter som ønsker A- og B-preparater. En annen holdning kan nok være at «hvis ikke jeg gir dem disse medikamentene, så vil noen andre gjøre det». Det er vel ikke så uvanlig. Dette er uheldig, og med innføringen av fastlegeordningen skal det gode grunner til for at andre enn pasientens fastlege skriver ut denne typen medisiner. Men dette viser også viktigheten av at pasienter har god informasjon om disse legemidlene og hvilken risiko det er forbundet med å bruke dem over lengre tid.

Det er videre viktig at pasienter som har etablert et for høyt forbruk, får adekvat hjelp til nedtrapping av medikamentbruken. For pasienter som skal trappes ned fra store doser, kan behandling i spesialisthelsetjenesten være nødvendig. For personer som har gått på mindre doser over lengre tid, som interpellanten legger vekt på, vil som regel et opplegg i samarbeid med fastlege være mest aktuelt.

Karin Andersen (SV) [16:19:21]: Jeg takker for svaret og er glad for det arbeidet som er i gang på dette området. Men jeg har nok allikevel noen bemerkninger til det statsråden sier. Igjen snakkes det om rus. Man har trappet opp rusbehandlingsplanen, man skal gjøre dette i forbindelse med rus. Dette handler altså ikke om rus. Dette handler om et helt annet problem enn rus, og derfor ber jeg statsråden om å se på dette feltet en gang til, fordi man må, etter det jeg har fått kjennskap til, se på dette som et problem som ikke handler om rus, og vi må få en faglig oppfølging knyttet til det.

Det handler heller ikke om høyt forbruk eller store mengder. Det handler om bivirkninger av terapeutiske doser av vanlige medisiner brukt for lenge. Det trenger ikke handle om at man shopper rundt omkring på forskjellige apotek eller hos forskjellige leger. Det er faktisk virkninger av helt vanlige medisiner som er svært alvorlige,

og som kan føre til at folk blir meget syke og satt helt ut av spill.

Statsråden sier også at for personer på mindre doser over lengre tid er som regel et opplegg i samarbeid med fastlegen mest aktuelt. Ja, det er det, særlig når legen gjør det han eller hun skal, nemlig ikke fortsetter denne forskrivningen, men greier å trappe den ned, bruke tid på de samtalene som kanskje må til, eller sørge for at pasienten får annen adekvat hjelp, for mange av disse vil kunne trenge hjelp av spesialisthelsetjenesten fordi bivirkningene er så sterke, og avhengigheten er så sterk.

Så vises det til at i fjor ble fem leger fratatt lisensen på grunn av dette. Når man vet omfanget av hvor mange det er som skriver ut slike medisiner i så stort omfang over så lang tid, tyder det på at det systemet må strammes opp vesentlig.

Det siste jeg er litt i stuss om, er at man sier at det er et begrenset antall som får dette problemet, og at det er nedgang i bruken. Jeg ønsker at vi går inn og ser på hvilke medikamenter vi snakker om. Jeg snakker om B-preparatene, men det er også noen av de erstatningspreparatene som er kommet inn her, som nok kan ha samme type bivirkninger. Det er veldig vanskelig, ut fra de tallene jeg har sett på i hvert fall, å se at det er noen nedgang i bruken. Som vi snakket om i sted når det gjelder ADHD og medisiner av barn, øker bruken hos barn, i hvert fall på den statistikken jeg har vært inne og sett på i dag. Det synes jeg er svært bekymringsfullt når vi vet hvor alvorlige konsekvenser dette kan ha for den enkelte.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:22:34]: Interpellanten sier at dette ikke handler om rus, men i noen sammenhenger kan det få de samme konsekvensene.

Mitt anliggende i dette er bare at vi forsøker å gjøre et arbeid hvor vi bidrar til både veiledning og opplæring av leger og de som har den første og fremste kontakten, den primære kontakten, med pasientene. Jeg vet at det er gjort mye arbeid på dette feltet over lang tid. Det ble utgitt en veileder allerede i 1990, og det ble gjennomført en konsensuskonferanse i 1996 når det gjelder noen legemidler. Denne – gamle – veilederen fra 1990 er revidert, og Helsedirektoratet vurderer nå behovet for å revidere denne veilederen igjen. Jeg mener også at etableringen av fastlegeordningen har vært viktig, og i forbindelse med Samhandlingsreformen vil vi legge enda større vekt på fastlegene og deres ansvar overfor pasientene. Jeg har god tro på at dette, som det også er blitt mye mer oppmerksomhet rundt i samfunnet generelt, skal bli bedre i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Kunnskap er selvfølgelig helt vesentlig også for å få bedre rutiner. Jeg er også veldig enig med interpellanten i at bruk av eResept, felles datasystemer, vil gi oss mye bedre både statistikk og oversikt, og vil også kunne hindre misbruk dersom noen er kommet så langt.

Men jeg er også veldig enig i at vi må gjøre det vi kan for å få redusert bruken av legemidler generelt. Jeg mener på ingen måte å bagatellisere barns bruk av legemidler, men jeg sier bare at noen ganger er det riktig, og da må vi også ha en åpenhet for det. Men det skal aldri gis som det

eneste tiltaket, verken til barn eller voksne; det må også ses i en større sammenheng.

Wenche Olsen (A) [16:25:19]: Interpellanten tar opp et viktig tema som jeg synes det er bra vi har fokus på.

Det er vel slik at mange av oss enkelte ganger i løpet av livet vil ha behov for såkalte B-preparater. For de aller fleste er det slik at vi har nytte av det en kort periode – kanskje vi har kraftige smerter eller vi er i en vanskelig psykisk periode.

Det er viktig at ikke bruk av B-preparater blir definert som skadelig, men at det er den bruken som ikke har en god oppfølging, som bidrar til avhengighet. Så er det jo slik med oss mennesker at vi er svært forskjellige, også når det gjelder hvordan vi reagerer på preparater og hvor fort vi opparbeider en avhengighet. For enkelte er det dessverre slik at bruk av B-preparater er inngangen til en omfattende bruk som gir dem avhengighet. Da er det viktig at vi har helsepersonell som ser faresignalene og tar dem på alvor.

Slik jeg kjenner det, får de fleste som trenger A-preparater i en periode, utarbeidet en plan for bruken, og den planen inkluderer en nedtrappingsplan som skal hjelpe dem til å trappe ned, for så å slutte helt. Dét kunne kanskje være løsningen også for dem som over tid skal gå på B-preparater. Da ville de jo få en tett oppfølging av bruken og behovet. En plan forutsetter jo dessuten en god dialog mellom pasienten og legen, og det vil åpne muligheter for å tenke på alternativer til medisiner. For dem som allerede sliter med avhengighet, er det mange tiltak legen kan gjennomføre, som f.eks. å skrive ut mindre doser, ja, helt ned til dagsbehovet.

Helseministeren beskriver i sitt svar til interpellanten mange tiltak som er iverksatt for å hindre uforsvarlig forskrivning. Jeg synes det er bra at Helsedirektoratet har gjennomført et rådslag, og at de vurderer en endring av veilederen for forskrivning av vanedannende legemidler. Det er fint med tiltak, veiledere og retningslinjer, men det forutsetter jo at legene følger dem.

En av intensjonene med fastlegeordningen var at vi skulle forhindre at folk gikk fra lege til lege og skaffet seg medikamenter. Systemet i dag er jo slik at om du går til legevakt eller en annen lege enn fastlegen, skal de fortrinnsvis ikke skrive ut B-preparater, og om de gjør det, skal det kun være en dose som sikrer deg til du har mulighet til å kontakte din fastlege. Dessverre virker det som om det er fastlegen som over lengre tid skriver ut vanedannende medikamenter – kanskje fordi de gir etter for press eller at de ikke orker å ta den ubehagelige samtalen. Slik kan vi ikke ha det.

Som flere har sagt, er den nye ordningen med eResept et bidrag til å forhindre at folk kan forfalske resepter og på den måten skaffe seg medikamenter. Den gir også en bedre oversikt over forbruk, slik at det blir vanskeligere å gå fra lege til lege for å skaffe seg B-preparater, og man kan følge med på hva den enkelte lege skriver ut.

I Samhandlingsreformen er det fokus på at vi i større grad må ta i bruk flere profesjoner innenfor helseområdet, og mange kommuner har i dag benyttet seg av ord-

ningen med å ansette psykologer i kommunen. Det er et bidrag til å få mer fokus på en bredere behandling utover det å skrive ut medikamenter. Vi vet også at lærings- og mestringssentre hjelper folk å leve med sykdommene og plagene sine, og de har fokus på hvordan folk skal klare å takle hverdagen. Det kan bidra til et redusert behov for bruk av vanedannende medikamenter.

Det er viktig å ta med seg at bruk av B-preparater i en kortere periode er noe vi alle kan ha behov for. Det er ikke det som er utfordringen; utfordringen er de som over lengre tid går på disse preparatene og utvikler en avhengighet.

Dette er en sak som ikke kan løses med vedtak alene. Legene må sette av tid til den enkelte pasient og hele tiden vurdere alternativer til bruk av vanedannende medikamenter. Det er jo symptomene som behandles med preparater og ikke årsaken til symptomene. Samtidig er det viktig at når preparatene tas i bruk, må det vurderes en plan for bruken og ikke minst for en nedtrapping i etterkant.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [16:29:46]: De siste årene har problemstillingen som her tas opp, kommet stadig mer fram i lyset. Stadig oftere støter jeg på personer som har triste historier å fortelle – historier om pillebruk totalt ute av kontroll, om personer med en barndom hvor en av foreldrene konstant befant seg i en tåke av pillerus, om personer som har vært utsatt for en alvorlig ulykke for deretter å bli pumpet fulle av medisiner over en lengre periode og så utvikle en avhengighet, om personer med angst og depresjoner som ikke blir møtt med samtaler og veiledning, men rett og slett med piller i alle farger og størrelser.

Likt for alle disse historiene er at personene i utgangspunktet ikke hadde behov for å ruse seg. Utgangspunktet er en skade eller en sykdom som gir behov for en pille, og et helsevesen som ikke i stor nok grad informerer, veileder og følger opp, slik at pillebruken blir riktig og fornuftig. Noen ganger ender legen opp med å lange piller i stor skala, og en avhengighet oppstår.

Det skremmer meg når jeg møter tunge rusmisbrukere som forteller at rusmisbruket ikke startet som et behov for å ruse seg, at det ikke startet som utprøving, og nysgjerrighet, av en ungdom, men at det rett og slett handler om en massiv utdeling av flere typer piller grunnet noe helt annet. Og det handler om leger som plutselig en dag innser at pillebruken er i overkant, og som nærmest uten forvarsel kutter leveransen.

Det er da det mange ganger kommer ut av kontroll. Desperate og fortvilte putter de i seg det de får tak i der og da, og konsekvensene blir en avhengighet som går på helsa løs – totalt ute av kontroll og med alle de ulemper som avhengighet faktisk er, og gir.

En nær venn av meg kom i en slik situasjon. Konstant hodepine som man aldri fant årsaken til, gjorde at hun stadig spiste smertestillende tabletter. Dosen og omfanget økte sakte, men sikkert. Etter hvert satte hun vekkerklokka på ringing en time før hun måtte stå opp – for å ta sin dose smertestillende og få virkningen av den før hun faktisk måtte stå opp. En dag virket ikke lenger noen typer eller mengder. Hun var kommet til et punkt hvor de

smertestillende pillene gjorde at hun følte seg sykere framfor bedre, og hun ba om hjelp. Min venninne var heldig. Hun fikk innleggelse på Ahus med nedtrapping av piller over tid – tøffe tak, sa hun, men likevel helt nødvendig.

Hun var lykkelig for å ha fått denne muligheten, da alternativet kunne blitt som for mange andre som blir avhengige av vanedannende medikamenter: tap av egen identitet, familier som går i oppløsning, barn som lider, eller at man rett og slett ikke lenger klarer å være i jobben sin. Mange ender opp med uføretrygd og et ødelagt liv.

Pillemisbruk er lettere å skjule enn alkoholisme og narkotikamisbruk. Ofte må den avhengige selv, eller de som står den avhengige nær, fortelle om et problem for at omgivelsene skal oppdage det. Dette betyr at misbruk kan pågå i årevis i det skjulte. Vi trenger en bevisstgjøring rundt bruk, kunnskap om bivirkninger, nedtrappingsmuligheter og ikke minst forebygging mot at dette kan skje.

Legene trenger større bevisstgjøring. Apotekene trenger større bevisstgjøring. Og vi, vi trenger fokus på problemstillingen. Vi kan ikke lenger akseptere, vi må reagere.

Bent Høie (H) [16:33:43]: Jeg takker interpellanten for å ta opp en viktig debatt som på mange måter egentlig dreier seg om hvordan en i større grad enn i dag skal få fastlegene til å tilstrebe det som regnes som god praksis på dette området. Det er veldig viktig det som interpellanten tar opp, at en skiller dette fra en diskusjon om det som en kan kalle for misbruk av rusmidler, og holder det til at dette i realiteten dreier seg om en feilbruk, eller et overforbruk, av legale legemidler.

Helseministeren har vært inne på en del av de områdene som diskuteres. Det er helt klart at et reseptregister vil være et avgjørende virkemiddel for å få en bedre oversikt over legemiddelbruken. Ikke minst vil det også være et hjelpemiddel for at apotekene i større grad kan følge opp det som er deres plikt etter helsepersonelloven, som også omfatter ansatte på apotek, nemlig plikt til å melde fra hvis de ser at det er en praksis fra legens side som ikke er god. Det å bruke farmasøytikkompetansen i større grad som en «second opinion» for legemiddelbruk, er et viktig virkemiddel på mange områder. Jeg tror også mange pasienter selv ville ønsket å få en legemiddelgjennomgang på apotek. Det er også viktig for dem som er på sykehjem, eller ved innleggelse på sykehus. Det vet vi virker med tanke på feil legemiddelbruk.

Det som også er viktig i forhold til fastlegenes praksis, er å ta fatt i det som på mange måter kanskje er den mest sentrale drivkraften for leger og helsepersonell generelt, nemlig det genuine ønsket om å drive sin praksis i tråd med det som er god medisin. Den motivasjonen drives ikke best gjennom kontroll og sanksjoner, men gjennom faktisk å ha muligheten til å diskutere og sammenlikne egen praksis med kollegers praksis. Derfor er det forslaget om obligatoriske kollegagrupper for fastleger som Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti tok opp i forbindelse med Samhandlingsreformen, og som også fikk tilslutning fra regjeringspartiene, en ordning som jeg tror ville kunne

ha stor betydning på dette området. Spesielt er det aktuelt hvis Legeforeningen også får gjennomslag for sitt syn om at fastlegene skal være allmennspesialister. Da vil jo alle i utgangspunktet delta i denne typen kollegagrupper, og da kan det mye enklere gjøres til en obligatorisk ordning for alle. Da vil fastleger i et område møtes jevnlig for å sammenlikne egen praksis og diskutere hva som er nasjonale retningslinjer på ulike områder, ikke minst på legemiddelområdet. Det som kanskje vil gi den enkelte fastlege nettopp tryggheten til å kunne si nei, til å kunne følge retningslinjene, er at en føler at en har et diskusjonsgrunnlag med kolleger. Det er ikke tvil om at en del fastleger som fortsatt er i enepraksis, kanskje har en større tendens til å utvikle en uheldig praksis enn fastleger som jobber på felles kontor der de har muligheten til å diskutere sine egne vurderinger med kolleger.

Men også på dette området er det viktig å se for seg hva som er alternativet til selve legemiddelbruken, for, som interpellanten var inne på, mye av denne typen legemidler er jo knyttet opp til f.eks. ulike typer livskriser. Det er et område som vi ser vokser veldig mye, også knyttet opp mot psykiske lidelser og sykefravær. Da er det etter Høyres oppfatning viktig, når en nå diskuterer utviklingen av allmennhelsetjenesten, ikke bare å se på behovet for nye fastleger, men også på behovet fastlegene har for nye kolleger som ikke er leger, men som har en annen type medisinsk kompetanse. Det kan f.eks. være psykologer og spesialsykepleiere innen psykologi som kan være de samarbeidspartnerne som legen kan bruke som et alternativ til bare å skrive ut et legemiddel, når legen ikke selv føler at han eller hun er kompetent eller har muligheten til å drive med samtalerapi, ha samtaler med pasienten – istedenfor å bruke reseptblokken.

Laila Dāvøy (KrF) [16:38:48]: Jeg vil også takke interpellanten for å ha reist denne interpellasjonen, som er svært viktig.

Jeg oppfatter at dette ofte dreier seg om vanlige mennesker som kommer i krise, og om alle aldersgrupper, eldre, demente, barn og ungdom. I likhet med forrige representant vil jeg bruke ordet feilmedisinering på dette. Det som jeg også tror er veldig viktig, er at i den pasientsikkerhetskampanjen som er igangsatt av regjeringen nå, og som er veldig bra, er nettopp feilmedisinering én av fire hovedpilarer.

Det er heller ikke bare i Norge at feilmedisinering er et stort problem. I januar i år leste jeg i danske Politiken at 740 000 mennesker i Danmark tar så mange piller at man nå skal sette i gang et stort prosjekt. Det gjelder pasienter som daglig tar mer enn seks typer medisin. Jeg er helt sikker på – uten tvil – at mange av disse er medikamenter som også er avhengighetsmedisiner, eller vanedannende. Forskjellige leger har ordinert forskjellige medisiner uten å snakke sammen, og i mange tilfeller vet legene lite om hvordan enkelte legemidler virker sammen. Det er også viktig.

Ett av tiltakene er at eldre, kronisk syke og andre som tar seks eller flere medikamenter daglig, skal få tilbud om en medisingjennomgang én gang i året, enten idet de ut-

skrives fra et sykehus, eller gjennom fastlegen. I så fall skal fastlegen få hjelp av en klinisk farmasøyt. Det finnes flere andre yrkesgrupper enn leger som har høy kompetanse, og kanskje til dels enda bedre kompetanse enn mange av legene det gjelder, i å se på hvordan ulike medikamenter virker sammen.

I dag har vi fått en ny tilsynsrapport fra Statens helsetilsyn, som sier at det ikke er trygg nok legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling. Dette gjelder eldreomsorgen. Funnene viser at det i mange kommuner ikke alltid var sørget for at personalet som delte ut medisiner, hadde kompetanse. Det var heller ikke gode nok prosedyrer for å sikre at legemiddelhåndteringen foregikk forsvarlig. Samarbeidet mellom fastlegen og hjemmesykepleien hadde også store mangler. Vi vet også at på sykehjemmene våre, i eldreomsorgen, er det en del vanedannende medisiner som skrives ut til de eldre.

Jeg har lyst til å komme inn på to tiltak som ingen har vært inne på, men som kan være interessante å gå inn i. Begge to er for så vidt i gang.

Det ene er at sykehusapoteket ved Diakonhjemmet – representanten Andersen var jo også inne på apotek – har startet et tilbud der polikliniske pasienter kan henvises av lege til en klinisk farmasøyt for en utvidet legemiddel-samtale. Her forberedes samtalen med tanke på aktuell legemiddelbruk, sykehushistorie og selvfølgelig pasientens ønsker og behov. Det er en oppfølgingssamtale etter fire til seks uker. Hver samtale dokumenteres, og lege kontaktes ved behov. Det er et spennende arbeid, som gjerne kan videreutvikles også ved vanlige apotek eller andre sykehusapotek, etter min mening.

Det andre jeg vil vise til, er Norske Sykehusfarmasøytters Forenings høringsuttalelse til den nye kommunale helse- og omsorgsloven, der de snakker om å utvikle en legemiddelgjennomgang med tanke på legemiddelrelaterte problemer. Det de foreslår der, er at dette bør bli nasjonale kvalitetsindikatorer, altså at man kan bruke dette som en nasjonal kvalitetsindikator. Det er metoder som allerede er implementert i en del tverrfaglige team med leger, farmasøytter og sykepleiere i flere sykehusavdelinger. Men dette kan gjøres om til nasjonale kvalitetsindikatorer. Vi har ikke nok av disse. Vi leter jo egentlig etter kvalitetsindikatorer i helsetjenesten som kan brukes på en god måte. Vi ser at man daglig opplever legemiddelrelaterte problemer hos pasientene i alle deler av helsetjenesten. Det finnes også noen studier som man kan gå inn og se på.

Dette er i hvert fall to tiltak som jeg tror kan være bra å videreutvikle. Det er et stort problem at mange får for høye doser – eller for lave, for den del – eller uheldige kombinasjoner av legemidler, også vanedannende.

Karin Andersen (SV) [16:43:59]: Sjøl om det ikke finnes mange tall fra Norge, er jeg helt overbevist om at det ikke er mye annerledes i Norge enn i Sverige, nemlig at de samfunnsøkonomiske og menneskelige kostnadene ved feil bruk av medisiner er meget, meget høye. Jeg har påstått noen ganger at folk blir mer sjuke av for mye medisiner enn for lite. Den påstanden tror jeg står seg godt.

Det er veldig nødvendig at man styrker veiledning og opplæring av leger. Det var nettopp det prosjektet på Hamar tok sikte på. Det var det ikke mulig å videreføre, men Legeforeningen har sjøl ment at man trenger et nasjonalt tilbud for legemiddelavhengige. Den medisinske kompetansen i dette landet tilrår oss å gjøre noe mer enn det vi gjør i dag. Det synes jeg er viktig.

Jeg forutsetter at leger kan lese i veiledningen hvor lenge et medikament kan tas. Men jeg vet at mange av dem ikke kjenner til bivirkningene, særlig ikke når det er kombinasjon av forskjellige medisiner. Jeg deltok på en stor konferanse med primærleger både i Hedmark og Oppland sammen med prosjektet Medisin mot piller, og der var det mange av primærlegene som sa at dette vet vi ikke noe om, vi kan ikke noe om det. Det hadde jo hjulpet hvis de hadde fulgt denne boken. Men uansett tror jeg vi må få opp kompetansen på virkningen av dette. Så tror jeg det er behov for mer nasjonal kunnskap her. Det har de i Sverige og Danmark, ut fra medisinske grunner for å kunne noe om virkningen.

Jeg tror jeg må gjenta meg sjøl litt til slutt. Det handler altså ikke nødvendigvis om pillemisbruk. Det handler om pillebruk. Det handler om terapeutiske doser som folk har fått av legen sin, slik at de gjør ikke noe ulovlig. De har ikke søkt rus, de har altså bare søkt lindring i en akutt situasjon, og dette påfører dem bivirkninger som igjen blir diagnostisert, gjerne som ny psykisk sykdom som de igjen får medisiner for – og så er det i gang. Det er altså i utgangspunktet ikke rus. Det er derfor jeg er så opptatt av at Helsedepartementet er nødt til å se litt på dette på nytt, for man er nødt til å ha et tilbud her som ikke ser på dette som behandling for rus. For det er ikke rus, men det kan – som flere har sagt – ende opp med et rusproblem hvis legen plutselig bestemmer seg for at nå har du fått for mye, du blir syk av det, og så slutter man fort. Så kan det ende med at folk både søker andre leger for å få større doser og det illegale markedet for å få noe som demper disse alvorlige symptomene og bivirkningene. Jeg tror ikke det er siste gang vi diskuterer dette temaet. Dessverre.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:47:23]: Også dette har vært en interessant debatt om et viktig tema, som alle har lagt vekt på. Jeg har i hvert fall sittet og lyttet med stor interesse til alle innleggene.

Representanten Wenche Olsen var veldig opptatt av at legene måtte bruke disse veiledningene og retningslinjene – og det er vi jo selvfølgelig helt enig i – og at fastlegene må ta den vanskelige samtalen, både å informere om hva medikamentet kan gi av bivirkninger, og hvordan det skal brukes, og hun minnet om at alle har behov for ulike typer medikamenter i løpet av livet sitt. Jeg tror alle *kan* få bruk for det, i hvert fall.

Representanten Kjønås Kjos ga en beskrivelse av hvordan medikamentbruk kan arte seg i hverdagen for en del mennesker. Det er en viktig påpekning.

Bent Høie understreket dette med fastlegene og at man må utvikle god praksis for et veldig sterkt samarbeid mellom fastlegene for både å utvikle kompetanse og gode me-

toder, og han påpekte det som er ganske viktig i forbindelse med Samhandlingsreformen, nemlig at man skal ha flere profesjoner av helsepersonell – flere typer helsepersonell – sammen i samme praksis. Det har i hvert fall jeg tro på: Man må inkludere ulike spesialister av sykepleiere og også ulike spesialister av f.eks. psykologer og leger. Det mener jeg er ganske viktig.

Representanten Laila Dävøy tok opp et tema som har vært mye fokusert, nemlig dette med feilmedisinering spesielt blant eldre. Det er jo skremmende høye tall som ikke bare gir indikasjoner, men som viser veldig sterkt hvor mye det fører til av både lidelser hos dem som blir feilmedisinert og veldig svekket livskvalitet. Men samtidig er det slik at når Helsetilsynet avdekker noe, ser vi at mange tar tak i problemene. Det er i hvert fall veldig viktig for nettopp å kunne motvirke det som er et veldig viktig poeng, og som også representanten Dävøy understreket, nemlig dette med hvordan ulike medikamenter virker sammen, og hva resultatene blir. Det er mange metoder, bl.a. samarbeid med apotekene; man må bruke farmasøyter i mye større grad, for det er de som er spesialistene på dette. Det er i hvert fall helt sikkert.

Så må jeg si at det er en del undersøkelser også fra Norge når det gjelder legemiddelbruk, og alle går ikke i feil retning.

Presidenten: Dermed er sak nr. 6 avsluttet.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Vi går da til votering.

I sak nr. 1 foreligger det ikke noe voteringstema.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten har Kari Kjønås Kjos satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Nav Forvaltning følger fortolkning av 2003 folketrygdloven § 9-10, hvor pleiepenger kan gis til foreldre i forbindelse med intensiv behandling og rehabilitering av barnet.»

Det voteses alternativt mellom dette forslaget og komiteens innstilling.

Venstre har varslet støtte til forslaget.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:55 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Sylvi Graham, Sonja Irene Sjøli, Kjell Ingolf Ropstad og Borghild Tenden om praksis ved tildeling av pleiepenger – vedtas ikke.

Presidenten: I forslaget til vedtak er formuleringen «vedtas ikke» av flertallet endret til «vedlegges protokollen».

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble innstillingen – med den foretatte rettelse – bifalt med 52 mot 48 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 16.59.19)

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt tre forslag. Det er:

- forslag nr. 1, fra Jon Jæger Gåsvatn på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 2, fra Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 3, fra Jon Jæger Gåsvatn på vegne av Fremskrittspartiet

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

«Stortinget ber regjeringen utrede grunnlaget for å opprettholde en særaldersgrense for legeyrket basert på faglige og forskningsbaserte kriterier.»

Venstre har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 50 mot 49 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.00.17)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 3, fra Fremskrittspartiet.

Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen endre FOR 2000-12-21 nr. 1379 kapittel 2: Forskrift om lisens til helsepersonell over 75 år, slik at eldre leger som kan utføre sitt yrke på forsvarlig vis, innvilges lisens uavhengig av det omfang eller den art deres virksomhet har eller skal ha.»

Venstre har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 74 mot 26 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.00.52)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:27 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Jon Jæger Gåsvatn, Morten Stordalen og Kari Kjønås Kjos om å fjerne aldersbegrensningen for lisens til leger – vedlegges protokollen.

Presidenten: Det voteres alternativt mellom komiteens innstilling og forslag nr. 2, fra Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen endre FOR 2000-12-21 nr. 1379 kapittel 2: Forskrift om lisens til helsepersonell over 75 år, slik at aldersbestemmelsen endres fra 75 år til 80 år.»

Fremskrittspartiet og Venstre har varslet at de subsidiært vil støtte forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti ble innstillingen bifalt med 51 mot 48 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 17.01.39)

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt tre forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Kari Kjønås Kjos på vegne av Fremskrittspartiet
 - forslagene nr. 2 og 3, fra Bent Høie på vegne av Høyre
- Det voteres først over forslag nr.1, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag i revidert statsbudsjett for 2011 om en samling av bevilgningene til «Kjøp av helsetjenester» og «Raskere tilbake» under Navs ansvarsområde til innkjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 76 mot 21 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.02.20)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 2, fra Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme en sak for Stortinget våren 2011 der midlene til «Raskere tilbake»-ordningen overføres til HELFO, som gis ansvaret for å kjøpe helsetjenester for sykmeldte som raskt kan komme tilbake i arbeid.»

Venstre har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Høyre ble med 79 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.02.45)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 3, fra Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre økonomiske insentiver i «Raskere tilbake»-ordningen, slik at helse-tjenesten blir belønnet når den sykmeldte faktisk er tilbake i arbeid.»

Fremskrittspartiet og Venstre har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Høyre ble med 57 mot 42 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 17.03.12)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:34 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Torbjørn Røe Isaksen, Sylvi Graham, Gunnar Gundersen, Sonja Irene Sjøli og Bent Høie om å redusere sykefraværet gjennom en bedre utnyttelse av «Raskere-tilbake»-ordningen – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: I sakene nr. 5 og 6 foreligger det ikke noe voteringstema.

Sak nr. 7 [17:03:46]

Referat

- (226) Oppdatering av forvaltningsplanen for det marine miljø i Barentshavet og havområdene utenfor Lofoten. (Meld. St. 10 (2010–2011))
- (227) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Gunnar Gundersen, Bjørn Lødemel, Siri A. Meling, Olemic Thommessen og Ingrid Schou om tiltak for

å bedre mulighetene til å ta vare på fredede bygninger (Dokument 8:110 S (2010–2011))

Enst.: Nr. 1 og 2 sendes energi- og miljøkomiteen.

- (228) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Borghild Tenden og Ola Elvestuen om å etablere et Wergeland-senter i Grotten før grunnlovsjubileet i 2014 (Dokument 8:108 S (2010–2011))
Enst.: Sendes familie- og kulturkomiteen.
 - (229) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kenneth Svendsen, Ulf Leirstein, Jan-Henrik Fredriksen og Oskar J. Grimstad om å innføre fleksibelt avgiftssystem for drivstoff, samt redusere avgiftene på drivstoff med 2 kroner fra 1. mai 2011 (Dokument 8:106 S (2010–2011))
 - (230) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bjørn Lødemel, Torgeir Dahl, Øyvind Halleraker og Arve Kambe om likebehandling av skipstunneler og annen infrastrukturbygging i merverdiavgiftslovgivningen (Dokument 8:107 S (2010–2011))
Enst.: Nr. 4 og 5 sendes finanskomiteen.
 - (231) Økonomiske og administrative konsekvenser av overføring av Rettsmedisinsk institutt fra Universitetet i Oslo til Nasjonalt folkehelseinstitutt. (Prop. 74 S (2010–2011))
Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen.
 - (232) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Sandberg, Hans Frode Kielland Asmyhr, Åse Michaelsen og Morten Ørsal Johansen om endring av praksis for bosetting av forvaringsdømte (Dokument 8:109 S (2010–2011))
Enst.: Sendes justiskomiteen.
 - (233) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjell Ingolf Ropstad, Dagrun Eriksen og Geir Jørgen Bekkevold om å avholde ekstra eksamen i fagene norsk og engelsk for å hindre bortvalg og sikre at flere får tatt studiekompetanse (Dokument 8:105 S (2010–2011))
Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.
 - (234) Riksrevisjonens undersøkelse av spesialundervisningen i grunnskolen (Dokument 3:7 (2010–2011))
Enst.: Sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
- Presidenten:** Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 17.05.