

Møte tirsdag den 6. desember 2011 kl. 10

President: Dag Terje Andersen

Dagsorden (nr. 29):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) (Innst. 11 S (2011–2012), jf. Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 1 S Tillegg 4 (2011–2012))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om å nedsette et offentlig utvalg som skal følge opp Ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede (Innst. 54 S (2011–2012), jf. Dokument 8:139 S (2010–2011))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg om raskere og bedre tilgang til legemidler (Innst. 64 S (2011–2012), jf. Dokument 8:146 S (2010–2011))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzschner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelsen av spesialiserte diagnoseentre (Innst. 65 S (2011–2012), jf. Dokument 8:147 S (2010–2011))
5. Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff) (Innst. 83 L (2011–2012), jf. Prop. 135 L (2010–2011))
6. Innstilling fra justiskomiteen om endringer i aksjeloven mv. (nedsettelse av kravet til minste aksjekapital mv.) (Innst. 57 L (2011–2012), jf. Prop. 148 L (2010–2011))
7. Innstilling fra justiskomiteen om anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2012–2020 (Innst. 82 S (2011–2012), jf. Prop. 146 S (2010–2011))
8. Interpellasjon fra representanten Anders B. Werp til justisministeren:

«I forbindelse med oppløsningen av DDR klarte man å sikre en stor del av Stasi-arkivet. Dette arkivet er til dels vanskelig tilgjengelig på grunn av dets kompleksitet og format. En «nøkkel» til å binde sammen materialet finnes i Rosenholz-kartoteket, som USAs etterretningstjeneste CIA har hånd om. Dette kartoteket inneholder tre typer registerkort, Formblatt: F-16, F-22 og statistikkort fra 1988. Alle tre typer kort er relevante for å få et komplett sett med «nøkler». CIA utleverer opplysningene om de enkelte lands agenter til de respektive land, men det enkelte land må selv ta initiativ overfor CIA til å få utlevert materialet fra Rosenholz-kartoteket.

Vil statsråden ta initiativ til å få alle opplysninger,

F-16, F-22 og statistikkort 1988, om Stasis totale aktiviteter i Norge utlevert fra CIA, og hvilken tilgang til dette materialet ønsker statsråden i så fall å legge til grunn for forskere, presse og allmennhet?»

9. Referat

*Minnetale over tidligere stortingsrepresentant
Anders Aune*

Presidenten: Ærede medrepresentanter!

Tidligere stortingsrepresentant Anders Aune døde 13. november, 88 år gammel.

Anders Aune ble født 1. mai 1923 i Stjørna i Sør-Trøndelag. Hans far startet arbeiderlaget i bygda, og Anders Aune ble medlem allerede som 15-åring. Etter landbrukskole og artium begynte han på studier i rettsvitenskap. Fra 1943 til 1945 satt han i tysk fangenskap, noe som ble retningsgivende for hans engasjement for fredelig samarbeid over landegrensene. Etter frigjøringen fullførte Aune studiene og ble cand.jur. i 1948.

Det som i høyeste grad kom til å prege trønderen Anders Aunes livsgjerning, var hans utrettelige innsats for Finnmark i mer enn 40 år, både som tjenestemann, embetsmann og politiker. Han var bl.a. fylkets sykehusdirektør, fylkeskontorsjef og fylkesmann fra 1974 til 1989.

Aunes politiske engasjement i og for Finnmark startet umiddelbart etter ankomsten til fylket i 1950, og allerede i 1951 ble han valgt inn i bystyret i Vadsø for Arbeiderpartiet. Han var varaordfører i Vadsø i 1951 og 1952 og ordfører fra 1953 til 1960.

Anders Aune var innvalgt på Stortinget for Arbeiderpartiet i perioden 1969 til 1973. Selv om han var stolt av å være medlem av Arbeiderpartiet, meldte han seg ut i 1989 på grunn av for stor avstand mellom partiets politikk og det han for sin del mente var nødvendige tiltak for å møte utfordringer som fiskerikrise og nedgang i folketallet i Finnmark. Ved stortingsvalget i 1989 ble Aune igjen innvalgt på Stortinget som uavhengig representant. Her fikk han gjennomslag for bedring av rammebetingelsene for Finnmark, først og fremst gjennom skatte- og avgiftslettelse, ordninger som består den dag i dag. Anders Aune regnes også av mange som arkitekten bak tiltakssonen for Nord-Troms og Finnmark.

Aune var medlem av finanskomiteen i begge sine perioder på Stortinget.

Anders Aune var kunnskapsrik, viljesterk og frittalende. I sitt dedikerte arbeid for å skape trygghet, framgang og vekst i vårt nordligste fylke sparte han seg ikke, verken som embetsmann eller som politiker.

Aune ble i 2008 hedret med en egen bauta i Vadsø. I 1985 ble han utnevnt til kommandør av St. Olavs Orden.

I ærbødighet minnes vi Anders Aune for hans samfunnsinnsats og virke i Stortinget og lyser fred over hans minne.

Representantene påhørte stående presidentens minnetale.

Presidenten: Representantene Morten Høglund, Dag-

finn *Høybråten*, *Øyvind Vaksdal* og *Sigvald Oppebøen Hansen*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Den innkalte vararepresentanten for Sør-Trøndelag fylke, *Aud Herbjørg Kvalvik*, har tatt sete.

Fra Høyres stortingsgruppe foreligger søknad om sykepermisjon for representanten *Bjørn Lødemel* fra og med 6. desember og inntil videre.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, *Jacob Nødseth*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: 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 n r. 1 [10:05:10]:

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) (Innst. 11 S (2011–2012), jf. Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 1 S Tillegg 4 (2011–2012))

Presidenten: Etter ønske fra komiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 50 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 35 minutter, Fremskrittspartiet 20 minutter, Høyre 15 minutter, Sosialistisk Venstreparti 10 minutter, Senterpartiet 10 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter og Venstre 10 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra hovedtalerne fra hver partigruppe, og inntil fem replikker med svar etter medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Bent Høie (H) [10:06:18] (komiteens leder): Norge har et godt helsevesen. De fleste pasientene får rask og god behandling. Ansatte i helsevesenet står på hver enesete dag. De trøster, lindrer og behandler mennesker i sine mest sårbare øyeblikk, enten det er triste, dramatiske eller lykkelige omstendigheter.

Men vi har også en rekke utfordringer, og jeg vil peke på følgende: Fortsatt er det slik at psykisk syke, rusavhengige og kronisk syke blir diskriminert og ikke får et like godt behandlingstilbud som de med de vanligste somatiske sykdommene.

Det skjer for mange feil og uheldige hendelser. Kunnskapssenteret mener at så mange som 4 500 mennesker kan dø årlig som følge av feil, mangler og uheldige hendelser i helsevesenet vårt. Mange av feilene er knyttet til dårlig in-

formasjonsflyt, både om pasienten og med pasienten, feil medisinbruk og diagnostisering.

Økte ventelister for å komme til behandling for alle dem som ikke får øyeblikkelig hjelp, er et stort problem, og en har fortsatt sterke tendenser til et mer todelt helsevesen, gjennom økt salg av helseforsikringer, egenbetalt behandling og privatfinansierte behandlingstilbud på områder som i utgangspunktet skulle vært prioritert på topp av det offentlige helsevesenet.

OECD-rapporten Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 slår fast at vi bruker mest penger per innbygger på helsevesenet, og vi er blant de landene med den høyeste utgiftsveksten som er studert, så pasientens diagnose kan ikke være ernæringsmangel. Det preger også heldigvis den norske helsedebatten. Det er lite debatt som har som utgangspunktet at en må bruke mer penger, og stort sett preges helsedebattene nå av hvordan vi kan forbedre tilbudet, og hvordan pengene kan brukes bedre. Det ser vi også av de ulike budsjettalternativene som er til behandling her i dag.

Utfordringen med å være det landet som bruker mest på helse – uten å ha de beste resultatene – vil forsterke seg som følge av livsstilssykdommer, en aldrende befolkning og nye kostbare behandlingsmetoder.

Men jeg er optimist. Noe av dette vil løse seg gjennom framskritt og nye medisinske løsninger. Bare tenk om alt det som i dag skjer poliklinisk, hadde krevd sykehusinnleggelse, som for bare noen få år siden, og tenk på alt det som var dyrt og nytt i begynnelsen – som nå er blitt vanlig og billig – f.eks. MR-undersøkelser. Den store delen av befolkningen som i årene framover får grått hår og grå bil, blir ikke bare seniorer, de blir også friskere, rikere og mer aktive enn sin foreldregenerasjon. På nyhetene i dag kunne vi høre at rullatoren er byttet ut med spinningmaskin. De vil bruke mer av egne penger på å holde seg friske, være aktive og å få hjelp.

Men det vil likevel være naivt å lukke øynene for disse utfordringene. Da vil vi fort kunne oppleve at vi sitter igjen med et helsevesen som ikke er bærekraftig verken økonomisk eller i forhold til arbeidsinnsats, som ikke leverer høy kvalitet, og som dermed mister legitimitet hos dem som betaler for helsevesenet vårt.

Høyre har andre svar enn regjeringen på disse utfordringene.

Intensjonene i Samhandlingsreformen deler vi, og hensikten med reformen er nettopp å forberede helsevesenet vårt på nye utfordringer. Helseministeren ønsker å framstille det som om opposisjonen er imot reformen. Det er ikke riktig. Vi ønsker bare å gjøre det på en annen måte. Vi ønsker en reform som vokser nedefra og opp, ikke ovenfra og ned. Derfor foreslår Høyre i sitt alternative statsbudsjett å erstatte regjeringens pengeflytting mellom sykehuse og kommunene med en samhandlingsmilliard. Denne skal være med på å finansiere konkrete samhandlingsprosjekter lokalt. Samtidig foreslår vi å bygge opp kompetansen i kommunehelsetjenesten, sånn at det er kompetansen og kvaliteten som styrer når kommunene tar på seg nye oppgaver, ikke tvang og økonomisk straff.

Jeg er veldig glad for den enigheten som Fremskrittss-

partiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre fant fram til ved behandlingen av stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen, som vi sto sammen om gjennom behandlingen av de to lovene og den nye nasjonale helseplanen, og som også viser klart igjen i våre alternative statsbudsjetter her i dag.

Spesialisthelsetjenesten er preget av at det nå er helseforetakene som eier pasientene. Høyre ønsker å skape pasientenes helsevesen. Vi må styrke pasientens posisjon i møte med helsevesenet. Det er i dag bare i Canada at pasientene må vente lenger for å få møte en spesialist enn de må i Norge. Det er ingen som blir friske av å vente, og en MR-undersøkelse blir ikke billigere om den tas på neste kvote. Derfor må kvoteringen av helsetjenester til folk som har rett, fjernes. Pasientene må hjelpes til å finne det tilbudet som er raskest ledig, og pasienten må få fritt behandlingsvalg.

Riksrevisjonens rapport om fritt sykehusvalg viser at en bedre utnyttelse av ordningen vil føre til reduserte ventetider og bedre utnyttelse av helsevesenets kapasitet. I et system der bukken passer havresekken, vil pasienten bli taperen. Vi har vist at dette virker før. Vi må ta i bruk den ledige kapasiteten i den private delen av helsevesenet gjennom et offentlig og privat samarbeid, der pasienten får lov til å velge. Arbeiderpartiet må gjerne kalle dette markedsenkning. Men jeg vil minne om at dette handler om pasienters mulighet til å få behandling raskt istedenfor å vente. Det er det offentlige som skal betale, uansett.

Politikere må være villige til å prioritere i helsevesenet. Da mener jeg ikke at det er politikernes oppgave å prioritere opp det som ikke gir helsegevinst, men som er kjekt å ha, mens det er jobben til dem som jobber i helsevesenet, å se pasienten i øynene og si nei til livsforlengende behandling. Vi må ha tydeligere prioritering innenfor helsevesenet. Vi må styrke rusomsorgen, psykiatri og rehabilitering. Men vi må også følge opp Lønning-utvalgets forslag om å prioritere ved hjelp av graderte egenandeler. I dag er det ikke noen sammenheng mellom helseprioriteringen, arbeidslinjen og målet om samhandling på den ene siden, og egenandelsstrukturen på den andre. Derfor er det behov for et offentlig utvalg som går igjennom egenandelene på helseområdet og foreslår endringer som bygger opp om de målene vi har satt oss for helsevesenet. I dag bruker vi store beløp på lave egenandeler for store grupper som har små helseutgifter og god inntekt, samtidig som vi ikke er i stand til å gi dem med dårlig økonomi, et godt nok helsetilbud. I dag prioriterer regjeringen i helsevesenet ved hjelp av køsystemet. Dette advarte Lønning-utvalget mot. Den største faren med å bruke kø som prioriteringsvirkemiddel, er et todelt helsevesen. De som har god økonomi, vil da kjøpe seg behandling privat og tegne private helseforsikringer, og de med vanlig eller dårlig økonomi, blir stående i kø. Det sterkeste beviset på at den rød-grønne helsepolitikken ikke virker, er at det nå i Norge er et marked for å etablere privat kreftbehandling som folk betaler for selv. Det ville vært helt utenkelig bare for noen få år siden.

Kunnskap og innovasjon kommer også i fremtiden til å endre helsevesenet vårt. Men det krever en satsing, både på

avansert medisinsk forskning, på hva som virker i kommunehelsetjenesten, og ikke minst på innovasjon i service og hvordan en kan løse komplekse oppgaver i helsevesenet. Høyre satser på forskning og utvikling på alle områder. Regjeringen går dessverre i feil retning. Fjerning av gaveforsterkningsordningen vil redusere kreftforskningen – basert bare på gaver fra Kreftforeningen – med 15 millioner årlig.

Feil og uheldige hendelser krever endringer i ledelse, kultur og system. Her har Høyre igjen fremmet et helhetlig forslag, som nå er til behandling i Stortinget.

Høyre ønsker velferd som virker. Vi ønsker et godt offentlig helsevesen som er pasientens helsevesen, og som er bærekraftig i møte med framtidens utfordringer.

Avslutningsvis vil jeg takke komiteen for et godt arbeid med budsjettet, og spesielt takke Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti for et godt samarbeid om hoveddelen av merknadene i innstillingen og alle de forslagene som vi fremmer sammen.

Presidenten: Da oppfattet presidenten det slik at representanten Bent Høie tok opp de forslag Høyre er alene om eller medforslagsstiller til.

Det blir gitt adgang til replikkordskifte.

Thomas Breen (A) [10:15:57]: I finansdebatten brukte Høyre mye tid på vår konkurransekraft og understreket viktigheten av å holde et stramt budsjett, slik at vi ikke risikerer unødvendige konkurser i eksportnæringene våre.

Sett i lys av dette er det interessant at Høyre foreslår å bevilge 2 mrd. kr som lån til helseforetakene i 2012 til oppgradering av IKT-systemene. I sitt budsjettforslag har Høyre behandlet dette lånet som en rentekompensasjonsordning hvor man har utgiftsført 35 mill. kr i 2012.

Lån til helseforetakene skal føres over streken i statsbudsjettet. Dette har Høyre ikke tatt hensyn til. Dermed har partiet nærmet seg faretruende Fremskrittspartiets økonomiske tenkemåte. Mitt spørsmål er derfor: Synes Høyre det er forsvarlig politikk å bryte med vårt budsjetteringssystem for på den måten å kamuflere en økt ekspansivitet på 2 mrd. kr og dermed bryte forutsetningen for handlingsregelen?

Bent Høie (H) [10:16:46]: Den modellen som Høyre foreslår her, er meget klok. Jeg må dessverre meddele at den er hentet fra Trond Giske, som innførte nøyaktig den samme finansieringsmodellen for utbygging av skoler og idrettsbygg i kommunene. Det som er klokt med denne modellen, er at den ikke gjør sykehusene avhengige av å spare penger på å redusere pasientbehandlingen for å investere i IKT-utstyr som er nødvendig for en bedre og mer fornuftig drift. Den fører både til effektivitet og, ikke minst til det som er kjernen i Samhandlingsreformen, bedre samhandling om og med pasienten. Det betyr at sykehusene ikke trenger å betale ned denne investeringen før etter fem år, når de allerede har fått gevinsten av investeringen.

Geir-Ketil Hansen (SV) [10:17:46]: I Høyres alternative budsjettforslag er det svært beskjedne endringer

Høyre gjør på helsebudsjettet. Hvis man ser på de totale rammene, er det kanskje knapt ½ pst. endring i forhold til et budsjett på 140 mrd. kr. I de endringene som foreslås, er det omprioriteringer, som representanten Høie var inne på i sitt innlegg – 400 mill. kr til habilitering/rehabilitering og rusbehandling som skal tas fra rammen til helseforetakene, og så foreslår man 325 mill. kr i effektivisering. I budsjettforslaget har man f.eks. ikke konkretisert hvor man skal ta pengene fra til rehabilitering og habilitering. Det er nødt til å gå ut over annen behandling, og hvor skal Høyre konkret ta disse pengene fra?

Bent Høie (H) [10:18:39]: Spøreren redegjorde delvis for det i sitt spørsmål. Vi har nemlig foreslått en kombinasjon med en klarere prioritering – som jeg også redegjorde for i mitt innlegg og som jeg mener det er nødvendig at vi tar et politisk ansvar for – en enda tydeligere prioritering av rus, psykiatri, rehabilitering på bekostning av somatikk. Det andre er at vi foreslår en effektivisering i sykehusene våre som baserer seg på en rapport som de regionale helseforetakene selv har utarbeidet, der vi tar en beskjeden andel av det som de selv mener er mulig å oppnå ved å gjennomføre en del tiltak, bl.a. nøytral moms i foretakene.

Kjersti Toppe (Sp) [10:19:27]: Tidlegare i år la Høyre fram ei innstilling om kvalitet i omsorg, der partiet dramatisk tek til orde for ein privatiseringspolitikk for helseområdet der kommersielle helseaktørar fritt skal kunne etablere seg utan ein avtale med det offentlege. Dette betyr at multinasjonale helsekonsern kan starta opp med sjukehusenester innanfor medisinske område som dei sjølve ønskjer, og i område av landet der dei ser at utsikter til fortjeneste er størst. Spørsmålet til Høyre er: Kva er vitsen med ein politisk lagd sjukehusplan, som òg Høyre går inn for, når ein samtidig opnar opp for ei storstilt kommersiell etablering av spesialisthelseteneste som det offentlege altså skal betala for, men ikkje ha innflytelse over?

Bent Høie (H) [10:20:18]: For det første er det ikke riktig at det vil være en fri etablering. Det vil være en godkjenningsordning, som det er i dag. Det er kun de som godkjennes når det gjelder tilfredsstillende kvalitet, som vil kunne tilby sine tjenester til pasienter som er blitt henvist fra sin fastlege eller fra spesialist, og som dermed har et behov for behandling. Det vil ikke være noen som ønsker å etablere tilbud der det ikke er et behov. Det var også vår erfaring da Høyre satt i regjering sist. Da vi åpnet opp for bruk av private i større grad, tilpasset de seg der det var køer, altså der det offentlige ikke løste oppgaven. Det førte til at under den regjeringen ble sykehuskøene redusert med 50 000 pasienter, mens de under denne regjeringen har økt med 70 000 pasienter. Så den politikken vet vi virker, og det vil være positivt om flere blir med og bidrar til å løse de helseutfordringene vi har i samfunnet. Det er ingen som blir friske av å stå i kø. Det er ingen som blir friske av denne regjeringens rasjoneringspolitikk overfor syke mennesker.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

Thomas Breen (A) [10:21:46]: Gode helse- og omsorgstjenester er et av fundamentene i en trygg velferdsstat. Når du blir syk, skal du være sikker på at du får god hjelp, og tilbudet skal være like godt til alle. Vi skal ha et helsevesen med høy kvalitet som ligger i front både medisinsk og teknologisk. Vi skal ha omsorgstjenester hvor den enkelte blir sett og møtt med respekt. I disse tider kan det være nødvendig å minne om at vi, som folkevalgte og politikere, har et særlig ansvar også for dem som ikke har aksjonsgrupper eller noen som går i fakkeltog for seg. Dette ansvaret tar vi best gjennom et offentlig helsevesen, og vi har et godt helsevesen. Vi ligger i front medisinsk og teknologisk. Vi behandler stadig flere, og flere får god behandling. Det er mange flere sykdommer som det nå finnes behandling for, og mange flere overlever sykdommer man tidligere døde av.

OECDs målinger viser at vi nå blir stadig bedre. Når det gjelder en rekke sykdommer, har vi klatret opp i verdenstoppen med hensyn til overlevelse. Det viser at vi er på rett vei.

Selv om mye er bra, er vi ikke fornøyd. Det er rom for forbedringer. Arbeiderpartiets måte å gjøre dette på er å tørre å sette seg ambisiøse mål. Det har vi alltid gjort. Derfor har vi i dag også et av verdens beste velferdssystem.

Jeg er heller ikke bekymret for å møte motstand for våre nye målsettinger. Høyrepartiene har historisk vært kritiske til mange av reformene som har bygd landet. Slik er det fortsatt. Vi tåler godt å bli utsatt for kampanjefjournalistikk for våre nye, ambisiøse mål for hvordan man skal ha kreftbehandlingen i framtiden. Vi tåler godt å ha opposisjonen mot oss når vi skal fortsette å omstille for å nå målet om enda høyere overlevelse av sykdommer, og vi tåler godt å ha opposisjonen mot oss når vi skal sette i gang og gjennomføre Samhandlingsreformen. Vi gjør det vi sa til velgerne: Vi satser på velferd framfor skatteutt og privatisering.

På budsjettet til neste år legger vi opp til en økning på 1,4 pst. til sykehusbehandling. Det skal gi vekst i ISF-behandlingen og økt kapasitet for rusbehandling, psykiatri, poliklinikk, laboratorier og røntgen. Det gis også lån på til sammen 350 mill. kr til investeringer. 300 av dem går til hovedstadsprosessen, 50 til ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Tromsø. I motsetning til Høyre har vi selvfølgelig dekket inn dette lånet over streken i statsbudsjettet, i henhold til regelverket. I den gjeldsuroen man har nå ute i Europa, er det viktigere enn noen gang å være ansvarlig for budsjett. Vi må føre en budsjettpolitikk som ikke risikerer å sette arbeidsplasser i eksportnæringen i fare.

Samhandlingsreformen, som starter ved årsskiftet, blir en viktig reform i årene som kommer. I neste års budsjett skal vi bruke 740 mill. kr til samhandling i seg selv i tillegg til de 5,4 mrd. kr vi overfører fra helseforetakene til kommunene. Dette vil bidra til at man skulle kunne komme godt i gang med denne viktige reformen. Her blir det viktig å lære av dem som allerede er gode på samhandling, at man skolerer seg lokalt ved å bruke KS' kurspakke, og at man kommer i gang med å utvikle kompetanse og til-

bud både på forebygging, behandling og oppfølging etter sykehusbehandling. Målet er en mer tverrsektoriell planlegging i kommunene, bedre koordinering innad i helse- og omsorgstjenestene, til det beste for pasienten.

Jeg vil også nevne satsingen vi gjør i omsorgssektoren. Selv om vi har et av verdens beste tilbud også her, er det mer som skal gjøres, ikke minst for å møte en økende aldrende befolkning. Her blir rekruttering av ansatte, kompetanseheving, sammen med kapasitet, nøkkelfaktorer. Det at vi har økt med om lag 19 000 årsverk i omsorgssektoren fra vi tok over, viser at vi prioriterer dette framfor skattelette. Til sammenligning gikk man ifølge SSB ned 1 600 årsverk i Bondevik II-regjeringens siste år. Men de satset, som kjent, på skattekutt.

Finanskrisen fra 2008 er blitt avløst av at stater er kommet i krise som følge av høy gjeld og store underskudd. Å redde banker er en enklere oppgave enn å få stater på falsk grunn. Uro og usikkerhet i ett land kan lett spre seg til land som ikke er i krise. Det er i lys av dette viktigere enn noen gang å forholde seg til verden. Vi prioriterer velferd framfor skattekutt. Vi prioriterer kvalitet og pasientsikkerhet framfor mer privatisering og fragmentering av fagmiljø. Vi prioriterer omstilling og fornying framfor enkle politiske løsninger og stagnasjon. Vi skylder våre kollegaer i våre naboland å være oss bevisst den heldige situasjonen vi er i, sett i forhold til dem. Vi diskuterer nå hvor mye vekst vi skal ha på de forskjellige områdene, mens de nå fjerner viktige goder for sine innbyggere.

Vi mener at vårt forslag til statsbudsjett for 2012 er et budsjett for arbeid og verdiskaping og velferd. Budsjettet vårt er blitt til i omgivelser av uro og stor usikkerhet. Derfor er stabilitet og forutsigbarhet ekstra viktig denne gangen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [10:26:31]: Det var mye finans. Jeg skal spørre om helse.

Regjeringspartiene viser i sine merknader til at de er tilfreds med at regjeringen har fulgt opp verdighetsgarantien på en god måte. Samtidig har flere aviser ved flere anledninger vist til at kommunene selv sier at de ikke finner noe nytt i denne garantien, og således ikke vil gjøre noe annerledes.

Er det slik at verdighetsgarantien er som kreftgarantien, altså ingen garanti, men bare en medisinskfaglig anbefaling?

Thomas Breen (A) [10:27:07]: Jeg skjønner at det er krevende for opposisjonen å få med seg hva som blir sagt av posisjonen. Nå har man i denne sal de siste to ukene en rekke ganger problematisert rundt det man selv kaller en kreftgaranti. Det er blitt presisert gang etter gang av både helseminister, statsminister og andre at det aldri har vært snakk om en garanti, men om et mål som man ønsker å nå for å bedre overlevelsen etter kreftbehandling.

Det at man setter seg ambisiøse mål, er en måte å få politisk kraft på til å lykkes med å forbedre samfunnet videre. Det er en taktikk og en teknikk, og som opposisjo-

nen kanskje burde prøve en gang, istedenfor bare å jobbe mot alt som er nytt, og med en konservativ holdning til alt som kan forbedre velferdsstaten vår.

Sonja Irene Sjøli (H) [10:28:02]: Det er avdekket store mangler i kvaliteten i tilbudet til gravide. Det er mangelfull jordmortjeneste, jordmorberedskap og følge-tjeneste i kommunene. I tillegg er det lav grunnbemanning ved fødeavdelingene, noe som i mange tilfeller fører til kvalitetssvikt. Og det kuttes i budsjettene både i kommuner og helseforetak. Dette skaper mye angst og utrygghet hos gravide og fødende, og Helsetilsynet har avdekket store mangler i barselomsorgen og mener det truer pasientsikkerheten.

Nå vil Arbeiderpartiet bruke opptil 60 mill. kr på tidlig ultralydundersøkelse på friske gravide, noe som Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet mener ikke gir noen helsegevinst for mor og barn.

Mitt spørsmål er om det ikke hadde vært bedre å bruke de mange titalls millionene på å styrke tilbudet i svangerskapsomsorgen, i fødselsomsorgen og i barselomsorgen, på tiltak som vi vet virker, som vil ha stor helsegevinst for mor og barn, og som vil skape trygghet hos de gravide, de fødende og familien.

Thomas Breen (A) [10:29:04]: Jeg deler representantens bekymring for manglende kvalitet. Jeg tror at man skal erkjenne at det er utfordringer i helsevesenet også framover, selv om mye er bra. Spesielt for dem som er gravide, er den følelsen av utrygghet kanskje ekstra belastende. Derfor har man nå fått en utvikling i Norge hvor halvparten av de norske kvinnene tar tidlig ultralyd privat. Det sier noe om den utrygghetsfølelsen de har, og behovet for å vite om det er liv i magen, eller om det er andre problemer man kan finne ut. Jeg mener at det offentlige helsevesenet må ta inn over seg den uroen de gravide føler, som gjør at de da velger å betale av privat lomme for å gå til private klinikker og ta tidlig ultralyd.

Flertallet i det nasjonale rådet kom i går fram til – riktignok med 11 mot 8 stemmer, det var en delt innstilling – at dette burde vi innføre i det offentlige helsevesenet.

Laila Dāvøy (KrF) [10:30:07]: I de generelle merknadene til budsjettet fra regjeringspartiene står det en god del om forebygging, og at Samhandlingsreformen på mange måter, slik jeg leser det, vil være helt avhengig av at man i stor grad forebygger. Når det gjelder rehabilitering, habilitering og forebygging, er det enighet blant alle partiene om at det vil bety utrolig mye å få til det hvis Samhandlingsreformen skal lykkes.

Samtidig vet vi at det pågår et utvalgsarbeid når det gjelder rehabilitering som antakeligvis ikke blir ferdig før reformen skal iverksettes. Hva skal førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten gjøre? Det er lagt lite eller ingen midler inn når det gjelder forebygging, til kommunene. Så mitt spørsmål er: Er representanten sikker på at kommunene vil kunne klare den store omstillingen dette er, når vi vet at rehabilitering ikke er på plass, og vi vet at det ikke

er satt av midler spesifikt til forebygging for å snu denne trenden?

Thomas Breen (A) [10:31:11]: Jeg er helt sikker på at mange kommuner allerede har kommet veldig langt i spørsmålet, mens andre kommuner igjen ikke har startet ordentlig på en slik prosess. Det er årsaken til at man vil innfase Samhandlingsreformen over tid. Jeg tror vi skal være ydmyke for at vi også har geografiske utfordringer knyttet til Samhandlingsreformen, for noen har nærhet til spesialkompetanse, andre er langt unna. Det betyr at vi ikke klarer å lage en felles mal for hvordan dette skal løses i hver enkelt kommune.

Jeg tror at nøkkelen for å lykkes videre med dette er at man lokalt og regionalt diskuterer hvilke kapasiteter vi trenger for å bli bedre på bl.a. rehabilitering, og hvilke kapasiteter må vi fortsatt bruke spesialisthelsetjenesten til. Så får man bruke de kommende årene til å bygge kapasitet og kompetanse lokalt på de feltene der man ser man har hull i tilbudet til sine innbyggere.

Presidenten: Replikskordskiftet er omme.

Per Arne Olsen (FrP) [10:32:26]: Til tross for at knapt noe land i verden bruker mer penger per capita på helse enn Norge, og til tross for at vi uomtvistelig har et av verdens beste helsevesen, står utfordringene i kø. Vi er alle stolte av det norske helsevesenet og det helsevesenet får til, ikke minst takket være alle de menneskene som jobber i sektoren på ulike nivåer. Men vår jobb må og skal være å gjøre det som er bra, enda bedre og gjøre det som ikke fungerer, til noe som fungerer. Det er dessverre liten trøst for de mange som venter i kø, at andre har fått behandling.

Fremskrittspartiets utgangspunkt for dette budsjettet er derfor det behov for omfattende endringer knyttet til struktur, finansiering og virkemidler som finnes i norsk helsepolitikk. Det skal på ingen måte oppfattes som noe annet enn et oppriktig forslag om å gjøre ting bedre og mer effektivt.

Behovet for økt samhandling mellom ulike forvaltningsnivå i en stadig mer spesialisert helse- og omsorgstjeneste er mer påkrevd enn noen gang. Den vedtatte Samhandlingsreformen svarer dessverre ikke i tilstrekkelig grad til utfordringene som vi, og ikke minst alle som jobber i norsk helsevesen, står overfor.

De borgerlige partiene fremmet over 40 forslag som et reelt alternativ til reformen i sin tid – forslag som var preget av uenighet når det gjaldt regjeringens forslag til finansieringsmodell. Det var et ønske om en reform på kommunenes premisser, en reform som bygges nedenfra og opp, og ikke ovenfra og ned. Det var ikke minst et ønske om en reform som hadde en realistisk tempoplan. Jeg tør minne om at 50 pst. av norske kommuner sier at de ikke vil være i stand til å iverksette godt nok fra 1. januar 2012. Vi ønsket også en reform som tok hensyn til at det skal bygges kompetanse i norske kommuner for å kunne gi et skikkelig tilbud, det tilbudet som pasientene fortjener.

Skal man en gang få et helhetlig helsevesen, er det etter vårt syn en forutsetning at det samlede finansieringsansvaret blir lagt på ett forvaltningsnivå. Derfor mener vi at finansieringsansvaret for helse- og omsorgssektoren må legges til det statlige forvaltningsnivået, noe vi allerede har gjort på andre områder, f.eks. for de arbeidsledige eller for våre pensjonister, og på den måten sikre et likeverdig pasienttilbud i hele landet og dermed også en mer effektiv og hensiktsmessig utnyttelse av ressursene.

Det er i denne sammenheng man må se vårt standpunkt om å legge ned de regionale helseforetakene, som har utviklet seg til å bli svært kostnadskrevenende og byråkratiske institusjoner.

Det er et paradoks at mens behandlingsskøene vokser, er det i dag flere ansatte som arbeider med ikke-pasientbehandlende oppgaver, enn det er leger i norske sykehus.

Vi mener altså at de regionale helseforetakene bør erstattes med et statlig sykehusdirektorat, slik at både ansvaret og planleggingen blir et statlig anliggende.

Fremskrittspartiet ser med sterk bekymring på nivået på ventelister og ventetider både innenfor ordinære spesialisthelsetjenester og ikke minst innenfor rehabiliterings-tjenesten og rusomsorgen. Vi mener det er uholdbart at et sted mellom 270 000 og 280 000 mennesker skal stå i kø i Helse-Norge, slik det var ved utgangen av 2010. Dette er spesielt betenkelig all den tid det er mye ledig kapasitet i det offentlige helsevesenet. Det er også ledig kapasitet i det private helsevesenet som ikke blir brukt av ideologiske årsaker.

Vi viser til vårt forslag hvor det foreslås en rekke tiltak for å styrke og bedre helsesektoren i 2012. Der foreslår Fremskrittspartiet å styrke pasientbehandlingen for 2012 med om lag 2,5 mrd. kr.

Som en viktig del av dette foreslår Fremskrittspartiet å likestille private og offentlige tilbydere, noe som medfører at den totale kapasiteten i helsevesenet vil bli bedre utnyttet.

Vi foreslår også å bevilge 800 mill. kr til kjøp av behandlingsskapasitet i private sykehus. Disse tiltakene vil føre til kortere ventelister og reduserte ventetider.

For å sikre økt pasientbehandling og effektivitet økes også i vårt forslag den innsatsbaserte finansieringen, ISF, fra 40 pst. til 50 pst. Dette skjer som en konsekvens av en enighet mellom Fremskrittspartiet og Høyre i forbindelse med Samhandlingsreformen. Jeg tør i den anledning minne om at under Bondevik II-regjeringen gikk ventetidene ned, bl.a. som en følge av forliket med Fremskrittspartiet som resulterte i en høyere ISF-andel. Politikken virket altså.

I Fremskrittspartiets forslag er det satt av 600 mill. kr til kjøp av medisinsk-teknisk utstyr, noe som ikke bare ville bidratt til mer moderne utstyr i sykehusene, men også bidratt til økt pasientbehandling og et bedre pasienttilbud. Samlet vil dette, etter vårt syn, gi en nedgang i ventelistene på så mye som 25 000 pasienter utover estimatene i regjeringens forslag.

Under den rød-grønne regjeringen har vi sett en nedbygging av antall rehabiliteringsplasser, og nedbyggingen

gjennomføres flere steder i landet. Dette står i sterk kontrast til regjeringens uttalte målsettinger om å satse på forebygging, habilitering og rehabilitering. I Fremskrittspartiets forslag øremerkes 300 mill. kr til kjøp av rehabiliteringsplasser, slik at kapasiteten hos både offentlige og private institusjoner – ikke minst ideelle institusjoner – kan benyttes, samt at behovet for disse tjenestene dekkes i mye større grad enn det gjøres i dag. I tillegg vil den betydelige satsingen på sykehusenes økonomi sørge for å frigjøre midler til økt satsing på rehabilitering på de ordinære budsjettene. Vi mener altså at rehabilitering er svært samfunnsøkonomisk lønnsomt, samtidig som det øker livskvaliteten for den enkelte.

Fremskrittspartiet er også av den oppfatning at regjeringen bryter sine løfter når det også i år blir foreslått å øke egenandelstaket. Økte egenandeler rammer først og fremst dem som ikke har store økonomiske ressurser, og bidrar faktisk til å øke forskjellene i Norge. I sitt forslag reduserer derfor Fremskrittspartiet egenandelstak 1 til 1 880 kr. Dette reverserer altså økningen som regjeringen foreslår.

I tillegg til dette er vi dypt bekymret for regjeringens forslag om å fjerne ordningen med skattefradrag, som i dag eksisterer, for store sykdomsutgifter. Den beste måten å skjerme kronikerne for store sykdomsutgifter på er etter vårt syn å gjeninnføre sjablongfradraget. Fremskrittspartiet foreslår derfor å gjeninnføre dette fra 2013 og reverserer regjeringens forslag til innstramming fra 2012. Vi kan på ingen måte se at når vi har en ordning som fungerer for de fleste, men som noen få ikke kan benytte seg av, så skal altså løsningen være – for regjeringen – å fjerne den for alle i stedet for å innlemme dem som falt utenfor ordningen. Det fremstår som viktigere for denne regjeringen at alle har et dårlig tilbud, enn at de fleste har et bra tilbud – forstå det den som kan.

Fremskrittspartiet er av den oppfatning at det er behov for å styrke den medisinske forskningen i Norge. I vårt forslag er det en økt innsats på forskning og utvikling i helsetjenesten. Vi presiserer at diabetes-, demens-, kreft-, ADHD- og stamcelleforskning er prioriterte oppgaver for Fremskrittspartiet.

Videre er vi av den oppfatning at Norge har mye å lære av andre nasjoner når det kommer til det vi i Norge definerer som «eksperimentell» behandling. Det er etter vårt syn et opplagt behov for å åpne for mer utprøvende behandling i helsevesenet for pasienter som ikke har nytte av ordinær behandling.

I mitt innlegg har jeg ikke dekket områder som eldreomsorg, kommunehelsetjenesten, rusfeltet og psykiatri. Det er ikke fordi vi ikke synes det er viktig – snarere tvert imot – men feltene vil bli omtalt av andre representanter fra Fremskrittspartiet.

Jeg vil også få lov til å ta opp de forslag som Fremskrittspartiet har i saken, og anser dem som referert – i tillegg til de forslag som i dag er fremmet vedrørende kreftomsorgen, som ligger på representantenes plasser, om så ikke er gjort tidligere.

Presidenten: Representanten Per Arne Olsen har tatt opp de forslag han refererte til.

Det blir åpnet for replikkordskifte.

Tove Karoline Knutsen (A) [10:42:21]: Fremskrittspartiet har alltid mye mer penger å bruke på det meste enn de fleste. Partiet melder at man vil bruke enda mer på private helsetilbud og da gjerne kommersielle aktører. Fremskrittspartiet vil faktisk likestille offentlige og private tilbydere. De store kommersielle helseaktørene er – som vi vet – internasjonale konsern med adresse skatteparadis, og for dem er det en overordnet målsetting å få maksimal avkastning på hver investerte krone. Det betyr igjen at de kommersielle tilbyderne først og fremst vil etablere seg innenfor medisinske områder der de kan tjene penger, og i de mest folketette delene av landet.

Mitt spørsmål er: Når man vil overføre så store ressurser fra offentlig til privat, kommersielt begrunnet helsevesenet, og attpåtil gi de kommersielle aktørene fri etableringsrett, hvordan skal Fremskrittspartiet forhindre en rasering av helsetilbudene til befolkningen i – skal vi si – de mer ulønnsomme delene av landet?

Per Arne Olsen (FrP) [10:43:16]: La meg først få lov til å understreke at Fremskrittspartiet prioriterer helsevesenet, og i vårt alternative budsjett gjør vi det innenfor handlingsregelens bestemmelser. Men Fremskrittspartiet er veldig klar på at det er helse og omsorg, ikke minst eldreomsorg, som er en prioritert oppgave for partiet, og det er jeg faktisk veldig stolt av.

Når vi tilfører både det offentlige helsevesenet og det private og kommersielle helsevesenet mer penger, så er det altså slik at det blir behandlet flere pasienter i Norge, og ikke færre. Det betyr at tilbudet blir bedre og ikke dårligere.

Jeg er ikke tilsvarende bekymret for internasjonale aktører som representanten Knutsen er. Jeg registrerer også at bl.a. den norske stat er en stor eier i flere av disse aktørene, og sånn sett er det viktigere for Fremskrittspartiet at pasienter blir behandlet, enn hvem som faktisk eier selskapet som behandler pasienten.

Geir-Ketil Hansen (SV) [10:44:22]: Fremskrittspartiet foreslår, ikke uventet, i sitt alternative budsjett at man skal øke stykkprisandelen i budsjettet 40–50 pst. I andre budsjetter har de også foreslått å innføre stykkpris i eldreomsorgen. De erfaringene vi har hatt med høyere stykkpris, 50–60 pst., i det tiåret vi har bak oss, har vært at budsjettene da har vært ute av kontroll – store underskudd, milliardunderskudd, som igjen har resultert i kutt i sykehusbudsjettene. Vi har også erfaring med at det har medført en dreining av pasientbehandlingen. Store pasientgrupper som kronikere, rusmisbrukere og psykiatriske pasienter er blitt tapere til fordel for mer lønnsomme pasientgrupper. Vi har dessverre de siste årene også sett eksempler på at stykkpris har stimulert til juks i budsjettene på enkelte sykehus, ved å føre for høye priser i forhold til staten – altså en rekke uheldige konsekvenser av dette, mens økt basisfinansiering har gitt bare positive resultater.

Mitt spørsmål til Fremskrittspartiet: Har de ingenting lært av de uheldige sidene ved stykkprisfinansiering?

Per Arne Olsen (FrP) [10:45:31]: Som jeg også sa i mitt innlegg, har vi faktisk lært veldig mye. Hvis representanten Hansen hadde fulgt med, hadde han visst at det var slik at pasientbehandlingen økte og køene gikk ned under Bondevik II-regjeringen, hvor man hadde høyere stykkprisandel, ISF-andel. Hvis representanten hadde lest flere av merknadene, hadde han sett at Fremskrittspartiet har påpekt akkurat de problemene som er i dagens helsevesen, med feilkoding, bevisst feilkoding, lite fleksible DRG-koder osv., så vi tar faktisk dette veldig på alvor.

Men for Fremskrittspartiet er det viktigste at pasientene blir behandlet, at køene går ned, og at mennesker kommer tilbake til arbeidslivet. Jeg registrerer at SV er mer opptatt av at vi skal bruke mindre penger på helsevesenet. Det er Fremskrittspartiet dypt uenig i.

Kjersti Toppe (Sp) [10:46:28]: Eg registrerer at Framstegspartiet er oppteke av helsekøar, men ikkje så oppteke av å førebyggja helsekøar. Det viser seg spesielt i alkoholpolitikken. Som einaste parti går Framstegspartiet imot merknaden i komiteen om at hovudlinjene i alkoholpolitikken skal liggja fast, med fokus på avgrensing av tilgang og forbruk. Dei støttar heller ikkje merknaden om at norsk reklameforbod er hensiktsmessig, med å visa til at samanhengen ikkje er vitskapeleg dokumentert.

Mitt spørsmål til Framstegspartiet er: Meiner Framstegspartiet at det er vitskapeleg dokumentert at skjenking heile døgnet, redusert pris, vin i butikk og innføring av alkoholreklame er gode verkemiddel i det rusførebyggjande arbeidet?

Per Arne Olsen (FrP) [10:47:17]: Her registrerer jeg at representanten Toppe tar et par innersvinger og henviser til at den ene merknaden vår gjelder noe annet enn det den gjør. Vår merknad om at dette ikke er vitenskapelig bevist, gjelder altså SIRUS-rapporten, som hevder at det blir mindre bråk på byen ved å stenge skjenkestedene tidligere. Der har selv en av forskerne innrømmet at dette ikke er en vitenskapelig rapport, og at det er mange andre ting som også har innvirkning på hva som skjer på byen, f.eks. kan ressursbruken fra politiet ha vel så stor innvirkning.

Fremskrittspartiet er av den oppfatning at en lovlig vare som alkohol skal og kan være tilgjengelig. Vi er opptatt av forebygging. Vi har faktisk fremmet et forslag i denne sal med over 20 punkter om forebygging, som bl.a. representanten Toppes parti ikke fant å støtte.

Presidenten: Dermed er replikkordskiftet omme.

Geir-Ketil Hansen (SV) [10:48:44]: Jeg er glad for å kunne konstatere at innenfor et relativt stramt statsbudsjett øker helsebudsjettet med vel 2 mrd. kr. Det samlede budsjettet er nå på ca. 140 mrd. kr. Det gir 1,4 mrd. kr mer til sykehusbehandling, over 1 pst. vekst i pasientbehandlingen, 6,5 pst. vekst i det polikliniske tilbudet, 120 mill. kr til 1 500 heldøgns omsorgsplasser, 150 mill. kr til dagtilbudet til demente – 500 flere får tilbud. I tillegg blir tiltak knyttet til oppfølgingen av Samhandlingsreformen økt med 150 mill. kr. Hovedlinjen i årets helsebudsjett føl-

ger de politiske prioriteringene fra foregående budsjett og prioriteringene i Nasjonal helseplan – tidlig innsats og mer penger til forebygging.

Det norske helsevesenet har høy standard. En nylig utkommet OECD-rapport bekrefter det. Norge er blant de OECD-landene som har best resultat på overlevelse av hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft, livmorhalskreft og flere andre kreftformer. Norge ligger også i verdenstoppen når det gjelder omsorgstjenester og eldreomsorg. Det er kanskje ikke et bilde som passer inn i opposisjonens beskrivelse av det norske helsevesenet. Men det er all grunn til å understreke at dette kun har vært mulig å oppnå fordi vi i Norge har basert utbyggingen av vårt helsevesen på at det skal bygges ut i hele landet, at det skal være likeverdige tilbud uansett bosted og størrelsen på pengeboken, og i tillegg at det norske helsevesenet er offentlig eid, bygd på fellesskapsprinsippene. Alternativet – et privatisert, kommersialisert helsevesen, sånn som høyresiden foreslår – hadde ikke gitt oss disse resultatene, det hadde gitt oss økte forskjeller.

Det er ikke slik at vi er best på alt, og heller ikke slik at denne OECD-rapporten skal få oss til å tro at det ikke er mangler i helsevesenet. Norge er ikke best i verden når det gjelder korte ventetider. Norge, Canada og Sverige kom dårlig ut med hensyn til ventetider i denne rapporten jeg viste til – både i forhold til spesialist, i forhold til elektiv kirurgi og i forhold til ventetid hos primærlege. Det har vi også fått presentert mange eksempler på i media den siste tiden – personer som har ventet på kreftbehandling. Derfor er det viktig at helseministeren har satt et kraftig søkelys på at ventetidene skal ned, spesielt for prioritert behandling – kreftpasienter – i bestillerdokumentene til helseforetakene og krav til regelmessig rapportering. Det arbeides også systematisk med pasientforløpet, redusert ventetid fra fastlege, diagnostisering til behandling på sykehusene. Disse utfordringene er ikke løst over natten, men målsettingene som er satt i forbindelse med kreftbehandling, skal innfris. Jeg er også glad for at den samlede ventetiden har gått ned fra 2010 til 2011. Vi er på rett vei.

Vi har også store utfordringer i forhold til sosiale helseforskjeller. Årsakene ligger i grunnleggende faktorer som økonomi, oppvekstvilkår, frafall i utdanning, arbeidsledighet og boforhold. Det er i utgangspunktet ingen god forklaring på hvorfor det skal være større helseforskjeller i Norge enn i våre naboland. Den nylig vedtatte folkehelseloven er, etter min mening, et av våre aller viktigste tiltak mot sosiale helseforskjeller. Oppfølgingen av loven, med konkrete tiltak i alle landets kommuner, på tvers av alle sektorer, vil være avgjørende for om vi over tid skal makte å redusere de sosiale helseforskjellene. Det er bevilget 144 mill. kr til folkehelse i 2012 på helsebudsjettet. Det skal komme i tillegg til det som blir bevilget i andre departementers budsjetter og i kommunene og fylkeskommunene.

Helseministeren får i 2012 et hovedansvar for å koordinere den nasjonale oppfølgingen av folkehelseloven, utarbeidelse av en nasjonal folkehelsestrategi. Det blir et svært viktig arbeid som må gis høyeste prioritet.

Samhandlingsreformen skal innføres i 2012. Det vil stille krav til både kompetanse og organisering i kommunesektoren. Kommunene får betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter fra dag én. Det har de også blitt økonomisk kompensert for. Det innføres en medfinansieringsordning for behandling av pasienter på sykehus. Det var en ordning som SV i utgangspunktet var skeptisk til, vi tvilte på effekten. Nå er denne ordningen betydelig moderert i forhold til det opprinnelige forslaget. Vi håper den vil gi den effekten som er målsettingen.

Det er grunn til å understreke at både staten og kommunene i fellesskap må bidra til at Samhandlingsreformen lykkes. Vi har ikke råd til noe annet. Problemer som måtte oppstå, skal løses i fellesskap, befolkningen skal sikres et bedre helse- og omsorgstilbud i alle landets kommuner ved innføring av den nye reformen. Det skal også iverksettes en følgeevaluering. Kommunene må få den nødvendige tid. Alt kan ikke være på plass 1. januar.

Psykiske problemer er anslått til å være den vesentligste årsaken til at 700 000 nordmenn står utenfor arbeidslivet. Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunnet ca. 70 mrd. kr per år i behandling og omsorgstiltak. Flere undersøkelser tyder på at personer med psykiske lidelser er de som har det svakeste tilbudet i kommunene og dårligst levekår.

Etter at Opptrappingsplanen for psykiatri ble avsluttet i 2010, og de øremerkede pengene ble innfaset i de ordinære budsjettene i kommunene og staten, er det positivt å konstatere at i 84 pst. av kommunene meldes det at bevilgningene til psykisk helse er videreført, og i en del kommuner også økt. Samtidig er det bekymringsfullt å lese at i 16 pst. av kommunene varsles det om kutt i budsjettene. Det er all grunn til å følge med i denne utviklingen. Hvordan vil det se ut i kommunesektoren når budsjettene for 2012 er behandlet? Øker eller reduseres andelen av kommuner som kutter i psykiatrien? Det må følges nøye opp. Opptrappingsplanen som har vært gjennomført i psykisk helse, skal følges opp, og tilbudet skal styrkes i årene som kommer. Det er intensjonen i Samhandlingsreformen. Det er det et stort behov for.

Komiteen har også i budsjettinnstillingen understreket at det blir viktig å rekruttere flere psykologer til kommunehelsetjenesten. Erfaringene viser at når det er god tilgang på psykologer, når disse samarbeider med den øvrige kommunehelsetjenesten, gir det gode resultater for mennesker med somatiske og psykiske lidelser. Derfor må det etableres gode økonomiske virkemidler for å styrke rekrutteringen av psykologer til kommunehelsetjenesten.

Det er i budsjettet også gitt en grundig beskrivelse av oppfølgingen etter terroraksjonen 22. juli. Det er svært viktig at alle som ble rammet av terroraksjonen på Utøya og i regjeringskvartalet, får den oppfølgingen som er nødvendig på både kort og lang sikt. Det gjelder dem som ble direkte rammet, og det gjelder de pårørende. Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli-hendelsen har gitt gode innspill, og det er viktig at det i framtiden blir et nært samarbeid mellom denne støttegruppen og andre som ivaretar de pårørende fra Utøya og regjeringskvartalet, i det videre oppfølgingsarbeidet.

I dag er det slik at altfor mange med rusproblemer ikke får den hjelpen de trenger. Det har vært nevnt tidligere: 4 000 venter på behandling. Rus rammer sosialt skjevt, og ruspasienter har både den høyeste sykkeligheten og den høyeste dødeligheten. Det er om lag 250 mennesker som dør av overdose hvert år – flere enn det som dør i trafikken. Men når var det sist en overskrift om overdosedødsfall? Rusmisbrukere er blant samfunnets tapere. Et av problemene med dagens rusbehandling er de store glippene mellom behandlingsnivåene og manglende samhandling mellom ulike etater. Gjennom Samhandlingsreformen arbeider vi for at ruspasienter skal sikres en helhetlig, sømløs behandlingsskjede gjennom endringer i både finansieringssystemer og lovverk. Rusavhengige må sikres et variert behandlingstilbud, herunder en økt satsing på medikamentfrie behandlinger.

Jeg er glad for at rammen til rusbehandlingen er økt med 100 mill. kr, men det er etter SVs mening behov for en forpliktende opptrappingsplan, på samme måte som den som er gjennomført for psykisk helsevern. På den måten kan vi jobbe med en systematisk opptrapping på alle områder som er viktig i rusomsorgen, fra forebygging til rehabilitering, ettervern, skadebegrensning og forskning.

Regjeringen har varslet en egen stortingsmelding om ruspolitikken. Denne stortingsmeldingen blir veldig viktig. Verdien på samfunnet vårt måles i hvordan vi behandler våre mest utsatte.

For folk flest koster det svært mye å gå til tannlegen om det kreves behandling av et visst omfang. Det har vi nylig fått beskrevet eksempler på i bl.a. Aftenposten. Statistisk sentralbyrå har sett på bruken av tannhelsetjenester. Byråets funn er som man kan forvente: Det er de rikeste med de største pengebøkene og de med høyest utdanning som går til tannlegen. Det er en historisk merkverdighet at ikke tannhelse er inkludert i det vanlige helsevesenet. Derfor er jeg helt uenig med dem som varsler at tiden for store velferdsreformer er forbi, at vår velferdsstat står på historiens topp. Vi er nødt til å få en ny tannhelsemelding som sikrer oss et tak på tannbehandlingen.

Så vil jeg helt avslutningsvis si at jeg er fornøyd med at vi har fått et helsebudsjett med vekst i et stramt budsjett, som gir mer penger til pasientbehandling på alle områder.

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

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [10:59:34]: Den 1. desember kunne vi lese på SVs nettsider og i Avisa Nordland at representanten Geir-Ketil Hansen krever psykiatriambulanser overalt. Siden SV stemte imot Fremskrittspartiets forslag om det samme for ikke så lang tid tilbake, ble jeg noe forundret, og særlig fordi SV i denne innstillingen ikke har fremmet forslag i tråd med sitt krav. Fremskrittspartiet har derfor kommet SV i møte ved i dag å fremme forslag om psykiatriambulanser over hele landet, i tråd med representantens krav.

Betyr representantens krav 1. desember at dette er en

reell lovnad, eller er det slik at SV og Geir-Ketil Hansen igjen vil stemme imot, og igjen vise at dette bare er prat og ikke reell handling?

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:00:24]: Nå har ikke SV styring med overskriftene på det som står i Avisa Nordland, men hvis man har lest teksten, så står det at vi er fornøyd med at vi har fått komiteen med oss på at det skal være psykiatrikompetanse på alle ambulansene, og at psykisk syke mennesker skal ha et tilbud som er likeverdig med det de med somatiske lidelser har, også i den akuttmedisinske tjenesten.

Jeg er veldig fornøyd med og glad for at vi har fått en enstemmig komité med på at det skal være psykiatrikompetanse. Egne ambulanser for psykisk helse er ikke mulig å innføre over hele landet.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:01:06]: Den sterke veksten i private helseforsikringer de senere årene er et resultat av økende helsekøer og lange ventetider for behandling. Mange må faktisk vente i måneder og år.

Nærmere 300 000 nordmenn har nå helseforsikring, og det har økt med 23 pst. bare det siste året. En kombinasjon av lange offentlige køer og ventetider, private ledige tilbud og den frustrasjonen som mange pasienter opplever i en usikker sykdomsfase, gjør at mange nå betaler av egen lomme for raskere undersøkelser og behandling hos private.

Regjeringens kamp mot private tilbud gjør at vi nå ser konturene av en reell privatisering og et klassedelt helsevesen, der de med penger kan kjøpe seg rask hjelp ved mistanke om sykdom, mens andre må stille seg i en offentlig kø. Det er en utvikling Høyre er sterkt imot.

Hva tenker representanten fra SV om at de gjennom sin allergi mot private tilbud faktisk bidrar til en reell privatisering av mange helsetjenester og til et klassedelt helsevesen?

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:02:12]: Den beste garantien mot et klassedelt samfunn er at vi har et godt utbygd offentlig helsevesen. Det er det som har vært norsk politikk, som jeg også oppfatter at Høyre i hovedsak har vært enig i.

En utbygging og en oppbygging av det private på bekostning av det offentlige vil svekke det offentlige helsevesenet og på den måten skape økte forskjeller. Derfor er SV for det som vi også har fått gjennomslag for, og som jeg er glad for at vi får i dette budsjettet: mer penger til pasientbehandling i det offentlige helsevesenet og at det er fokusert på å få ned køene. Ventetiden har gått ned fra 2010 til 2011. Det er den eneste veien å gå for å sikre oss mot et klassedelt samfunn.

Laila Dævøy (KrF) [11:03:07]: Representanten var opptatt av rus i sitt innlegg, og det synes jeg er veldig bra.

Vi vet jo alle at sammenhengen mellom alkoholbruk og vold er veldig påtakelig, og det er også dokumentert i stor grad. Det finnes en rapport som er kommet fra SIRUS, der man foreslår at man bør redusere skjenketidene med én

time om natten. I innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen sier regjeringspartiene at de «imøteser regjeringens oppfølging av denne rapporten».

Jeg lurer på hva det egentlig betyr. Betyr det at regjeringspartiene i Stortinget faktisk ønsker at regjeringen går for en redusert skjenketid? I så fall – hvorfor kunne man ikke sagt det litt klarere? Hva menes egentlig når man sier at man imøteser regjeringens oppfølging?

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:04:09]: Det er en debatt om dette i regjeringspartiene, på samme måte som det ville vært det hvis opposisjonen hadde sittet med regjeringen. Her er flere interesser og hensyn som skal tas. Undertegnedes mening – og jeg mener også at det er SVs posisjon – er at den riktige veien å gå er å redusere åpningstidene. Redusert tilgjengelighet gir redusert bruk av alkohol og vil i denne sammenheng også gi redusert vold. Derfor er jeg helt enig med spørderen – det er den riktige veien å gå.

Presidenten: Replikskordskiftet er omme.

Kjersti Toppe (Sp) [11:04:50]: Vi som bur i Noreg, er privilegerte. Vi har eit godt utvikla helsevesen. Mange tilbud som vi for berre ein generasjon sidan ikkje kunne venta å få, blir i dag oppfatta som sjølvagde. Vi har høgt kompetente helsearbeidarar både i kommunar og på sjukehus. Nordmenn har òg relativt sett god helse. Vi lever lenge, og helsetilbodet er i verdsklasse.

Likevel oppfattar mange at ressursane ikkje strekk til. Pleie- og omsorgstilbodet i kommunane får stadig kritikk, sjølv om vi samanlikna med andre land er heilt i øvre klasse når det gjeld både personellinnsats og institusjonsbygging.

Det er stadig krav om nye tilbod og forbetringar i spesialisthelsetenesta. I eit av verdas rikaste land er det kanskje ikkje noko anna å venta. Vi skal ha store forventningar til helsetilbodet vårt, og vi skal krevja at vi ligg i front. Eg trur likevel at vi med tida må ta ein mykje grundigare prioriteringsdebatt innan helsefeltet. Inntil no har debatten vore prega av at helseressursane tilsynelatande ikkje har nokon ende. Den medisinske utviklinga går fort, og det er ikkje lenger teknikken som er avgjerande – heller kanskje etikken. Då må vi ta debatten om kva det offentlege skal ta ansvar for. Vi må ta stilling til om nye helsetilbod er rett prioritering opp mot andre offentlege oppgåver, og om det fører samfunnet og folkehelsa framover.

Statsbudsjettet for 2012 markerer med innføringa av Samhandlingsreforma ei viktig omstilling av helsevesenet i Noreg. Dei siste åra har det utvikla seg ein ubalanse mellom den statlege og den kommunale helsetenesta som ikkje har vore til pasientane sitt beste. Spesialisthelsetenesta har prega både helsebudsjett, utdanning, forskning, organisering og finansiering innan helse. Høgspissa fagmiljø har hatt høg prestisje, mens grunnleggjande breiddekompetanse, som tek seg av dei fleste pasientane, og som førebyggjer sjukdomsutvikling, har blitt mindre verdsett. Førebyggjande arbeid har rett og slett blitt nedprioritert. Dessutan har ubalansen i den statlege og kommunale helsetenesta i realiteten oppmuntra til eit overforbruk av

spesialisthelsetenester. Fleire hevdar at nettopp dette har bidrege til at vi i dag har helsekøar i Noreg. Helsearbeidet som skjer i kommunane, skal derfor styrkjast.

Fastlegar og legevaktlegar har ein viktig portnarfunksjon inn mot spesialisthelsetenesta. Dei siste åra har likevel nye legeårsverk i all hovudsak tilkome spesialisthelsetenesta.

No er det kommunehelsetenesta sin tur. Samhandlingsreforma sin intensjon er nettopp å styrkja kommunehelsetenesta. For å byggja opp under denne endringa blir det frå nyttår innførte to nye lovverk og ei omlegging av finansieringa. I fyrste omgang er dei økonomiske ordningane avgrensa til somatiske pasientar, og det betyr at kommunane får økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar og medfinansieringsansvar for sjukehusinnlegginga. Målet er at det skal bli lønsamt for kommunane å byggja opp eigne tilbod som skal vera eit alternativ til pasientane før innlegging, i staden for innlegging, eller etter innlegging på sjukehus, dersom pasientane der får eit like godt eller betre tilbod som på sjukehusa. Særleg er det gode erfaringar ute med å oppretta tilbod som tek imot pasientar som blir skrivne ut frå sjukehus.

Kommunane skal òg i løpet av nokre år få ansvar for å oppretta heildøgnss plassar for fyrstehjelp. Desse kan svært gjerne lokaliserast til lokalmedisinske senter.

Samhandlingsreforma sin intensjon er å lyfta fram førebyggjande helsearbeid og dei pasientgruppene som har vore sårbarare i dagens system. Det gjeld ruspasientar, pasientar med psykiske lidningar, det gjeld eldre og dei med kroniske sjukdomar. Det overordna målet med den raudgrøne helsepolitikken er å kanalisera helsepengane slik at dei ikkje skapar meir sosiale helseskilnader, men yter mest hjelp til dei gruppene som treng det mest. Det finst rapportar som indikerer at det motsette skjer, t.d. at legar brukar mest tid og ressursar på pasientar med høgast utdanning og høgast inntekt, at fritt sjukehusval er ei ordning for dei ressurssterke og dei yngste. Pasientrett og fritt sjukehusval må derfor aldri bli eit mål i seg sjølv. Fokus på rettar og klagemoglegheiter har aldri lyfta fram dei minst ressurssterke gruppene i samfunnet, men favorisert dei andre. Marknadstankegangen i helsevesenet, som særleg Framstegspartiet og Høgre er tilhengarar av, har altså sine tydelege baksider og må ikkje framelskast.

Det siste året har det vore stort fokus på pasienttryggleik. Sjølv om vi har eit sterkt og godt utvikla helsetilbod, skjer det urovekkjande mange feil og manglar. Det skjer i kommunane, og det skjer på sjukehusa – både store og små. Vi sviktar ofte på det reint banale. Det gjeld feilmedisinering, det gjeld sjukehusinfeksjonar, og det gjeld dårleg kommunikasjon. Eg registrerer at regjeringa har teke tak i dette. Det er gjort ulike nye tiltak, m.a. er det starta opp ei nasjonal kartlegging av omfanget av pasientskadar, og pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender» starta opp i fjor. Eg er svært glad for at regjeringa satsar seriøst på betre pasientbehandling og førebygging av pasientskadar i norsk helsevesen.

Ein slår fast at kvalitetsarbeid og pasienttryggleik er eit leiingsansvar. Helsetilbodet blir målt på kvalitet. Kvalitetsarbeid skal få like stort fokus i kommunane og helse-

føretaksstyra som det økonomistyring har hatt. For å skape god pasienttryggleik er det veldig viktig at helsevesenet opparbeider seg ein læringskultur og har openheit om det som skjer. Det er òg varsla ei eiga stortingsmelding om kvalitet og pasienttryggleik, og eg ser fram til at ein der kjem til å omtala pasienttryggleiksarbeidet breitt.

I 2012 blir ei ny folkehelselov innført. Lova er basert på fem grunnprinsipp: Helse i alt vi gjer-prinsippet, føre-var-prinsippet, prinsippet om berekraftig utvikling, prinsippet om utjamning og prinsippet om medverknad. Slik skal folkehelselova gi oss eit nytt fundament for systematisk folkehelsearbeid i Noreg og eit betre grunnlag for samordning mellom departement og på tvers av sektorar. Ansvaret for folkehelsearbeidet blir lagt til kommunane og ikkje berre til helsetenesta. Departementet skal utarbeida ein gjennomføringsplan for lova som skal omfatta økonomiske verkemiddel og tiltak, for å utvikla eit betre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet. Eg tek opp dette fordi eg meiner folkehelselova er ein milepåle i folkehelsearbeidet i Noreg og ein sentral del av helsesatsinga til den raud-grøne regjeringa.

2012 er startåret for den omlegginga av helsepolitikken som det har vore snakka om lenge: Vi skal førebyggja meir for å kunna reparera mindre. Det vil på sikt gi betre liv med mindre sjukdom og helseplager for svært mange. Vi må få fleire til å slutta å røykja. Då får samfunnet ein gevinst på 2–3 mrd. kr i året for kvar prosent som røykjardelen går ned. Sverige ligg 5 prosenteningar under oss. Vi må redusera førekomst av livsstilssjukdommar som kjem av aukande fysisk inaktivitet, usunt kosthald og rusmisbruk. Vi er sikre på at vi er på rett veg når vi lèt kommunane få eit ansvar for å gi hjelp til dei som manglar kunnskap, og som treng hjelp til å leggja om sine vanar. Vi vil at fastlegar skal skriva ut fleire frisklivsreseptar i staden for medisinsreseptar, og at det blir oppretta fleire gode, lokale frisklivstilbod. Vi er utolmodige etter å få gjennomført dei mange gode bidraga frå staten si side som er nok utgreidde: auka løyvingar til gang- og sykkelveggar, avgrensingar i privatbilismen i byane og at sunne matvarer skal bli billigare og usunne dyrare.

«Politikk er intet annet enn medisin i stort.» Dette sa sosialmedisinens grunnleggjar Rudolf Virchow for 150 år sidan. Med det meinte han at politikk er å fordela levekår og verdiar – og dermed helseføresetnader – mellom grupper i samfunnet. Den viktigaste helsesatsinga skjer altså ikkje i helsebudsjettet. Når vi gjennom statsbudsjettet elles er med på å fordela levekår, slik som inntekt, arbeid, utdanning, bustad, mat og miljø, fordeler vi òg rammevilkår for helse. Folkehelsa heng altså nært saman med korleis samfunnet er organisert. Eit samfunn med minst mogleg forskjellar gir betre helse i befolkninga. Sosial tryggleik er blant dei mest grunnleggjande føresetnader for god helse og lik fordeling av helse.

I dag skal vi debattera helsebudsjettet, og posisjonen og opposisjonen kan vera ueinige om mange forhold. Men det som er det aller mest grunnleggjande, er den delen av helsepolitikken som eg nemnde no på slutten – der er den raud-grøne regjeringa aller mest overlegen og etter mitt syn heilt suveren i forhold til opposisjonen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [11:14:05]: Regjeringspartiene vil redusere bruken av sukker og salt. Tidligere sto fett også på denne listen, men siden Senterpartiet har sørget for at Tine er markedsregulator, har jo smøret forsvunnet både fra listen og fra butikkene.

Nå finnes det utallige krystallinske ioneforbindelser som kan omtales som salt. Hvis det menes natriumklorid, er det da akseptabelt med salt med lavere natriuminnhold, og skiller man på steinsalt og havsalt bl.a. med hensyn til jodinnhold? Når det snakkes om sukker, menes det da $C_6H_{12}O_6$ eller $C_{12}H_{22}O_{11}$?

Vi vet jo at vanlig sukker består av en del fruktose og en del glukose som spaltes i magen, og at insulin og leptin reagerer annerledes på fruktsukker enn på andre karbohydrater. Fruktosukker er som kjent et lipogent stoff som finnes i frukt, bær og grønnsaker. Det øker produksjonen av fettstoffer. Hva er det regjeringspartiene egentlig vil redusere, og hvordan vil de gjøre det?

Presidenten: Presidenten skal se om representanten Toppe greier å svare på det.

Kjersti Toppe (Sp) [11:15:02]: Eg registrerer at nokon har betre tid til å førebu sine replikkar enn andre!

Det var eit veldig detaljert spørsmål om diverse kjemiske sambindingar, men i det store og heile er vårt poeng at kosthaldet i befolkninga er for usunt, og vi må tilretteleggja slik at det blir meir sunt. Det er eigentleg så enkelt. Det kan vi gjera med økonomiske verkemiddel som sukkeravgift, og vi kan òg gjera det med andre tiltak.

– Så skal eg gå heim og lesa dei forskjellige kjemiske formuleringane til neste replikkrunde!

Eivind Nævdal-Bolstad (H) [11:15:53]: Representanter fra regjeringspartiene har i lang tid reist landet rundt for å fortelle at Samhandlingsreformen skal sørge for et bedre helsevesen. Satsing på habilitering og rehabilitering har vært hovedparolene, slik representanten Toppe var inne på i dag.

Reformen innføres fra nyåret, og samtidig kuttes det i rehabiliteringstjenestene i helseforetakene – uten at et tilsvarende tilbud er på plass. Ved Mork Rehabiliteringssenter i Volda, som representanten Toppe kjenner til, starter nedbyggingen nå, og den skal utfases over få over – dette til tross for gode resultater og fornøyde pasienter.

Hvordan kan representanten Toppe og Senterpartiet forsvare nedbyggingen av rehabiliteringstjenestene i distriktene all den tid det uttalte målet er å bygge opp rehabiliteringstjenesten?

Kjersti Toppe (Sp) [11:16:54]: Det er heilt sant som representanten seier, at det er eit mål med Samhandlingsreforma at ein skal få eit betre rehabiliteringstilbod. Det er òg eit mål at ein skal få meir rehabilitering i kommunane. Det har eg sett veldig mange gode eksempel på, og det må vi få meir av.

Så er det òg eit paradoks at Senterpartiet blir stilt til

veggs for noko som er helseforetakas praksis. Høgre var med på vedtaket der vi lét styringa av spesialisthelsetenesta skje i ein føretaksmodell. Eg vil berre seia at vi skal ikkje akseptera at tilbod blir bygde ned utan at det er bygt opp tilsvarende, anten i kommunane eller andre plassar i helseforetaket.

Laila Dāvøy (KrF) [11:17:54]: Psykologforeningen har sagt at psykisk helse er satt på vent, og de viser til Samhandlingsreformen. I tillegg har 16 pst. av kommunene våre sagt at de planlegger å redusere tilbudet innenfor psykisk helse til neste år på grunn av økonomiske forhold.

Mitt spørsmål til representanten er om dette bekymrer, og hva kan man gjøre fra regjeringens og Stortingets side for å hindre en slik utrolig negativ utvikling, som spesielt vil ramme barn og unge?

Kjersti Toppe (Sp) [11:18:38]: Om ein ser på tala dei siste fem–ti åra, er det få område i helsevesenet som har fått så stor vekst som innanfor psykiatrien, og det er ei villa utvikling, og det er vi glade for. Så har det blitt innlemma i rammetilskotet, og vi følgjer den utviklinga veldig tett. Dei står òg i regjeringas eigen tekst, desse tala representanten Dāvøy nettopp viste til, at 16 pst. av kommunane varslar at dei vil kutta i tilbodet, og 84 pst. seier dei vil auka eller vidareføra det.

Det er klart at vi er – eg er ærleg på det – bekymra for det, og denne utviklinga må vi følgja veldig tett i dei månadene og det året som kjem.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Laila Dāvøy (KrF) [11:19:44]: Kristelig Folkepartis alternative budsjett har en profil som særlig fokuserer på barn og eldre, samtidig som budsjettet har en sosial profil som bygger opp under tanken om å gi mer til dem som trenger det mest.

Kristelig Folkeparti mener at eldre mennesker må sikres rett til verdig omsorg. Det betyr en sykehjemsplass når du trenger det, mulighet for aktivitet, mulighet for å komme ut og rett til lindrende behandling ved livets slutt, for å nevne noe. Det skal være en persons behov for sykehjemsplass som skal være det avgjørende, ikke hvor mye penger den kommunen personen bor i, har tilgjengelig for øyeblikket. Dette er et helt avgjørende punkt i avtalen om en verdighetsgaranti og en eldreomsorg som Kristelig Folkeparti inngikk med regjeringspartiene og Venstre i 2007. Regjeringen følger ikke opp garantien godt nok, slik jeg ser det.

Det er behov for et krafttak i eldreomsorgen. Det er behov for å ta problemene og utfordringene på alvor. Kommunene forteller om et stort behov for mer penger bare for å ta unna for demografiutgiftene. Helsearbeidere forteller om et behov for flere ansatte bare for å dekke alle vaktene, og for å gjøre det de mener er nødvendig. De eldre forteller om behovet for sykehjemsplasser, slik at flere kan få tilbud om plass, noe som burde vært en lovfestet rett.

Kristelig Folkeparti har i sitt alternative budsjett, foreslått å øke bevilgningen til kommunene med nær 1 mrd. kr

utover regjeringens forslag. Dette skal bedre den nåværende situasjonen og gi kommunene mulighet til både å bygge nye sykehjemsplasser, øke antall forebyggende tiltak og sikre et godt tjenestetilbud til hele befolkningen.

Kristelig Folkeparti er partiet som har plass til dem som trenger hjelp til mye. Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er for noen helt avgjørende for å ha selvstendighet og uavhengighet. Det er derfor uforståelig at regjeringen fremdeles somler med å legge fram et forslag om individuell rett til brukerstyrt personlig assistanse, BPA – en rett Kristelig Folkeparti mener barn som trenger det, bør ha helt fra fødselen av. Det vil bidra til at familiene får større valgfrihet, nærhet og mer samvær, bl.a. fordi de kan velge å ha assistanse hjemme, slik at barnet også kan bo hjemme hvis familien foretrekker det, hvis det er BPA de ønsker.

Personer som har nedsatt funksjonsevne må, som alle andre, få leve slik de selv ønsker. Livskvalitet og mestring i hverdagen må være målet, og BPA er et av midlene for å nå det. Derfor foreslår Kristelig Folkeparti en økning på 150 mill. kr for å bedre tilbudet om BPA i vårt alternative budsjett. Vi mener retten til BPA også er å sette menneskeverd i sentrum.

Kristelig Folkeparti er også partiet som har plass til dem som er psykisk syke. Rundt en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid en psykisk lidelse eller/og et rusproblem. Til enhver tid anslås at ca. 15–20 pst., dvs. én av fem barn mellom 3 og 18 år, har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser. Da er det svært alvorlig at det kommunale psykiske helsetilbudet svekkes, særlig blant barn og unge, når vi samtidig ser flere undersøkelser som tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er de som har det svakeste tilbudet i kommunene, og dårligst levekår. Jeg nevnte i mitt spørsmål at så mange som 16 pst. av kommunene sier at de vil redusere tilbudet ytterligere. Dette må ikke skje.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktige arenaer for å forebygge helseplager hos barn og unge, da særlig psykiske lidelser. Etter at øremerkingen forsvant, og bevilgningen til skolehelsetjenesten i stor grad ble slukt av rammeoverføringen til kommune og fylkeskommune, har skolehelsetjenesten hatt en usikker fremtid. Skoler med mange hundre elever kan ikke tilby mer en noen få minutter med helsesøster. Ungdom som trenger en å snakke med mandag morgen, møter en stengt dør med beskjed om å komme tilbake fredag etter lunsj. Kristelig Folkeparti vil styrke skolehelsetjenesten med 50 mill. kr.

Kristelig Folkeparti er også et parti som ønsker å gjøre livet lettere for dem med et rusproblem. Det er helt avgjørende at flere rusmiddelavhengige får et behandlingstilbud raskere. Tusenvis står i kø, samtidig som ideelle rusinstitusjoner har ledig kapasitet. Derfor foreslår Kristelig Folkeparti i sitt alternative budsjett 75 mill. kr til rusbehandling i institusjoner som ikke har fått avtale med regionale helseforetak, og 10 mill. kr til rusforebygging i frivillig regi.

Alkoholkonsumet i Norge er økende, mens utviklingen går i motsatt retning i flere land i Europa. Vi vet at alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de fleste sosiale og

helsemessige skadene, og er den nest viktigste risikofaktoren for sykdom og tidlig død. I tillegg viser forskning at mellom 60 og 80 pst. av voldstilfellene i Norge er relatert til alkohol. I en undersøkelse gjort av SIRUS sier nesten 1,5 millioner voksne nordmenn at de er blitt plaget av andres alkoholbruk i løpet av det siste året. Andre undersøkelser viser at 300 000 kvinner hvert år er redde for fulle personer på offentlig sted, og at så mange som 47 000 kvinner hvert år blir fysisk skadet av mennesker som er alkoholpåvirket. SIRUS opererer med at om lag 70 000 skader og ulykker kan relateres til alkoholbruk.

Dette alene burde være grunn god nok til å regulere alkoholsalget i Norge i noe større grad. Vi vet også at redusert skjenketid gir redusert vold, og at redusert skjenketid er ønsket bl.a. av – ja også av SV og av Kristelig Folkeparti – politiet, Helsedirektoratet, Legeforeningen, ambulanspersonell, legevakten, Natteravnene og en rekke andre aktører som møter voldsproblematikken hver eneste helg. Mitt spørsmål er: Hva er det vi venter på?

Samhandlingsreformen er en svært viktig reform, og kan betegnes som en omveltning av helsetilbudet i Norge, der mer av ansvaret og flere oppgaver flyttes fra de regionale helseforetakene til kommunen. Jeg er enig i dette. Men nå, kun noen uker før reformen skal implementeres, er en rekke spørsmål ubesvart. Flere kommuner lurer fremdeles på hva som ligger i betegnelser som «øyeblikkelig hjelp», «utskrivningsklare pasienter» og «folkehelseansvaret», og økonomien er usikker flere steder.

For å løse de nye oppgavene som kommunene får om noen uker, må de ha klart både fasiliteter og kompetanse. Allerede i dag må mange kommuner la økonomiske hensyn veie tyngre enn kvalitet og faglig standard på tjenestene. Dette er på grunn av en presset kommuneøkonomi, sier de selv.

Hvor mange kommuner er egentlig helt klare når reformen trer i kraft om under fire uker? Og hva skjer med de kommunene som ikke er klare? Det sies at reformen skal gjennomføres litt etter litt, men de finansielle virkemidlene starter allerede 1. januar 2012. Det er ikke noen forsiktig gjennomføring der, med unntak av øyeblikkelig hjelp, som jo skal innføres over tid.

Til slutt litt om situasjonen i Helse Sør-Øst, og i særdeleshet situasjonen ved Oslo universitetssykehus. Vi har de siste månedene sett pasienter, ansatte, tillitsvalgte og tilsynsmyndigheter som er bekymret for pasientsikkerheten på Oslo universitetssykehus i forbindelse med den store omstillingen som er i gang. På søndag meldte også helseombudet sin bekymring, og i går var det demonstrasjoner utenfor Stortinget. Alle er enige om én ting: Sammenslåingen må ikke være et prestisjeprosjekt som bokstavelig talt «på død og liv» må gjennomføres i ekspressfart.

Undersøkelser viser at syv av ti av de ansatte ikke tror at Oslo universitetssykehus klarer å nå de ambisjonene som ligger til grunn for sammenslåingen. IKT-systemene snakker heller ikke sammen. I tillegg kommer nedbemanning og store kutt i budsjettene. Barn og unge går med store smerter mye lenger enn nødvendig, og en rekke pasienter blir ikke behandlet innenfor fristene. Samhandlingsrefor-

men kommer også til Oslo universitetssykehus 1. januar 2012.

Sammen med de andre opposisjonspartiene har Kristelig Folkeparti foreslått noen tiltak, og jeg skal bare nevne to. Det ene er stedlig ledelse. Ledere som opererer på avstand, blir gjerne ikke tydelige nok. Dette kan føre til manglende effektivitet, manglende styring av økonomien og manglende involvering av de ansatte i pågående prosesser. Vi tror at det er det som skjer, dessverre, på Oslo universitetssykehus.

Det andre forslaget går ut på IKT. Når IKT-systemene svikter, kan det gi alvorlige følger for pasientene. Opposisjonspartiene ønsker en massiv satsing på IKT i hele Helse-Norge. Gode datasystemer hjelper gode leger med å gi god behandling, noe som igjen bidrar til økt trygghet og velferd. Og det er dette det bunner i: trygghet og velferd gjennom kunnskap og omsorg. Gode mennesker som gjør godt mot andre, er det hele helsevesenet er bygget på. Det er det vi som politikere må bygge opp under.

Jeg håper de gode forslagene som opposisjonen har kommet med, kan vurderes av regjeringspartiene. Det er fryktelig vanskelig som opposisjonsparti å komme med gode forslag. Stort sett sier man nei. Men det er godt ment, og det er til beste for pasientene.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:30:09]: Jeg skal ta opp tråden fra en tidligere replikk, fra representanten Dávøy til undertegnede, om SIRUS-rapporten, om rus og om forebygging av vold, bl.a.

Jeg minner representanten Dávøy om at Oslo kommune kan innføre de foreslåtte tiltakene i SIRUS-rapporten i morgen om de ønsker det. Kristelig Folkeparti er med i byrådet i Oslo kommune, så jeg vil gjerne ha en kommentar til akkurat den problemstillingen med hensyn til de signalene som kommer fra Høyre og Fremskrittspartiet om ruspolitikken og stengetider.

Jeg vil spørre representanten Dávøy om hvordan hun ser for seg at Kristelig Folkeparti skal få gjennomslag for sin politikk i et bredt borgerlig samarbeid med Høyre og Fremskrittspartiet.

Laila Dávøy (KrF) [11:30:58]: Nå har jo jeg erfaring fra å sitte i regjering med Høyre og Venstre, og jeg mener at vi førte en veldig god alkoholpolitikk. Jeg har ikke erfaring med Fremskrittspartiet. Jeg skjønner spørsmålet, og jeg skjønner at SV synes det er kjempevanskelig å sitte i regjering og ha en noe annen politikk enn den det største partiet kanskje har.

Når det gjelder Oslo, håper jeg inderlig at også Oslo vil kunne gjennomføre reduserte skjenketider. Grunnen til at vi ønsker at det skal gjøres fra regjeringshold, er at da vil alle kommunene måtte forholde seg til det. Vi gir da et veldig sterkt signal nasjonalt fra denne forsamling om at vi faktisk tar på alvor den voldsutøvelse som kommer av alkoholbruk, og nattetider i de store byene er dette et kjempeproblem. Det er mitt svar. Jeg ønsker bare lykke til og håper at SV står sterkt på dette i regjering.

Jorodd Asphjell (A) [11:32:14]: Kristelig Folkeparti har funnet sammen med Høyre og Fremskrittspartiet på en rekke områder i helse- og omsorgsbudsjettet for 2012. Kristelig Folkeparti har også meldt at man vil gå i regjering sammen med Fremskrittspartiet og Høyre etter valget i 2013, dersom valgresultatet tilsier det. Det er vel slik at får man ikke den man elsker, må man elske den man får i dette samfunnet.

Vil vi nå se et Kristelig Folkeparti som, i likhet med høyrepartiene, er mer opptatt av å privatisere og kommersialisere norsk helsevesen, slik at de som har god økonomi og god tilgang på private helsetjenester, kan kjøpe seg gode helsetjenester på bekostning av et likeverdig helsetilbud i hele landet?

Laila Dávøy (KrF) [11:32:59]: Svaret er ganske enkelt nei. Når det gjelder samarbeid etter 2013-valget, hører det ut som om representanten vet mer om dette enn det jeg som står her, vet. Dette skal diskuteres i vårt parti. Så kommer man tilbake til det etter valget i 2013 – eller kanskje før, vi får se.

Kjersti Toppe (Sp) [11:33:32]: Først vil eg begynna med å rosa Kristeleg Folkeparti fordi dei i sitt budsjett foreslår ei omlegging av momssystemet. Dei foreslår auka moms på sukkerhaldige drikker og brus, som ein skal nytta til å redusera momsen på frukt og grønsaker. Noko liknande har vi i Senterpartiet i vårt program. Så ser eg at Kristeleg Folkeparti samtidig går inn for å ta vekk gratisordninga med frukt til ungdomsskular og kombinerte skular.

Spørsmålet mitt går på denne prioriteringa. Kristeleg Folkeparti har vore med oss i tidlegare budsjett og problematisert ei abonnementsordning, fordi ho ser ut til å kunna føra til auka sosiale helseforskjellar. Spørsmålet er korleis ein då kan gå inn for å gjennomføra ei abonnementsordning på alle skular.

Laila Dávøy (KrF) [11:34:32]: Dette er en beslutning som Kristelig Folkeparti har tatt i forbindelse med budsjettet. Vi ønsker ikke lenger å videreføre gratisordningen, og vi har i budsjettinnstillingen begrunnet hvorfor.

Når det gjelder abonnementsordningen, har grunnen vært at vi ikke ønsker å ta bort muligheten, for frukt og grønt er faktisk viktig. Men vi ønsker altså å prioritere dette på en annen måte, gjennom en reduksjon i momsen. Håpet er da at folk flest skal få bedre råd til å kjøpe frukt og grønt enn de har i dag.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed omme.

Abid Q. Raja (V) [11:35:36]: Venstre er ikke representert i helse- og omsorgskomiteen. Jeg håper det er midlertidig. Vi har derfor ikke hatt mulighet til å fremme Venstres posisjon i innstillingen vi nå behandler. På samme måte som da Stortinget tidligere behandlet andre komiteers budsjett, har Venstre valgt ikke å fremme bevilgningsendringer under enkeltposter i henhold til våre prioriteringer i salen i dag. Vi stemmer derfor for regjeringens budsjettforslag som en konsekvens av at vårt forslag til al-

ternativt budsjett under rammeområde 15 falt i forbindelse med Stortingets behandling av finansinnstillingen.

Helsesektoren gjør en fantastisk jobb hver eneste dag over hele linjen, men det er dessverre vår oppgave som politikere å prioritere også på helsesektoren. Jeg vil bruke taletiden til å trekke fram to av Venstres prioriteringer i helse- og omsorgsbudsjettet. Det er helsesøstertjenesten og rusomsorgen. Det ene handler om treffsikker forebygging, det andre handler om en av de svakeste gruppene i Norge.

Først vil jeg si litt om hvilke endringer som skal tre i kraft fra nyåret, hva Venstre kutter i, og hvorfor, i vårt budsjett.

I juni behandlet Stortinget oppfølgingen av Samhandlingsreformen. Intensjonene med reformen er gode, og utfordringene den skal møte, er store. Derfor er vi i Venstre opptatt av at reformen gjennomføres. Men Venstre mener endringene som trer i kraft fra 1. januar 2012, gir usikkerhet. En viktig del av Samhandlingsreformen er en overføring av helseoppgavene til kommunene og et bedre fokus på forebygging og behandlingstiltak tidlig i sykdomsforløpet.

Skal vi ha forsterkede institusjoner i kommunene og styrke primærhelsetjenesten, må kommunene gjøres i stand til det. Det mener vi ikke har skjedd. Venstre har tro på at større kommuner kan tilby bedre helse- og omsorgstjenester, men vi frykter at reformen blir mislykket dersom små kommuner, kommuner med liten kompetanse, blir pålagt oppgaver de ikke er i stand til å overta. Da kan vi risikere at vi får et dårligere helsetilbud enn i dag.

Det kan bli spørsmål om hvordan Venstre kan forsvare usosiale kutt som økte egenandeler og kutt i hjelpemidler for funksjonshemmede. Venstre foreslår en målrettet satsing på dem som trenger samfunnets hjelp aller mest. For Venstre handler dette også om prioriteringer og omprioriteringer. Dette krever omprioriteringer fra dem av oss som både stort sett er friske og har god økonomi, til dem som er syke og sliter økonomisk. Som et ledd i en slik omfordeling foreslår Venstre å øke egenandelstak I med 200 kr for alle, og med ytterligere 400 kr for alle som har inntekter over 500 000 kr. En slik økning av egenandelstaket vil innebære en samlet innsparing på 272 mill. kr, som målrettet kan gå til å øke innsatsen overfor dem som trenger fellesskapets hjelp aller mest.

I tillegg prioriterer Venstre viktige sosial- og helsepolitiske tiltak som økte sosialhjelpssatser og omsorgslønn til foreldre med funksjonshemmede barn, og økt satsing på rusomsorg og rehabilitering. Vi mener at det å øke avgiftene for dem som har mest fra før, er god sosialliberal politikk. De som tjener minst, vil altså tjene på vårt budsjett totalt sett, da vi øker sosialhjelpssatsene og omsorgslønnen til foreldre med funksjonshemmede barn.

Så har det tidligere i denne salen vært reist kritikk mot Venstre. Det har vært innvendt at vi som er opptatt av rusomsorgen, samtidig kutter i avgiftene på vin. Hvordan kan vi gjøre det? Venstre mener det er viktig med en helhetlig ruspolitikk som strekker seg fra forebygging til oppfølging og behandling. Målet for den forebyggende politikken ligger i å begrense skadelig bruk av rusmidler, utsette

debutalder og fange opp utsatte grupper og enkeltpersoner på et tidlig stadium. Når det er sagt, tror jeg ikke det er alkoholpolitisk negativt å øke avgiftene på brennevin og senke dem på vin. Om det er så galt som enkelte vil ha det til at Venstre setter opp avgiftene på brennevin og ned på vin, kan jo de som har innvendinger bidra til å øke avgiftene. Men jeg ser at det gjør de heller ikke.

Når det gjelder nasjonale helseregistre, har Venstre ved flere anledninger uttrykt bekymring og skepsis overfor regjeringens ukritiske satsing på stadig mer omfattende nasjonale helseregistre. Digitalisering av denne informasjonen er nødvendig, men krever strengere rutiner for å bevare personvernet. Vi ser nå at det ikke alltid er like enkelt. Venstre ønsker at disse rutinene kommer på plass før det planlagte delingsnettverket for pasientjournaler kommer på plass. Derfor foreslår Venstre en reduksjon i bevilgningene til nasjonalt helseregister.

Venstre har også foreslått kutt i Den kulturelle spaserstokken. Det er fordi vi mener at det er opp til kommunene å bestemme om vi skal ha et slikt tilbud. Det er kommunene som har ansvaret for pasienter på sykehjem, og det er de som har ansvaret for å gi et kulturelt tilbud til eldre. Venstre mener Den kulturelle spaserstokken egentlig er rene symbolpenger.

Venstre har også foreslått kutt i apotekavanse, og jeg vil her vise til Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det fortsatt er behov for tiltak som stimulerer til lave priser. Dessuten vil jeg trekke fram at framforhandlede rabatter på innkjøpssiden i dag ikke kommer pasientene til gode, og andelen av generiske legemidler i det norske markedet er lav sammenlignet med andre nordiske land. Dette bør egentlig de rød-grønne partiene støtte opp om. Dette er god sosial utjevning, og apotekene går som kjent svært bra.

Så til Venstres to prioriteringer: helsesøstertjenesten og rusomsorgen. Venstre har i sitt alternative budsjett satset på å styrke primærhelsetjenesten på en rekke områder, bl.a. gjennom økt kapasitet og bedre tilbud av helsesøstre og helsestasjoner. Helsesøstre er viktig for mange ungdommer. En god helsesøster fanger lett opp vansker som ungdommer kan ha, og kan bygge opp et tillitsforhold som vanskelig kan erstattes av andre i helsesektoren. Helsesøstrene kjenner også systemet godt, og kan lett henvise en ungdom til rette fagmiljø. Mange steder har imidlertid helsesøstertjenesten for dårlig kapasitet, og det er synd. For helsesøstertjenesten er ikke bare en god forebyggende tjeneste, det er også en samfunnsøkonomisk billig måte å gi helseråd og helsetjenester til ungdom på.

Venstre vil innenfor helsepolitikken også prioritere mer til dem som trenger det mest. Derfor har Venstre prioritert behandling av rusavhengige. Det er flaut at rusavhengige står i kø for akuttavrusning. Per første kvartal 2011 står nær 4 000 i kø. Samtidig har ideelle rusinstitusjoner ledig kapasitet. Det er flaut at rusavhengige ikke får plass innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling når avrusning er ferdig, og det er veldig flaut for landet Norge at over 2 000 mennesker har dødd av overdose de siste ti årene. De som er avhengig av rusmidler, trenger behandling, helsehjelp

og rehabilitering. Målet må ikke bare være rusfrihet, men også et verdig liv for dem som ikke klarer å bli rusfrie. Det må derfor gis skikkelige behandlingstilbud, bl.a. gjennom økt bruk av legemiddelassistert rehabilitering, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må styrkes. Venstre foreslår derfor en økt bevilgning til LAR og akuttavrusning med til sammen 150 mill. kr.

Jeg tar til slutt opp Venstres forslag som er omdelt i salen, og varsler at Venstre stemmer for mindretallsforslagene nr. 1, 3–14, 15, 18, 19 og 22 – pluss de felles forslag fra opposisjonen som gjelder kreft.

Presidenten: Representanten Abid Q. Raja har tatt opp det forslaget han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Are Helseth (A) [11:43:53]: Kommunale omsorgstjenester er varme hender og mennesker, mennesker som skal ha lønn og pensjon, og da må kommunene ha penger. Men Venstre vil kutte i rammeoverføringene til kommunene med hele 10 mrd. kr og i stedet innføre en kommunal selskapskatt. Da flyttes i realiteten midler fra skattesvake til skattesterke kommuner, altså en politikk som sentraliserer, en politikk som gir kutt i omsorgstjenester, og den politiske realiteten er at Venstre, som oppsto som en motkulturbevegelse lokalt, nå søker en konservativ ro i sentrale strøk. Derfor spørsmålet: Hvor mange sykehjems plasser vil Venstre legge ned i Distrikts-Norge?

Abid Q. Raja (V) [11:44:47]: I utgangspunktet mener Venstre at vi ikke skal legge ned noen sykehjems plasser, men vi må selvfølgelig også prioritere – politikk er faktisk å prioritere.

Venstre har hele tiden tatt til orde for kommunesammenslåing i Norge, slik at vi får større, slagkraftige kommuner. Vi vet at det er mange småkommuner rundt omkring i Norge som ikke klarer å tilby borgerne det helse tilbudet de trenger – over hele linja. Får vi større, slagkraftige kommuner, vil vi få bedre helsetilbud til eldre – sykehjems plasser – og ikke minst andre typer tilbud som kommunen skal tilby. Så jeg kjenner meg ikke helt igjen i det representanten stiller meg spørsmål om.

Geir-Ketil Hansen (SV) [11:45:39]: Venstre foreslår å kutte 18,4 mill. kr i ordningen til frukt og grønt i skolen. SV ønsker å gå den motsatte vei. Vi ønsker å bygge ut denne ordningen og primært få til en løsning med skolemat for barneskoleelevene spesielt. Det har god forebyggende effekt, det vil utjevne sosiale helseforskjeller, og ikke minst vil det bidra til bedre læring i skolen. Det er altså svært viktig i en bred sammenheng.

Hvorfor ønsker Venstre å kutte på dette området – og å gå med ryggen først inn i framtiden?

Abid Q. Raja (V) [11:46:15]: Det er trist å se at SVs skole nå dreier seg om frukt og grønt. Det er virkelig trist. Det er det man reduserer hele skolehverdagen til. Vi i Venstre snakker om bedre lærere, flere lærere, og vi snakker om læringstrykk og et godt undervisningstilbud. At

regjeringen heller velger å bruke store økonomiske midler på ordninger som ikke har noen dokumentert effekt, overrasker meg, men det kan kanskje være med på å lette trykket – når den egentlig ikke har noen god skolepolitikk.

Jeg mener at dette med godt kosthold er noe skolene skal gi informasjon om, og så må man legge til rette for at elevene kan innta et godt måltid i løpet av skoledagen. Så er det også litt opp til foreldrene å sørge for å gi sine barn frukt og grønt.

Jeg synes SV nå bør begynne å fokusere på skolepolitikken innhold, skaffe flere og bedre lærere, slik at vi får et godt læringstrykk og et godt undervisningstilbud i den norske skolen, og slutte med det overdrevne maset om frukt og grønt i skolen.

Kjersti Toppe (Sp) [11:47:25]: Eg hører at Venstre er veldig skeptisk til helsetilbudet i dei små kommunane. Eg lurar på om representanten kan ha lese undersøkingar om f.eks. korleis fastlegereforma fungerer. Ho fungerer ofte best i mindre kommunar, der reiser fastlegen meir ut til sårbar pasientgrupper – eldre og pasientar innan rus og psykiatri. Når det gjeld legemiddelhandtering i sjukeheimar, skårar òg små kommunar godt. Når det gjeld Samhandlingsreforma, er det dei store kommunane som står fram som dei som er dårlegast på planlegging.

Så eg har eit omvendt spørsmål: Er Venstre fornøgd med korleis dei store bykommunane førebur seg til Samhandlingsreforma, og korleis dei klarer å samarbeida med helseføretaka?

Abid Q. Raja (V) [11:48:24]: Jeg som egentlig er en justispolitiker, er litt overrasket over at Norge, som er verdens rikeste land, ikke klarer å få mer ut av hver krone vi putter inn i helsesektoren. Det er litt rart. Samtidig vet jeg at mange – jeg har venner og bekjente som jobber i helsesektoren – virkelig står på i hverdagen.

Nå står jeg og representanten som stiller spørsmål, veldig langt fra hverandre i kommunesammenslåingsspørsmålet – jeg mener det er der representanten startet. Venstre ønsker jo å ha færre kommuner i Norge, at vi slår dem sammen, slik at vi får mer ut av hver krone i hver kommune, mens representantens parti jo står for å beholde kommunestrukturen slik den er, selv om det er gammelmodig, det er byråkratiserende, og det gjør at vi må bruke mye mer penger enn det som er nødvendig. Jeg tror at hvis vi får større kommuner, vil vi kunne få bedre helsetilbud.

Om byene står rustet når det gjelder Samhandlingsreformen – her er det mye å gjøre, det tror jeg representanten kjenner til, og det er det ikke mulig å svare på i løpet av 1 minutt.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [11:49:51]: Ved inngangen av dette tiåret står Europa i en alvorlig finanskriser, i enkelte europeiske land står snart én av to ungdommer uten jobb. Økonomi, arbeid og utdanning har mye å si for helsetilstanden til den enkelte og helsetilstanden i befolkningen. Vi har sosiale helseforskjeller, men sam-

menlignet med andre land er helseforskjellene små – fordi forskjellene i Norge er små. Fortsatt utjevning er et viktig mål for regjeringen, og gjennom en sterk offentlig fellesskole, gjennom rimelige barnehager og ikke minst full barnehagedekning bidrar vi til å legge grunnlaget for like muligheter. At folk har en jobb å gå til, en skole, en inntekt og et sted å bo er også avgjørende for god helse. Derfor er også fellesskapsløsningene et fundament i denne regjeringens politikk. En ansvarlig økonomisk politikk er derfor heller ikke løsevet fra helse.

De siste årene har regjeringen styrket helsebudsjettene, vi har sikret flere personer i helse- og omsorgstjenestene, og at flere får behandling i sykehusene. Samtidig har vi styrket arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet. Det vil vi fortsette med. Men det krever at vi fortsatt er villig til å gjøre endringer.

Utfordringsbildet er godt kjent. De neste 20–30 årene vil det bli flere med kroniske sykdommer som KOLS og diabetes. Beregningene viser også at flere vil få kreft som et resultat av alder, men også av andre årsaker. Det er mange som er rammet av rusavhengighet og psykisk sykdom. Vi blir flere eldre, flere vil leve med demenssykdom. Samtidig vil det bli færre yrkesaktive per pensjonist.

Denne utviklingen finnes det ingen pauseknapp for. Derfor er det så viktig at vi bruker den kunnskap og de erfaringer vi har. Vår vilje til å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenesten vil være avgjørende for det helsetilbudet vi kan gi i årene fremover, og det tilbudet som generasjoner etter oss vil få.

- Ved å styrke forebygging kan vi bidra til at færre blir syke.
- Vi vil ha en serviceorientert helsetjeneste som er bygd rundt pasientenes behov.
- Vi vet at eldre kan få flere gode og friske år viss vi setter innsatsen inn tidligere.

Resultatene kommer ikke med en gang, de kommer i alle fall ikke av seg selv, men rundt om i landet har vi sett inspirerende eksempler på kommuner som har tenkt – og som tenker – forebygging, og som får det til.

Samhandling mellom sykehus og kommuner har pågått i lang tid mange steder i landet, og med svært gode resultat. Det er dette arbeidet vi nå bygger videre på.

Engasjerte medarbeidere i helsetjenesten har sett pasientenes behov og funnet nye og gode løsninger. Hvorfor skal pasienter i Kirkenes reise til UNN i Tromsø, måtte ta seg fri fra arbeid og ordne henting i barnehagen når undersøkelsen med enkle tekniske løsninger kan gjøres lokalt?

Derfor trenger vi ikke flere prøveprosjekter, piloter og utredninger, nå er tiden kommet for handling. Ikke alle utfordringer løses med mer penger. Vi må også organisere oss på rett måte, og vi må være villige til å gjøre endringer.

God demensomsorg kan også være forebygging, samtidig som det gir et bedre tilbud til dem som er rammet. Neste år foreslår vi 150 mill. kr til utbygging av dagaktivitetstilbud. Det betyr at om lag 5 000 flere mennesker med demens kan få en mer meningsfull hverdag i fellesskap med andre, og at pårørende får viktig avlastning. Tilbudet skal trappes opp i årene som kommer.

Vi er på god vei til å nå målet om å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015. Hittil i planperioden er det gitt tilsagn om tilskudd til rundt 5 000 boenheter. For neste år legges det til rette for ytterligere 1 500.

Pasientsikkerhet har hatt et hovedfokus fra regjeringen, og vi gjør nå mer for å undersøke kvalitet slik at vi kan måle fremgang. Mye er bra, og utviklingen går i riktig retning. Likevel ser vi at vi kan bli bedre. Jeg vil derfor legge frem Norges første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet høsten 2012.

Regjeringen vil ha fullt trykk på arbeidet med å få på plass gode, samsnakkende IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren. Vi satser også betydelig på nasjonal kjernejournal. Det gjør vi fordi helsepersonell i akutte situasjoner må ha tilgang til livsviktig informasjon om pasienten. Det kan redde liv og redusere risikoen for at noe går galt. Gjennom helsenorge.no skal vi gjøre det lettere for pasienter å orientere seg i helsetjenesten. I vår varslet regjeringen at vi neste år legger frem en egen stortingsmelding om IKT i helsetjenesten.

Det foreligger nå ny informasjon som tilsier at pensjonskostnadene for helseforetakene kan øke med mellom 3 og 3,5 mrd. kr sammenliknet med det som er lagt til grunn i statsbudsjettet for 2012. Endelig pensjonskostnad for 2012 blir først kjent i slutten av januar neste år. I foretaksmøtene i januar vil jeg ikke stille krav om inndekning av økte pensjonskostnader. Øvrige styringskrav i Prop. 1 S vil være uendret. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle økte pensjonskostnader i revidert budsjett 2012.

Ny informasjon fra Statens legemiddelverk når det gjelder svineinfluensavaksinen, viser at det til sammen er meldt om 29 tilfeller av narkolepsi hos vaksinerte barn mot fire tilfeller hos ikke-vaksinerte barn i alderen 4–19 år. Norge deltar i en større europeisk undersøkelse som skal gi oss mer kunnskap. Datainnsamling til denne studien skal etter planen være ferdig i midten av desember 2011, og endelig rapport forventes i februar 2012. Vi vil iverksette tiltak for å styrke kompetansen omkring diagnostikk og behandling av narkolepsi.

I flere år har Norge vært blant landene som bruker mest penger på helsetjenester, men kvaliteten har ikke alltid stått i forhold til ressursinnsatsen. Derfor har regjeringen de siste årene hatt sterkt fokus på å styrke kvaliteten. OECD-rapporten Health at a Glance 2011 viser at Norge nå er i verdenstoppen når det gjelder femårs overlevelse for flere kreftformer.

Det er bare Danmark som har lavere dødelighet etter akutt hjerteinfarkt enn Norge, mens vi har fjerde lavest dødelighet av alle OECD-land ved hjerneslag. De store endringene vi har gjort på kreft- og hjerte- og karområdet de siste årene, har gitt resultater til beste for pasientene. Det er all grunn til å takke dyktige ansatte på alle nivå i helsetjenesten for det viktige og gode arbeidet som blir gjort.

Vi ligger også på toppen når det gjelder omsorgstjenester og eldreomsorg, og rapporten viser at det er et høyt kompetansenivå i tjenesten. Utviklingen i helsetjenesten

går derfor i riktig retning, og vi har etablert gode tiltak på mange områder. Men vi kan også bli bedre, derfor vil vi vite mer om resultatene. Vi måler nå kvalitet. Vi har satt større fokus på pasientsikkerhet. Det skal vi fortsette med.

Grunnen til at Norge har et så godt helsevesen, er ikke bare mye ressurser og kompetanse, men også at vi har turt å gjøre viktige endringer. Ikke bare innenfor kreft og hjerteinfarkt har det vært omstilling, men også innenfor samhandling, fødselsomsorg og i arbeidsdeling mellom sykehus er det gjort mange nye grep. Jeg vet at selv om Norge er i toppen, kan vi få færre feil, økt overlevelse og mer pasientvennlig behandling ved bedre arbeidsdeling og mer nytenkning. Vi må fortsette å gjøre endringer hvis vi vil videre med kvalitet og pasientsikkerhet. Dette budsjettet legger ikke bare opp til en styrking i kroner og øre, men en fortsatt endringsvilje og omstillinger både i sykehus og kommuner.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [11:59:00]: Statsråden viser til at det framover vil bli flere som får diabetes. Fremskrittspartiet er det eneste partiet som i budsjettinnstillingen påpeker viktigheten av å ha en egen plan og en strategi for diabetes.

Vi vet at i 2006 lanserte statsråd Brustad en nasjonal strategi for diabetesområdet. Nå har ikke regjeringen klart å nå de målsettingene som strategien bygger på, grunnet manglende satsing, og mye tyder nå på at diabetesstrategien legges død. Det er ingen offentlige dokumenter som viser til at diabetesstrategien skal videreføres. Spørsmålet blir da: Hvordan vil regjeringen konkret følge opp Helsedirektoratets anbefalinger i forhold til videreføring av diabetesstrategien utover «egnet måte», som det står i statsbudsjettet for 2012?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [11:59:44]: Når det gjelder mennesker med diabetes og andre kronikere, er de en av hovedgrunnene til at vi nå gjør den store omleggingen i helsevesenet og innfører Samhandlingsreformen. Det er nettopp kronikergruppene det er viktig å få et bedre tilbud til der de bor, med tanke på mer målrettede tiltak, bedre kompetanse, diabetessykepleiere og andre som kan gi veiledning om både kosthold, økt aktivitet og frisklivssentraler – det er mange tiltak som er viktig for diabetikere som for andre kronikergrupper. Det store grepet her er nettopp å gi folk et bedre tilbud i kommunene der de bor, og å følge opp kronikergruppene, hvor diabetikerne utgjør en stor andel. Vi har også et veldig godt samarbeid med de sentrale organisasjonene for disse gruppene.

Per Arne Olsen (FrP) [12:00:59]: Når statsråden har blitt konfrontert med utfordringene i helsevesenet, har mantraet og svaret denne høsten, etter at statsbudsjettet ble lagt fram, vært at vi skal øke alt, for vi har foreslått en reell vekst på 1,4 mrd. kr i norske sykehus. Når det gjelder Oslo universitetssykehus, er det det som er svaret, og når det gjelder køene som skal gå ned, er det det som er svaret, fordi man har økt bevilgningene. Det gjelder

også ventetiden, den skal gå ned fordi man har foreslått 1,4 mrd. kr mer. Det samme gjelder kreftomsorgen – en økning. På spørsmål fra Fremskrittspartiet har departementet bekreftet at 500 mill. kr kommer til å gå til lønnsvekst, 135 mill. kr til økt rentebelastning og 100 mill. kr til kommunal medfinansiering, nasjonale tjenester osv. Vil statsråden bekrefte at det fortsatt kommer 1,4 mrd. kr mer i reell vekst?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:01:59]: Det er 1,4 pst. vekst i sykehusbudsjettet til spesialisthelsetjenesten. Det betyr ikke at det ikke må foregå omstillinger og effektivisering i hele tjenesten – det må det selvsagt gjøre. Men nå har jeg altså sittet og hørt på Per Arne Olsen, som har vist til det samarbeidet som man hadde under Bondevik-regjeringen, og hvor mange som ble behandlet under Bondevik-regjeringen, og det representanten Olsen glemte å informere om, var at da gikk også underskuddene i været. I hvert fall for de partiene som er opptatt av å ha en balanse i økonomien som et grunnlag for å bygge kvalitet i helsetjenesten, er det helt avgjørende at vi forholder oss både til budsjetter og til målet om å få ned ventetiden.

Bent Høie (H) [12:03:06]: Det er også viktig at representanter fra regjeringen, statsråden og de rød-grønne stortingsrepresentantene gir et realistisk bilde av det budsjettet som vi i dag har til behandling. Jeg vil gjenta det som Per Arne Olsen sa, nemlig at vi gjennom denne høsten har fått som svar fra regjeringen – på alle utfordringer som er i helsevesenet – ikke mer omstilling og effektivisering, men at det er lagt opp til en vekst i pasientbehandlingen. I svar fra statsråden til Høyres gruppe av 2. desember 2011 kommer det klart fram at den veksten som regjeringen har lagt opp til til neste år, allerede er tatt inn i den veksten som har vært etter første tertial i 2011. Ifølge det svaret vil det altså være en reell nedgang i den planlagte pasientbehandlingen på sykehusene i 2012. Kan statsråden bekrefte det?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:04:09]: Det er vekst i pasientbehandlingen i sykehusene og også i kommunene som en følge av Samhandlingsreformen. Jeg lytter med meget åpne ører når jeg hører at man skal gi et realistisk bilde av budsjettet sitt. Det har jeg virkelig prøvd å gjøre, men jeg må si at Høyre og resten av opposisjonen står for det mest kreative forslaget når det gjelder IKT-satsingen. Jeg støtter og er veldig glad for det sterke engasjementet for en stor IKT-satsing i hele landet, men når man bevilger penger til å betale rentene, hvor er lånepengene? Det er faktisk slik at reglementet for de regionale helseforetakene krever at alle lånepenger er over streken. Derfor ligger det inne i budsjettet over 2 mrd. kr til lån for bygging på sykehus. Heller ikke avskrivningskostnadene er tatt med i en sektor hvor avskrivningen skjer så fort, fortære enn om man faktisk skulle begynne å betale ned det lånet som opposisjonen har foreslått.

Laila Dævøy (KrF) [12:05:26]: Regjeringspartiene sier i innstillingen at de er enig med regjeringen i at forslagene fra Hagen-utvalget om innovasjon og forslagene

fra Kaasa-utvalget når det gjelder pårørendeomsorg, skal vurderes i sammenheng senere. Dette vil få dramatiske følger for noen få familier med ME-syke barn, som jeg tror statsråden er kjent med. De har mistet pleiepengene sine. Dette dreier seg egentlig om noen få familier, der barna trenger tilsyn 24 timer i døgnet – pleie og omsorg. De går ikke på skole, de er kjempesyke. Bare som et eksempel: En familie tar nå ut ferie, de mistet pleiepengene fra 1. november i år, og nå har de tatt ut feriepenge frem til nyttår og vet ikke sin arme råd. Ingen kommunal ordning kan kompensere for det som pleiepenge er, det gir jo da full lønn. ME er altså plutselig fra Nav ikke beregnet å være en alvorlig sykdom, det er ikke listet opp på den listen de har. Så mitt spørsmål til statsråden er: Hva i all verden kan man gjøre for at disse familiene skal klare seg? Helsevesenet kan jo ikke overta disse.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:06:43]:

Alle som har et pleiebehov, har også rett til å få hjelp, enten hjemme, på sykehus eller i institusjoner. Når det gjelder disse barna, kan ikke jeg gå inn i enkeltilfellene, for jeg kjenner ikke detaljene i det som representanten Dávøy henviser til. Men det er heller ikke tvil om at det er mange som strever og har utfordringer i hverdagen, særlig kanskje i forbindelse med både funksjonshemmede barn og akutt sykdom, langvarig sykdom kan det også være. Nettopp derfor var det vi nedsatte Kaasa-utvalget. Vi har fått rapporten fra dem, den skal ut på høring, og vi skal følge den opp, fordi den også gir noen andre retninger når det gjelder å yte støtte til både barn og foreldre som har store utfordringer i forhold til pleie.

Abid Q. Raja (V) [12:07:56]: Arbeiderpartiets Thomas Breen hadde tidligere i debatten i dag et innlegg som, om vi skreller bort litt overfladisk retorikk, i bunn og grunn handlet om at politikk er å prioritere. Det er jeg helt enig i.

Det er ingen tvil om at vi innenfor helsesektoren har store utfordringer og mange oppgaver. Om det ikke er mangel, så er det knapphet på ressurser, både menneskelige og økonomiske. Vi har sett en rekke eksempler på at helsekøene vokser. Mange må vente altfor lenge på kreftbehandling, og over 4 000 mennesker står i kø for rusbehandling, osv.

Sett på bakgrunn av disse utfordringene, og at politikk definitivt er å prioritere, undrer det meg at Arbeiderpartiet prioriterer at det offentlige skal finansiere ultralyd i tolvte uke i stedet for å løse utfordringene på andre områder.

Mener statsråden virkelig at dette er en riktig prioritering og den beste bruk av det offentlige helsekroner?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [12:08:55]:

Jeg har tidligere sagt i Stortinget at vi fra regjeringens side legger opp til både en bred debatt og en prosess når det gjelder spørsmålet om tidlig ultralyd. Derfor har vi også tatt initiativ til en konferanse den 16. januar, hvor også opposisjonspartiene er invitert til å si sin mening og lytte til fagfolk med ulikt ståsted.

Det var interessant at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering gikk inn for tidlig ultralyd på sitt møte i går. Det er

klart at faglige anbefalinger alltid veier tungt. Men dette må også ses i en sammenheng, hvor vi da fullfører den prosessen som vi har lagt opp til.

I dette budsjettet er det ikke lagt opp til noen endringer i den praksis som er, men vi vet jo at veldig mange foretar tidlig ultralyd for egen regning.

Presidenten: Replikskordskiftet er dermed omme.

Are Helseth (A) [12:10:22]: Budsjettforslaget under Helse- og omsorgsdepartementet innebærer at regjeringen prioriterer 139 mrd. kr på en sterk offentlig helsetjeneste. Dette klarer vi i Norge fordi regjeringen har holdt orden i eget hus. Det gir mulighet for vekst i en helsetjeneste hvor tilbudet er uavhengig av personlig økonomisk velstand.

Her er Norge et unntak fra situasjonen i andre vestlige land. Vi er alle kjent med at bl.a. den greske staten er forgjeldet. Resultatet blir oppsigelser, kutt i lønninger og kutt i pensjoner. Men de basale goder må vel være dekket – mat, strøm, skole og helse? Nei, uansvarlighet over år angriper også tryggheten for grunnleggende velferdsgoder for innbyggerne.

Hos oss er debatten om helsebudsjettet en diskusjon om hvor ekspansive vi kan være. I Hellas er hverdagen et spørsmål om lyset kan være på eller ikke. Om morgenen 16. november i år mistet helsedepartementet i Aten lyset i taklampene og kopimaskiner og pc-er slo seg av, fordi strømselskapet kuttet strømforsyningen. Regningen var ikke betalt. Greske helsemyndigheter hadde da 3,8 mill. euro i ubetalte strømregninger.

Det er altså en sammenheng mellom å holde orden i huset og å kunne levere helsetjenester til alle, uavhengig av personlig økonomisk velstand. La oss fortsette med det.

Dette budsjettforslaget, sammen med det økonomiske opplegget for kommunene neste år, skaper en trygg start for Samhandlingsreformen. Jeg har de siste ukene hatt mange møter med kommunalpolitikere, og selv om opposisjonen sier at reformen er riktig og ønskes velkommen, ønsker ikke opposisjonen å ta denne reformen nå. Imidlertid vet vi at svært mange kommuner allerede har gjort mange av grepene i reformen, og at inspirasjonen til reformen kommer fra de mange kommunene som alene eller i samarbeid med andre kommuner har utviklet lokalmedisinske sentre. Alta kommune har praktisk talt gjennomført reformen allerede, og det mer på tross av systemene enn ved hjelp av systemene. Nå legges lovverk, forskrifter og finansiering til rette, slik at det skal bli lettere for andre kommuner.

I debatten høres også skremser om at ikke alle vil få nødvendig sykehusbehandling på grunn av Samhandlingsreformen. Det stemmer ikke. Alle som trenger det, skal på sykehus, og det skal fortsatt være legen som bestemmer dette, og ingen andre. Men i de situasjoner hvor kommunen ved å bygge opp sitt tilbud kan tilby en minst like god behandling, er det et gode for den enkelte innbygger.

Samhandlingsreformen er altså ingen sparerreform. Dette budsjettet viser det. Vi bruker mye penger i Norge på helse og omsorg, og slik vil det fortsette å være. Realiteten er at regjeringen har brukt penger på samhandlingstiltak i

tre år før reformen innføres: 95 mill. kr i 2009, 369 mill. kr i 2010 og økende til 580 mill. kr i 2011. I 2012 foreslår regjeringen nye 740 mill. kr, i tillegg til at kommuner og sykehus sammen skal ha ansvaret for medisinske innleggelse. Derfor får kommunene også styring med det økonomiske virkemiddelet sammen med sykehusene.

Behovene innen helse og omsorg kommer til å stige i årene som kommer. Derfor skal Samhandlingsreformen gi vekst i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil skje over noen år, fordi fagpersoner skal rekrutteres og ansettes og mange nye skal utdannes. Jeg minner om den store opptrappingsplanen for psykisk helse, som også prioriterer oppbygging av tjenester nær der folk bor. Denne planen startet med en åtte års planperiode, men det viste seg å ta ytterligere to år. Samhandlingsreformen vil også ta tid. Da er det et veldig dårlig argument å vente med å begynne.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [12:15:40]: Norge har i det store og hele et godt helsevesen. Folk flest får den helsehjelpen de trenger, og sitter igjen med positive opplevelser. Dette må ligge i bunnen når vi diskuterer utfordringene – for utfordringer har vi. Jeg forstår at regjeringspartiene har et behov for å skryte, men jeg savner at de tar inn over seg at det faktisk er mange tusen mennesker som venter, og at mange venter veldig lenge.

Jentungen som jeg har fulgt de siste tre årene, fikk tilbud om langtidspsykiatrisk behandling i går. I mer enn to år har hun ventet. I mellomtiden har hun overlevd på grunn av sporadisk oppfølging, noe munn-til-munn-metode, og et stort innslag av frivillig hjelp og støtte. Frivillige organisasjoner gjør en vanvittig viktig jobb, og jeg tør ikke engang tenke på hvordan Norge hadde vært uten denne bistanden. Derfor øker Fremskrittspartiet i sitt budsjett skattefradrag for gaver til frivilligheten og bevilger ekstra midler.

4 000 rusavhengige sto i behandlingsskø i første kvartal i år. Nyere tall tyder på at antallet personer i kø går nedover. Dette burde gledet meg. Dessverre bekymrer det meg, fordi man nå får folk ut av kø ved å gi dårligere tilbud.

En mangeårig tungt rusavhengig ung mann, som jeg også har fulgt lenge, ble tilbudt fire timers opplegg tre dager i uken som behandling. Dette skulle skje mens han fortsatt bodde på et hospits sammen med andre rusavhengige. Dette tilbudet greide han selvfølgelig ikke å nyttiggjøre seg, og han falt ut av tilbudet omtrent samtidig som han begynte der. Dermed kunne han strykes av ventelisten.

Stadig flere behandlingsinstitusjoner med årelang erfaring forteller at behandlingssløpet er kuttet dramatisk i lengde. Resultatet er at flere får tilbud, men færre lykkes. Er det virkelig dette flertallet i denne sal ønsker – å skyfle flest mulig gjennom et system hvor få lykkes, men som gir penere tall i ventelistestatistikken?

For Fremskrittspartiet er det ikke noe mål å få ned antallet i kø på bekostning av kvalitet og resultat. Vi fremmer derfor i vårt alternative budsjett 300 mill. kr øremerket rusomsorg i helseforetak, private institusjoner, til kommunene, til frivilligheten. Det finnes ledige plasser over hele

landet, og disse vil vi ta i bruk fra 1. januar – uten å fire på kvaliteten.

Fredag 18. november hadde vi vårt årlige møte med rusmisbrukere her på Stortinget. Det er bare å konstatere at det er nøyaktig de samme problemstillinger de tok opp i år som alle andre år. Ikke ett eneste punkt er kvittert ut.

Fremskrittspartiet er også svært bekymret for psykiatritilbudet i landet. 16 pst. av kommunene varsler kutt i tilbudet, til tross for at svært mange kommuner også i inneværende år har kuttet. I helgen kunne vi lese i flere medier om at landets viktigste fagmiljø på psykoser – på Ullevål sykehus – nå legges ned. Daglig kan vi lese om nedlegginger og kutt.

Når både stat og kommune varsler kutt innen et område der vi fra før har mangel på kapasitet, mener jeg det viser med all tydelighet at regjeringen ikke har kontroll. Derfor bevilger Fremskrittspartiet også innenfor psykiatrien øremerkede midler – 100 mill. kr ekstra – som skal fordeles mellom helseforetak, frivillighet og kommunene.

Rehabiliteringstilbud bygges også ned, til tross for regjeringens mantra om arbeidslinjen. Rehabilitering er ofte avgjørende for at folk skal komme tilbake i jobb etter sykdom eller skade. Rehabilitering er også avgjørende for folk som lever med en kronisk sykdom, i forhold til det å kunne stå i jobb. Likevel får ikke alle dette tilbudet. Rehabiliteringsplasser legges ned, ventelister øker, varmtvannsbassenger blir borte, og færre får behandlingsreiser til varmere strøk.

Man kan oppnå mange goder ved å bo i Norge, men det hjelper med flaks, litt hyl og skrik og en fet lommebok.

Fremskrittspartiet har også i år prioritert helse og omsorg høyt. Helse og omsorg er viktige elementer for å gi folk flest et trygt og godt liv. God helse gir velferd.

Fremskrittspartiet har prioritert helse og omsorg høyt fordi det gir innsparinger i sykepenge, det gir innsparinger i arbeidsavklaringspenge og i uføretrygd. Vi har prioritert dette høyt, fordi vi vil kjempe mot den utviklingen vi har sett de siste årene – et todelt helsevesen, som prioriterer dem med penger, og dem som orker å skrike høyt.

Siden jeg har litt tid igjen, vil jeg gjerne si noe til representanten fra SV, som ikke har kontroll på hva avisene skriver i sine overskrifter. Det er jeg fullstendig klar over, men jeg regner med at de har kontroll over overskriftene som står på deres egne nettsider.

Sonja Irene Sjøli (H) [12:21:05]: Regjeringspartiene har ved flere anledninger i det siste – ikke minst i finansdebatten – uttalt at Høyre svartmaler helsevesenet, og at vi snakker helsevesenet ned og sprer misnøye. Det er vel snarere slik at det er regjeringspartienes rosmaling som er problemet – det at de ikke erkjenner at det faktisk ikke fungerer godt nok – selv om det har vært tilløp til enkelte erkjennelser i denne debatten i dag.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 viser at Norge har et godt grunnlag, men at vi ligger langt unna å utnytte vårt potensial for å levere de beste helsetjenestene til befolkningen, og at utfordringene for Norge ikke handler om pengebruk, men om ledelse og organisering.

Undersøkelsen viser at vi er bra på mye, men dårligere der vi burde vært bedre. Den viser farene ved å bli for tilfredse fordi vi bruker mye penger på helsevesenet. Rapportene viser først og fremst at Norge viser vilje til å satse på helse, men at det er et gap mellom de gode intensjonene og de resultatene vi har.

Regjeringen, ved statssekretær Kåss, uttalte til Dagens Medisin:

«Vi må tørre å se med kritisk blick på hvordan [vi] har innrettet tjenesten.»

Han sa videre at vi ikke har optimal organisering, og at vi må ha mer debatt om innholdet i tjenestene. Han understreket også at vi har bygget opp systemer som ikke alltid har vært planlagt med pasientene i sentrum, og at servicenivået pasientene mottar, er for dårlig.

Det er nettopp dette forholdet Høyre i lang tid har snakket om og forsøkt å få regjeringen med på en debatt om – om innholdet i en helsetjeneste der vi setter pasienten i sentrum, om økt kvalitet og pasientsikkerhet og en bedre organisering og ledelse, og ikke bare budsjetter og økonomi.

Når statssekretæren fra Arbeiderpartiet påpeker svikt i helsetjenestetilbudet, beskylder ikke Høyre ham og regjeringen for å snakke Norge og helsevesenet ned. Nei, tvert imot, vi hilser velkommen en debatt om hvordan vi kan gjøre ting bedre. Når Høyre snakker om at det trengs bedre kvalitet på tjenestene, at det trengs bedre organisering og ledelse i helsevesenet, og at f.eks. tilbudet om kreftbehandling må bli bedre, så snakker vi selvsagt ikke helsevesenet ned, men setter fokus på det som må gjøres bedre for å øke kvaliteten og redusere helsekøer og ventetider.

Så jeg vil oppfordre regjeringspartiene til å være litt mer redelige og heller samarbeide med opposisjonen for å sikre et bedre helsevesen og et tjenestetilbud til pasientene.

Høyres mål er at vi skal tilby gode helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet når vi trenger det. Høyres alternative budsjett styrker dette målet gjennom tiltak for å redusere helsekøer og ventetider.

Men til tross for en formidabel vekst i bevilgningene til helsesektoren har helsekøene økt med ca. 74 000 under den rød-grønne regjeringen, ifølge Helsedirektoratet. Dette er ikke bare tall, men mennesker med ulike sykdommer, mange svært alvorlige. Det de har til felles, er at de trenger utredning og behandling, og at de må vente lenge, til tross for at vi vet at det finnes ledig kapasitet. De rød-grønne mener tydeligvis at det er bedre at pasientene står i en offentlig helsekø enn at de får behandling på et privat sykehus på statens regning.

Den sterke veksten i private helseforsikringer de senere årene er et resultat av økende helsekøer og ventetider. Nærmere 300 000 nordmenn har helseforsikring nå, ifølge Finansnæringens Hovedorganisasjon, og tallet økte med hele 23 pst. bare i fjor. Hele syv av ti unge ønsker privat helseforsikring.

Det er meningsløst og respektløst at pasientene må vente på behandling i måneder og år, når de på kort tid kunne fått hjelp ved private sykehus betalt av det offentlige. Kombinasjonen av lange offentlige ventetider, ledig

privat kapasitet og den frustrasjon pasienter opplever i en usikker sykdomsfase, gjør at mange nå betaler av egen lomme for å få undersøkelser raskere.

Det er et paradoks at det er den rød-grønne regjeringens kamp mot private tilbud som gjør at vi nå ser konturene av en reell privatisering og et klassesdelt helsevesen, der de med penger kan kjøpe seg raskere hjelp, mens de andre må stille seg i en offentlig helsekø. Det er en utvikling Høyre overhodet ikke ønsker, og en utvikling som vi er sterkt imot. Vi vil ha et sterkt og godt offentlig finansiert helsevesen der folk får hjelp av høy kvalitet når de trenger det. Det målet kan vi nå dersom vi også samarbeider med de ideelle og private sykehusene. De må bli partnere for det offentlige og ikke ses på som konkurrenter, for skal vi sikre et samfunn med velferd som virker, må vi tenke nytt. Vi må ha endringsvilje og endringskompetanse, vi må omstille oss, slippe alle gode krefter til og gi pasientene og brukere mangfold og valgfrihet. Det gir raskere og bedre helsehjelp, og det skaper trygghet og sikrer velferden.

Tove Karoline Knutsen (A) [12:26:33]: For et par år sia hadde vi en debatt her i Stortinget om betydninga av å få unge mennesker til å utdanne seg innenfor helsesektoren. Da sa jeg at vi må bli flinkere til å framsnakke norsk helsevesen. Det vil jeg gjerne gjenta her i dag.

Den siste tida har vi fått internasjonale målinger som viser at vi har grunn til å være stolte. Vi er best i Europa på kreftoverlevelse. Vi har den nest laveste dødelighet i verden når det gjelder akutt hjerteinfarkt, og vi er i verdenstoppen når det gjelder overlevelse av hjerneslag. Til alt overmål bruker vi kun 0,8 pst. av helsebudsjettet til administrasjon og byråkrati, mot gjennomsnittet i OECD, som er 3 pst. De gode resultatene skyldes ikke minst at vi har mange svært dyktige folk i norsk helsevesen. De fortjener ros når vi i dag har en helsedebatt. Så er det en forutsetning til, nemlig at de store pengene bruker denne regjeringa på de viktige velferdsoppgavene, som helse, og ikke på skattekutt.

Regjeringa har dette året fulgt opp Samhandlingsreformen med Nasjonal helse- og omsorgsplan, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelseoven, som er den første i sitt slag.

Norge har høyest totale kostnader til helse- og omsorgstjenester per person i Europa og nesten dobbelt så mye som gjennomsnittet i EU-landene. Det skal vi være glad for. Samtidig må vi ta inn over oss at vi bruker altfor lite på å forebygge sykdom og desto mer på reparasjon. Årsakene til at flere av oss blir pasienter, har vi gjort for lite med så langt.

Samhandlingsreformen og tiltakene i Nasjonal helse- og omsorgsplan skal understøtte en bedre utnyttelse av helseressursene, til beste for befolkninga. Vi må ta i bruk alle politikkområdene og alle samfunnssektorene dersom vi skal bidra til at folk kan leve helsefremmende, glade og gode liv.

Det er heldigvis sånn at når vi reiser rundt, opplever vi en stor støtte til Samhandlingsreformen. Det kommer selvfølgelig av at mange kommuner var tidligere ute enn

reformen, og de gode erfaringene med samhandling og samarbeid derfra blei tatt inn i arbeidet med reformen. Så den er slett ikke funnet opp i en korridor i departementet.

Så vil jeg bruke ett minutt på Høyres og Fremskrittspartiets helsepolitikk og helseretorikk. Det er underlig å høre hvordan disse partiene driver og snakker ned helsesektoren, sjøl om noen i dag har moderert seg en smule. Jeg tror det føles urettferdig for mange helsearbeidere som hver dag gjør en stor innsats, og det må oppleves som uvirkelig for pasienter som opplever at de får hjelp i hel-sevesenet, og som også opplever å bli friske av alvorlige sykdommer. Dette er et like sant bilde av helsevesenet vårt som beskrivelsene av det som ikke fungerer. Vi må ha begge perspektivene. Vi må vite noe om hva som går bra, og så må vi bli bedre på det som ikke går så bra. Derfor har denne regjeringa pasientsikkerhet og rettferdig fordeling av ressursene øverst på sin agenda.

Men høyrepartienes oppskrift er den gamle, som har vist seg ikke å fungere; privatisering og kommersialisering av helsesektoren. Nylig ble det offentliggjort en evaluering av helsevesenet i Sverige, med fokus på de resultatene man kan se etter den omfattende privatiseringa som høyreregjeringa der har ført. Her viser det seg at den lovede forbedring slett ikke er oppnådd, verken når det gjelder kostnader, kvalitet eller kapasitet. Likevel vil høyrepartiene her hos oss gå hen og gjøre likeså. Ja, man sier til og med at de store internasjonale, kommersielle helsekonsernene skal få etablere seg fritt og innenfor de tjenestene man sjøl finner er mest innbringende. Så skal regninga sendes til fellesskapet uten at de samme institusjonene trenger å ha avtale med det offentlige, som i dag – dersom man nå skal tro Høyres formuleringer i rapporten «Kvalitet i omsorg», som de la fram tidligere i år, og som representantene Solberg og Høie presenterte med brask og bram. Eller som partiet sa det i sin merknad da lov om spesialisthelsetjenester ble behandlet:

«Komiteens medlemmer fra Høyre mener samfunnmessige hensyn ikke bør legges til grunn for godkjenning av helseinstitusjoner.»

Det er, slik jeg ser det, et paradigmeskifte i norsk helsepolitikk, og jeg lurer på hvordan man i det hele tatt skal kunne prioritere helseressurser, f.eks. mellom landsdeler og pasientgrupper, med en slik politikk.

Representanten Høie sa, støttet av Fremskrittspartiets Per Arne Olsen, at et frislepp av kommersielle krefter ikke vil føre til en overetablering. All erfaring viser det motsatte. Vi ser jo allerede i dag at det er sånn at folk som bor nær de store spesialistpsykehusene, bruker mer spesialisthelsetjenester enn dem som bor langt fra. En gedigen økning i tilbud fører til en økning i etterspørselen der disse kommersielle etablerer seg, og innenfor de mer lukrative lidelsene. Det vil bety en omflytting av ressurser fra den landsdelen jeg bor i, og til mer sentrale strøk. Jeg må virkelig si at jeg håper jeg aldri opplever at en sånn politikk blir sjøssatt.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [12:31:47]: I fjorårets budsjettdebatt hadde jeg sterkt fokus på de mange eldre som faktisk står i kø og venter på en plass på sykehjem. TV 2

hadde sjekket opp og funnet ut at 3 068 gamle, syke eldre ventet på plass i sykehjem, og det var sterke signaler om at dette bare var toppen av isfjellet.

Statsrådets reaksjon på funnet var å forfølge de aktuelle kommunene og anklage dem for lovbrudd. Statsråden viste til at daværende kommunehelsetjenestelov slo fast at kommunene skulle yte nødvendig helsehjelp, og med den henvisningen er det slik at norske kommuner ikke kan føre ventelister for sykehjemsplass.

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er videreført i ny helse- og omsorgstjenestelov, som vi vedtok i sommer. I det ligger fortsatt faren for at statsråder eller tilsynsmyndigheter kan komme med pekefingeren og si fy-fy, dere har ikke lov til å ha ventelister til sykehjem. Har kommunen først slått fast at fru Hansen har behov for en plass på et sykehjem, skal hun få det raskt.

Resultatet er at det fortsatt føres ventelister, men det foregår i det skjulte. Kommunene dekker seg bak at de da yter nødvendige helse- og omsorgstjenester via hjemme-sykepleien, men ut fra en faglig vurdering mener de kommunale fagpersonene fortsatt at det beste omsorgsnivået for fru Hansen er en sykehjemsplass. Men det mangler plasser, personell og penger.

Dette avstedkommer en slags fryktkultur, som vi kjenner fra land vi helst ikke ønsker å sammenligne oss med. Samtidig vet vi alle, både politikere, byråkrater og helsepersonell, at det reelt finnes ganske mange gamle syke som ut fra en helhetlig vurdering hadde hatt behov for sykehjemsplass, hvis en skulle lagt begrepet «beste effektive omsorgsnivå» til grunn, og ikke «laveste effektive omsorgsnivå».

Jeg vil derfor henlede oppmerksomheten på forslag nr. 7 fra en samlet opposisjon, hvor vi ber om at kommunene får pålegg om å føre statistikk med ventelister til sykehjemsplass. Vi ønsker å få faktagrunnlaget på bordet, fordi vi mener det er helt nødvendig med tanke på det kvalitetsarbeidet vi ønsker skal skje også i norsk eldreomsorg. Regjeringens snevre tilnærming til bare tilskudd til hel-døgns omsorgsplasser uten samtidig å vise til nettotilgang, er skremmende.

Så til kommuneøkonomi. Norske kommuner står for produksjon av nærmere 70 pst. av velferdstjenestene her i landet. Derfor er i dagens situasjon kommuneøkonomien helt avgjørende for velferden vår. Under den rød-grønne regjeringen har kommunenes gjeld gått rett i været. Siden 2003 har kommunesektoren nesten doblet gjelden sin. Samtidig ber regjeringen om at kommunene øker sosialhjelpen, bygger ut barnehagene, ansetter flere lærere, gir tilpasset opplæring til alle som trenger det, fyller svømmebassengene, bygger omsorgsboliger og sykehjemsplasser, gir enerom til alle som ønsker det, gir pleietrengende hjelp ved måltider og tid nok til å spise, og sørger for at brukere av pleie- og omsorgstjenester får medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene. Dette er et regnestykke som rett og slett ikke går opp, og regjeringens budsjett for 2012 gjør situasjonen enda verre.

KS har beregnet at kommunene med dette budsjettet mangler 300 mill. kr for å kunne videreføre dagens tje-

nestenivå. På toppen av denne situasjonen kommer en av de største kommunale helsereformer på lang tid, nemlig Samhandlingsreformen, som skaper ytterligere usikkerhet rundt økonomien, usikkerhet rundt ø-hjelp, usikkerhet om hva utskrivningsklare pasienter er, usikkerhet om kommunal medfinansiering.

Fremskrittspartiet har tatt denne utfordringen på alvor, både gjennom å styrke kommuneøkonomien og i tillegg øremerke 1,5 mrd. kr til eldreomsorgen, for å nevne noe. Regjeringen synes å tro at den kan gjennomføre en slik stor reform med minimale ressurser til omstilling. Vi ser nå at sykehusene tar ned sitt spesialisttilbud. Samtidig ser vi at kommunene ansetter fagfolk for de pengene som skulle vært benyttet til kommunal medfinansiering, og dette før avtaler er på plass, og før det er sannsynliggjort at kommunene faktisk kan redusere liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Jeg frykter at de som i neste omgang kan bli skadelidende av denne prosessen, igjen er gamle, syke eldre og våre kronikere. Jeg håper jeg tar feil, men jeg tror det dessverre ikke.

Så har det i debatten blitt en liten diskusjon rundt ISF, og det synes jeg er interessant, for under Bondevik-regjeringen fikk Fremskrittspartiet, som nevnt, gjennomslag for at det skulle være 60 pst. ISF og 40 pst. i basisfinansiering. Det førte til at sykehusene tok i bruk all ledig kapasitet og strakk seg så langt de kunne, for å kunne utløse disse midlene og ta unna køene. Køene gikk ned, men selvfølgelig ville jo da statens utgifter øke. Det ville være naturlig. Når nå regjeringspartiene og statsråden utelukkende legger vekt på budsjettbalansen, betyr det i realiteten at de 280 000 som da står på venteliste, er sykehusenes ordreserverve. Det er en tilnærming til syke mennesker som Fremskrittspartiet tar sterkt avstand fra, og som etter min mening viser regjeringens sanne menneskesyn.

Jeg vil også komme inn på dette med verdighetsgarantien, for Thomas Breen svarte ikke på replikken i stad. Jeg håper ikke at verdighetsgarantien betraktes på samme måte som den såkalte kreftgarantien, for dette er i realiteten en forskrift som kommunene er nødt til å følge, og ikke kan sette på vent.

Per-Kristian Foss hadde her overtatt presidentplassen.

Wenche Olsen (A) [12:37:10]: Den 1. januar 2012 starter vi opp Samhandlingsreformen i alle kommuner i Norges land. Opposisjonen snakker noen ganger som om det er noe helt nytt, og at det er noe uprøvd vi skal starte med. Representanten Bent Høie sa her i stad at reformen må bygges nedenufra og opp. Ja, det er nettopp det som skjer. Det har vært prosjekter i gang i mange år, og utskrivningsklare pasienter er noe kommunene alltid har hatt ansvar for. Forskjellen nå er at om de nå kan ta imot med en gang, vil de tjene penger på det. Det er mange kommuner der ute som har vært både framsynte og kreative. De har allerede bevist at Samhandlingsreformen er riktig vei å gå.

I Trøndelag var de tidlig ute med tilbud før, i stedet for og etter sykehus til pasienter som var for syke til å reise

rett hjem etter sykehusbehandling. I Alta har de bygd opp spesialistpoliklinikk der spesialister fra Tromsø har faste kontordager. Det er allerede bygd opp tolv distriktsmedisinske sentre rundt omkring i landet, og sju til er under planlegging. I flere kommuner er det dialyseplasser, slik at pasientene slipper å reise lange avstander for å få dialyse tre ganger i uken.

Alle disse eksemplene har ført til bedre tilbud for pasientene, bedre fagmiljøer og bedre utnyttelse av ressursene. Så kanskje det er på tide å slutte med å snakke Samhandlingsreformen ned og heller gi anerkjennelse til alle de kommuner og helseforetak som har jobbet med mange gode samhandlinger i mange år, drevet fram av ildsjeler i helsevesenet.

I debatten skapes det inntrykk av at Norge er en sinke når det kommer til kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet. Det vil jeg ta stor avstand fra. Vi er blant dem som har verdens beste helsevesen. Og vi har ansatte i helsevesenet som hver dag, med medisinsk høy kvalitet, gjør sitt beste. Men på tross av det har vi uønskede hendelser som har mange forskjellige årsaker, og det skal vi selvfølgelig fokusere på. Derfor har vi som første land i verden hatt en nasjonal kartlegging av omfanget av pasientskader i norske sykehus. Den kartleggingen skal vi bruke til å lære av.

Sykehuset Østfold er et eksempel til etterfølgelse. De legger nå ut uønskede hendelser på nett, slik at vi alle kan lese om dem. De har lenge åpent rapportert om alle uønskede hendelser og har derfor ofte fått medias lys på seg. Det er viktig med åpenhet, slik at alle kan lære, og ikke minst at vi viser åpenhet rundt uønskede hendelser, slik at sykehuset er villig til å lære av sine feil. Sånn kan de unngå lignende feil i framtiden. Da må ikke vi bidra til å henge ut dem som faktisk våger å være åpne. Vi politikerne skal selvfølgelig være kritiske når ting ikke er som de skal, men vi må også kunne gi anerkjennelse til det som er bra.

Vi satser på kvalitet og sikkerhet i årets budsjett. Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» styrkes med 3 mill. kr i budsjettet, og Nasjonal enhet for pasientsikkerhet styrkes med 5 mill. kr. Det er de som skal ta imot meldinger om uønskede hendelser og bruke det til å tilbakeføre læringsinformasjon til tjenestene.

Vi kan ikke skryte av at vi kutter i skattene, men vi kan være stolte av å ha et budsjett som både sikrer arbeidsplasser og prioriterer viktige velferdssaker. Jeg er glad for at vi legger fram et budsjett som er framtidsrettet, med Samhandlingsreformens intensjoner i fokus, og som også vil bidra til å redusere ventelister og øke kvaliteten.

Jorodd Asphjell (A) [12:41:12]: I dag behandler vi budsjettet for helse- og omsorgsområdet for 2012, et budsjett som har en ramme på 139,2 mrd. kr og en vekst på 4,1 pst., eller 5,5 mrd. kr, i forhold til inneværende års budsjett.

Norge ligger høyt på mange levekårsfaktorer. Vi har høy sysselsetting og gode velferdsordninger. Norge bruker mer penger på velferdstiltak enn noen gang før. FN har også i 2011 rangert Norge på topp på «Human Deve-

lopment Index» blant 182 land i verden. I likhet med FN har Redd Barna for tolvte gang laget en rangering hvor de legger vekt på helse, utdanning og økonomiske forhold for kvinner og barn i 164 land. Også ut fra den rapporten er Norge det beste landet å bo i for mor og barn.

En av de største utfordringene for velferdsstaten framover er å få nok personell til helse- og omsorgstjenestene og ikke minst å inkludere innvandrere i den norske velferdsstaten.

Velferdsstaten er ikke under nedbygging, men under ombygging.

For å møte de nye utfordringene vi har framover, må folkehelsearbeidet prioriteres sterkt i årene framover. Helse-systemet betyr mye for folks helse, men helse skapes også i og i samarbeid med andre sektorer enn helsesektoren alene. Utdanning, arbeid, levekår og helseadferd påvirker også vår helse og den sosiale fordelingen av helse i samfunnet vårt. Det er betydelige sosiale helseforskjeller også i Norge.

Samhandlingsreformen, som trer i kraft den 1. januar 2012, vil være viktig for hvordan en skal få til et godt tverrsektorielt samarbeid for å fremme god helse og forebygge sykdom for hele befolkningen, uavhengig av sosial status.

Den 19. juni 2009 ble Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid lagt fram. Både før og etter at den ble lagt fram, har ansatte, organisasjoner og kommuner sammen med helseforetak arbeidet i fellesskap for å utvikle gode samhandlingsarenaer. Fra nyttår skal reformen settes ut i livet, og vi skal bl.a. fokusere på forebygging framfor reparering.

Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen med 12 kommuner, 50 000 innbyggere og over 50 000 fritidsinnbyggere har satt dette i system og samarbeider godt på tvers av kommunene sammen med helseforetak og spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke slik at helsemyndighetene alene skal ta den ledende rollen i det tverrsektorielle arbeidet. I dette arbeidet må en se på hvilke virkemidler en skal ta i bruk for å stimulere til tverrsektorielt partnerskap i folkehelsearbeidet. Dette gjelder friluftorganisasjoner, det gjelder idretten i Norge, det gjelder brukerorganisasjoner og ikke minst skoler, barnehager og arbeidsplasser. I fellesskap må de se på hvordan de skal utvikle gode arenaer for å skape god folkehelse i årene framover.

Når vi nå gjennom Samhandlingsreformen foretar en forsiktig ombygging av helsetjenesten fra reparering til forebygging, er det nettopp gjennom en målrettet innsats mot primærhelsetjenesten. Sett i forhold til oppgaver og ansvar er det primærhelsetjenesten som må være grunnelementet i det norske helse-systemet. Det er i landets 429 kommuner folk bor og lever, og i dag bruker vi mindre enn en fjerdedel av spesialisthelsetjenestens utgifter til helse- og omsorgstjenester i kommunene. Dette forholdet har vært relativt stabilt de siste ti årene.

Samtidig har utgifter til helsetjenesten blitt fordoblet i denne perioden. Siden 1990 har antallet legeårsverk økt med 42 pst. i primærhelsetjenesten og med 93 pst. i spesialisthelsetjenesten.

Denne regjeringen er opptatt av å levere politiske resultater som skaper nyvinninger, forutsigbarhet, bedre oppgavefordeling, bedre pasientsikkerhet, økt kvalitet og mer helse for hver krone.

For å nevne noe som regjeringen Stoltenberg og statsråden har levert:

- 1,3 mill. flere utredninger og behandlinger i 2010 enn i 2005
- Nøkkelhullet har også levert i forhold til det med trygg og sunn mat
- i verdenstoppen mot akutt hjerteinfarkt
- i verdenstoppen mot hjerneslag
- best i Europa på kreftoverlevelse, ifølge OECD-tall
- jobber for bedre og raskere kreftbehandling
- demensplan kommer i 2015
- millioner til ME-studie
- ny hjertemedisin på blå resept
- kortere ventetid og færre fristbrudd
- eResept er en suksess
- flere sier ja til organdonasjon
- 19 mill. kr til kampanje mot røyking.

Dette var bare noen ytterst få punkter som regjeringen leverer på. Statsråden har allerede meldt at det vil komme en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet og en ny rusplan i 2012, for å bedre norske helsetilbud, som kommer alle innbyggerne til gode.

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

Sonja Mandt (A) [12:46:36]: Jeg tror at alle som har hørt debatten her i dag, skjønner at vi ser fram til at Samhandlingsreformen skal tre i kraft. Den er svaret på det som mange kommuner allerede har gjort i flere år, og det er en nedena-og-opp-reform. Den er – som representanten Per Arne Olsen ønsket – allerede innfridd. Nå settes det i system, og det skal gjelde for alle.

Den rød-grønne regjeringen har i den forbindelse satset på at kompetansen innen pleie og omsorg skal økes. I St.meld. nr. 25 for 2005–2006, Mestring, muligheter og mening, ble planene fram mot 2015 lagt, og meldingen sa klart fra at det å bygge ut kompetanse og rekruttere til omsorgen må vi gjøre nå.

Gjennom Kompetanseløftet 2015 er masse helsearbeidere satt i bedre stand til å møte de utfordringene vi ser, de er gjennom å få faglig kompetanse satt i stand til å møte Samhandlingsreformen. Jeg vil som et godt eksempel vise til Topp-prosjektet i Larvik, som har fått penger til å utdanne folk som har jobbet lenge i helsetjenesten. De har fått ny kompetanse og mulighet til å få fagbrev som helsearbeider. Slike ideer bør adopteres av andre, for det betyr økt kompetanse i omsorgen, flere faglærte og fornøyde ansatte og pasienter.

Et nytt prosjekt som også er i gang i Larvik, som heter MIKS, retter seg mot minoritetspråklige grupper som ønsker å jobbe i omsorgssektoren. Målet er inkludering, språktrening og økt kompetanse, og deretter rekruttering inn i omsorgen. Slik møter mange kommuner de utfordringene Samhandlingsreformen kan gi når det gjelder re-

kruttering og kompetanse, og de møter den offensivt i den offentlige omsorgen.

Regjeringen er målrettet innen demensomsorgen. Det økende antallet demente i årene som kommer, gir utfordringer. Når det nå gis et øremerket tilskudd på 150 mill. kr til utbygging av dagtilbud, viser det at vi har et viktig fokus på en gruppe som trenger det. Med dette tilskuddet kan det opprettes 2 300 nye plasser, og minst 5 000 kan få et nytt tilbud. Det vil være godt både for den demente og for de pårørende. På sikt er målet at dagtilbudet skal lovfestes, men det er viktig å bygge opp og deretter lovfeste når kommunene er mer klare.

Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er viktige bidrag i Kompetanseløftet. Over 8 000 helsearbeidere har brukt tilbudet om å få oppgradert sin faglige kunnskap, noe som er nødvendig og viktig.

Økt kompetanse og økt fokus på rekruttering vil bidra til at pasientene får rett behandling på rett sted til rett tid, helt i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner.

Sylvi Listhaug (FrP) [12:49:36]: Det er et paradoks at de rød-grønne politikerne er så redde for private helse tjenester, samtidig som det er deres beste venn. Resultatet av den politikken som føres, er kommersialisering og det er privatisering.

I den perioden som den rød-grønne regjeringen har styrt, har det vært en stor vekst i private helsetjenester. Fra 2006 til 2009 ble omfanget av privatfinansiert behandling fordoblet. Køene vokser. I stedet for at folk er i jobb, så venter de på operasjoner, og i stedet for at staten får inn skatteinntekter, så betaler den ut sykepenge. Og det verste er at mange innbyggere lider og har smerter.

Jeg synes det er alvorlig at landets statsminister fører svært syke mennesker bak lyset med den såkalte kreftgarantien. I går, på TV 2, så vi arbeiderpartipolitikere som uttalte seg: Thorbjørn Berntsen kalte det en tabbe av Stoltenberg. Arild Hansen, en gammel arbeiderpartihovding fra Troms som har ventet fire måneder på kreftbehandling, sier at statsministeren rett og slett har fart med løgn. Det synes jeg er veldig alvorlig.

Representanten Breen sier det er viktig med ambisiøse mål. Da vil jeg si at viktigst er det å holde det man lover. Vi så på TV 2 for en tid tilbake at private sykehus står klar til å ta imot kreftpasienter, og da mener jeg det er umoralsk ikke å bruke dem.

Vi hører stadig vekk at det er kommet så mange flere milliarder til kommunene, flere milliarder til helsetjenestene, men mesteparten av disse pengene går til lønns- og pensjonsutgifter.

Som Oslo-borger er jeg bekymret. Jeg anerkjenner arbeidet til de ansatte på Oslo-sykehusene. Jeg vet at de jobber under enormt tøffe vilkår. Det er mange de siste årene som har prøvd å si i fra til helseministeren og andre om det som skjer i hovedstadsprosessen. Sykepleiere slutter, leger slutter, ja til og med sjefen ved Oslo universitetssykehus slutter. Og det har tatt en lang stund å finne en ny, noe jeg har full forståelse for. Nå er det på tide å høre på de varskuropene som kommer. Det er på tide å stanse opp og bevilge penger, slik at en faktisk kan bremse opp, høre

på pasientene, se på resultatene, og ikke bare kjøre videre basert på de opplysningene en får fra helsebyråkratene, som tydeligvis ikke har vært på «gølvet».

Freddy de Ruiten (A) [12:52:35]: Det hadde kanskje vært en idé at representanten Listhaug hadde vært like foroverlent da hun var helsebyråd i Oslo, men så var vel ikke tilfelle.

«Sammen om nøden» er et ti år gammelt prosjekt som har ti virksomhetssteder i Norge, bl.a. i Haugesund, Kristiansand, Grimstad, Sandefjord, Porsgrunn og Bergen – samt samarbeid med ytterligere fire tiltak andre steder i landet. Prosjektet har en beskjeden søknadsramme på om lag 2 mill. kr for 2012. Prosjektet er bl.a. rettet inn mot mennesker som sliter med rusproblemer, og det omfatter alt fra matutdeling til rehabilitering. Prosjektet driftes av IOGT og med gateprest Olaf Lande som daglig leder. Jeg er glad for at det finnes mennesker og organisasjoner som brenner for å gjøre hverdagen litt lettere for dem som er havnet nederst ved bordet. Det skulle bare mangle at vi ikke skulle stille opp politisk med noen få kroner, slik at denne type virksomhet kan gå rundt. «Sammen om nøden» har ambisjoner om å utvide virksomheten ytterligere – ikke i konkurranse med andre, men fordi behovet er det. Dessverre er det fortsatt nok nød til alle.

IOGT og «Sammen om nøden» fortjener økt oppmerksomhet rundt det viktige arbeidet som gjøres mange steder i landet. Det vil være naturlig at man fra politisk og faglig hold sørger for å tilgodese prosjektet med nødvendige midler, da man får det mangedobbelte igjen i form av frivillig innsats, bidrag fra næringslivet og mye støtte lokalt der virksomheten er. Jeg mener at «Sammen om nøden» og IOGT bør ses på med samme øyne som Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon. Jeg er glad for støtten dette viktige prosjektet har fått gjennom flere år i komiteen, og vil benytte anledningen til å takke en enstemmig komité for at den enda en gang presiserer gjennom merknader til budsjettet at «Sammen om nøden» er et prosjekt som Stortinget ber Helsedirektoratet om å prioritere. Jeg forventer derfor at direktoratet følger opp 2012-søknaden fra prosjektet på en positiv måte. Jeg er øg veldig tilfreds med at departementet i inneværende år ga 150 000 kr ekstra til prosjektet. Vi som har jobbet for dette i årevis, er glade for at dette viktige arbeidet blir satt pris på av statsråden og øvrig politisk ledelse.

Karin Yrvin (A) [12:55:13]: Da artisten St. Thomas ble funnet død i 2007, etter å ha tatt en dødelig kombinasjon av reseptbelagt medisin, fant foreldrene 52 avslag fra psykologer liggende hjemme hos ham, i hans leilighet. Det var 52 rop om hjelp. Han lever ikke lenger. Fakta er at slike endeløse og ørkesløse brevrunder for å få psykologisk hjelp slett ikke var uvanlig. Det førte til at en helseforetakene om bedre samhandling med avtalepsykologene for at de syke selv ikke skulle måtte skrive brev til psykologer med fare for å få avslag. Det ble opprettet et samarbeidsorgan som skal hjelpe i overgangen mellom fastlegen og avtalepsykologene, slik at man skal slippe å skrive brev, i syk tilstand, til alle psykologer som står på

en liste. Det er svært viktig i framtiden å se på hvordan samarbeidsorganet virker, om det virker og om de som trenger hjelp, faktisk får det. Det er viktig at psykologkompetansen blir mer tilgjengelig i allmennhelsetjenesten som et ledd i å sikre likeverdige tilbud til mennesker med somatiske og psykiske lidelser.

Komiteen har sagt at regjeringen bør vurdere finansieringsordninger for psykologer i kommunene. For psykiske lidelser er det også best å få hjelp nær der en bor, raskt. Der er Samhandlingsreformen viktig. I Storbritannia har de satt i verk et nasjonalt program for å gjøre behandling for angst og depresjon raskt tilgjengelig for folk flest. Modellen innebærer en oppbygging av tilbud for mennesker med lettere og moderate angst- og depresjonsvansker og tidligere intervensjon i sykdomsforløpet. Tilbudet er i 2011 tilgjengelig for i overkant av 50 pst. av den voksne befolkningen, med mål om å dekke hele landet innen 2015. I perioden er det utdannet 3 660 nye helsearbeidere med kompetanse innenfor kognitiv terapi. Programmet følges av forskning og kan dokumentere effekt. Det gir resultater – flere blir friske, flere komme i jobb, og det er samfunnsøkonomisk lønnsomt. I Norge er det nå bevilget 10 mill. kr til et pilotprosjekt. Det er svært gledelig. Rask psykisk helsehjelp i kommunene er i tråd med Samhandlingsreformens hovedmål om å forebygge mer og behandle tidligere. Helsebudsjettet handler også om psykiske lidelser og om likeverd for dem som sliter psykisk. Derfor er de tiltakene som er på budsjettet, svært gledelige.

Kari Henriksen (A) [12:58:04]: Velferdsstaten vår har vist sin bærekraft i en svært krevende tid i Norge og Europa. Regjeringens politikk – som er å skape verdier, styre markedet klokt, sørge for god fordeling og ta felles ansvar for hverandre – har ført til at Norge har blitt Europas Soria Moria-land. Unge arbeidsledige fra andre land i Europa strømmer til Norge for å jobbe. God helse påvirkes av helhetlige løsninger i det store bildet. Orden i nasjonaløkonomien og det å omfordele og sikre den enkelte lik tilgang til helsetjenester uten at man må være redd for om man har råd til behandlingen, gir trygghet.

Helse- og omsorgssektorens måloppnåelse henger sammen med andre politikkområder, f.eks. Nav. Det vil jeg si litt om. Det er viktig at helsetjenesten og Nav spiller en aktiv rolle i oppfyllelsen av hverandres mål og reformer som har betydning for folks levekår og muligheter til arbeid. Samhandlingsreformen og folkehelseoven har betydning for levekår og muligheter den enkelte har til å forsørge seg selv og eventuelle barn på en god måte. Her må det samarbeides. Kommuner og Nav må trekke sammen på en måte som gir befolkningen i kommunene gode og sammenhengende tjenester.

Barn vil alltid berøres ved store endringer i helse og levekår i familien. I spesialisthelsetjenesten er man kommet langt i å vurdere barns behov når de er pårørende. Nav har også et ansvar for å vurdere barns situasjon og bidra til helhetlige og sammenhengende tjenester for dem og deres familier. I Kristiansand jobber spesialisthelsetjenesten og Nav sammen om å etablere barnekontakter tilsvarende det som finnes på sykehus. I Troms har de utviklet iBedrift – et

prosjekt som får folk med muskel- og skjelettlidelser til å være i jobb med sine vondter. Også her er det godt samarbeid mellom Nav, kommunal- og spesialisthelsetjeneste. Disse to eksemplene er til etterfølgelse i praksis over hele landet.

Velferdsteknologi er et annet område der helsetjenesten og Nav forbedrer tjenestene, gir folk bedre veiledning og bedre hverdag. Nav kompetanse utvikler velfungerende teknologiprodukter og programmer, og det skjer mye teknologi- og programutvikling i spesialisthelsetjenesten. Begge etater har opplærings- og veiledningsopplegg på nett. Her er det viktig at Nav og helsetjenesten samarbeider, slik at nyttig teknologi og programvare på sikt kan utveksles og samordnes.

Til slutt vil jeg si litt om omstillingsprosessen i Oslo. Den kan ikke diskuteres uten at man samtidig ser hen til de omliggende helseforetak. I alle helseforetak i hele landet er det foretatt store omstillinger, krevende og utfordrende. Jeg erkjenner store utfordringer i Oslo, men forventer at statsråden legger til grunn at videre omstilling fortsetter, og at man følger prosessen nøye, slik at de omliggende foretakene ikke blir tapere verken når det gjelder stillinger eller økonomi.

Jon Georg Dale (FrP) [13:01:03]: Eg har høyrte mykje å reagere på frå denne talarstolen opp gjennom tida. Men sjeldan har eg reagert meir enn då representanten Tove Karoline Knutsen sa at ho frykta ei overetablering innanfor lukrative lidningar. Ein har ikkje snakka mykje med dei 277 000 pasientane som ventar på behandling ved utgangen av 2010, dersom ein trur at mange av dei opplever det dei har som veldig lukrative lidningar.

Regjeringa har i denne debatten lagt stor vekt på det økonomiske ansvaret dei viser, og at det er bakgrunnen for at ein ikkje gjer noko for å redusere helsekøane i dette landet. Men då er det eit paradoks at ein kunne ha gjort mykje innanfor dagens budsjettamme og spart pengar i tillegg. Når det er slik at ein gjennomsnittleg operasjon i norske sjukehus kostar 50 000 kr per person, er det òg slik at gjennomsnittsinntekta tilsvarar at det er finansiert i løpet av to månader. Det betyr at ein kan finansiere enkle operasjonar innanfor to månader så lenge folk er raskare tilbake i jobb – innanfor to månader – utan at det kostar staten noko, for staten dekkjer sjukepengane i dag. Når ein då ser at situasjonen er at ein gjennomsnittleg pasient ventar i 73 dagar, mens det kunne ha vore sjølvfinansierende å behandle pasientane innanfor same tidsramme, vel regjeringa likevel ikkje å gjere strukturelle grep, for då må dei bruke privat kapasitet. Denne aversjonen mot dei private løysingane bidreg til at pasientane får dårlegare tilbod enn dei hadde trunge å få, bidreg til at dei ventar lenger enn dei treng å vente, og han bidreg til ei dårlegare helseteneste enn vi kunne ha hatt.

Dersom vi brukar eksempelet på hjarteablasjon, som regjeringa prisverdig har starta arbeidet med etter at Framstegspartiet fremma representantforslag om nettopp hjarteablasjon, er det slik at mens ein no byggjer opp offentleg kapasitet, ventar pasientane på behandling. I staden for den løysinga kunne ein kjøpt kapasitet som er ledig i Danmark.

Pasientane slapp å vente, mens ein bygde opp nødvendig kapasitet i det offentlege helsevesenet. Problemet er at det ikkje er pasientane som er viktigast for denne regjeringa. Det er synd.

Framstegspartiet viser at vi representerer eit alternativ i norsk helsepolitikk. Det er eg veldig glad for.

Åge Starheim (FrP) [13:04:11]: I Sogn og Fjordane er Samhandlingsreforma ei rein bytterreform. Dette fordi kommunane ikkje har vorte sette i stand økonomisk og fagleg til å organisere reforma. Som eksempel kan eg nemne at Eid kommune får vel 6 mill. kr til reforma. I løpet av 2012 skal Eid kommune betale inn 6 mill. kr til Helse Førde for å dekkje den 20 pst.-delen som dei er pålagde av staten å betale for medisinsk behandling. Då har ikkje Eid kommune mykje pengar til å utvikle vidare tilbod til å kunne behandle pasientar i nærmiljøet i kommunen, slik Samhandlingsreforma legg opp til.

Men kanskje dette er ein av strategiane til helseministeren for å gjere sjukehuset på Nordfjordeid om til eit medisinsk senter. Etter kvart skjønar eg strategien til helseministeren, når ho har tvinga gjennom ei strukturendring ved sjukehuset på Nordfjordeid, frå å vere eit fullverdig og godt lokalsjukehus til no å verte eit medisinsk senter.

Når Helsedepartementet påstår at reisetida frå Nordfjordeid til sjukehuset i Volda på Søre Sunnmøre, etter at den nye Kvisvsvegen er opna, ikkje er lengre enn 15 minutt, viser det kor lite kunnskap om geografien i dette området den faglege leiinga i departementet har. Den reelle reisetida frå Nordfjordeid til Volda, etter at Kvisvsvegen er opna, vil verte 45 minutt, ikkje 15 minutt, og frå ytre Nordfjord til fødeavdelinga i Volda vert reisetida i beste fall to timar. No vil eg seie at reisetida frå ytre Nordfjord til fødeavdeling innanfor same helseforetak vil vere fire–fem timar, mens det i dag tek ein time frå ytre Nordfjord til noverande fødetilbod på Nordfjordeid som no vert lagt ned.

Det er ikkje rart at det vert teke avgjerder om sentralisering av helsetenester med den manglande kunnskap byråkratiet og den politiske leiinga har om Distrikts-Noreg.

Geir-Ketil Hansen (SV) [13:07:17]: I debatten i dag har det vært brukt store ord og fremmet kritikk mot regjeringen – mot køer, ventetider og manglende innsats når det gjelder pasientbehandling. I særdeleshet har kreftgarantien vært kritisert – på feilaktig grunnlag.

Mitt poeng er at hvis man ser på de alternative budsjettene – jeg har sett spesielt på Høyres alternative budsjett – så har ikke budsjettforslagene stått i stil med den kritikken som har vært fremmet, langt derifra. Det Høyre har foreslått, er ubetydelige endringer i helsebudsjettet. Jeg sa i mitt innlegg tidligere i dag at de var på ca. ½ pst., og de endringene som er foreslått, er i hovedsak omprioriteringer innenfor eksisterende rammer.

Man foreslår i størrelsesorden 350 mill. kr til effektivisering av helseforetakene og 400 mill. kr øremerket rehabilitering, rus og psykiatri – i seg selv gode formål hvis det var nye penger, men det er å ta penger fra eksisterende drift. Høie svarte jo i sin replikk at det skulle tas fra somatikken.

Så foreslår opposisjonen en storstilt låneordning til satsing på IKT. Man stiller til disposisjon penger som man kan låne. Vi vet at hvis helseforetakene skal låne penger, må de svare for en egenandel, og det må også tas fra driften.

Veldig mye, kanskje det meste av det man foreslår, skal tas fra driften. Og hvilken drift? Jo, det er fra somatikken, og det er fra direkte pasientbehandling. Så dersom Høyres og deler av opposisjonens alternative budsjettforslag hadde blitt vedtatt her, hadde det betydd mindre penger til drift, til somatikk, mindre penger til direkte pasientbehandling og mindre penger til å få ned ventetidene. Det er realiteten.

Det er spesielt Høyres budsjett jeg har sett på, men det gjelder også de andre budsjettene. Jeg ser bort fra Fremskrittspartiet, som i sin substans egentlig foreslår en rekvisisjonsøkonomi i spesialisthelsetjenesten. Det gir ikke mer pasientbehandling på lang sikt, det gir dårligere kvalitet.

Det er konklusjonen min etter å ha sett igjennom budsjettforslagene. Det brukes store ord, men de alternative budsjettene står overhodet ikke i stil med det som framføres fra talerstolen.

Thomas Breen (A) [13:09:49]: Vi kan alle være enige om at vi har utfordringer og mangler i helsevesenet vårt, men jeg tror også vi kan være enige om at en del ting går framover. Når OECD kommer med tall som viser at vi klatrer når det gjelder både kvalitet og overlevelse av sykdommer, er det en bra ting, og jeg tror vi alle kan være enige om at det går riktig vei.

I det perspektivet synes jeg det er dristig av representanten Listhaug – som har sittet med ansvaret i den byen med de største sosiale helseforskjellene i Norge, som har hatt ansvaret for en eldresatsing som har endt opp med en ubrukelig tomt i Spania – å kritisere de resultatene som viser at det faktisk går framover, når hun nå kommenterer at løftet til Kommune-Norge har gått bort i lønn og pensjon.

Ja, det er helt riktig. Vi har 19 000 flere ansatte i omsorgssektoren i kommunene, og det er klart at de skal ha lønn og pensjon. Kvalitet og økning av omsorgstjenester betinger jo at man har flere hender. Så hun har helt rett i det, men jeg forstår ikke at det skal være negativt. Men det kan kanskje forklare den manglende satsingen på omsorg i Oslo by, for her er det ikke blitt så mange flere hender.

Så må jeg gi en kort kommentar til det som Listhaug også tok opp, at man igjen prøver å selge inn at regjeringen har levert en kreftgaranti. Det har aldri vært sagt at det var en garanti. Det var et ambisiøst mål om at 80 pst. skulle få behandling innen 20 virkedager. At det skal føre til den store kritikken fra opposisjonen at man setter seg ambisiøse mål innenfor et så viktig tema, undrer meg veldig. Man skulle jo tro at man fra opposisjonens side ivret mer for at det skulle komme forttere i gang. Det kunne jeg forstå, men at det skal være feil at man setter seg et mål og stiller krav til helseforetakene om at de skal ha bedre kvalitet på overlevelse av kreft, skjønner jeg ikke. Jeg synes det er en underlig tilnærming.

Til slutt, når det gjelder Høyres alternative budsjett og

IKT-satsingen: Representanten Høie svarte med at det var det samme som kompensasjonsordningen til kommunene. Nei, det er ikke det. Det er stor forskjell på å gi lån til kommuner og å gi lån til staten. Staten kan ikke gi lån til seg selv uten å dekke det inn over streken. Hvis man gjør det, bryter man med intensjonen i Grunnloven § 75 om kontantprinsippet. Man underminerer handlingsregelen fordi man da får det igjen på strukturelt underskudd, øker det, man skjuler altså den dynamiske effekten av det.

Jeg mener det er en stor forskjell på å gi lån til seg selv fra staten og å gi lån til andre, f.eks. kommuner og andre land. Jeg ønsker at Høie forklarer hvorfor denne måten å gjøre det på ikke legger press på økonomien når alle andre ting på utgiftssiden gjør det. For i så fall så rakner hele Høyres resonnement om konkurransekraft.

Sonja Irene Sjøli (H) [13:13:02]: Et av de områdene som Høyre har vært, og er, svært opptatt av, er habilitering og rehabilitering. Et hovedpoeng ved Samhandlingsreformen er jo å forebygge mer og reparere mindre. En satsing på habilitering og rehabilitering vil være helt i tråd med en slik målsetting.

Vi er gode på akuttmedisin i Norge, og vi redder heldigvis stadig flere fra hjerteinfarkt, slag og trafikkulykker. De fleste får god hjelp til å overleve, men når blålysene er slått av, får mange for dårlig hjelp til å leve videre. Det er godt dokumentert både fra SINTEF og hos Helsetilsynet at opptreningstilbudet svikter i mange ledd. Dette betyr tapte muligheter for mange mennesker som helt nødvendig blir avhengige av helsetjenester og trygdeytelser.

En satsing på habilitering og rehabilitering vil gi pasientene bedre hjelp til å mestre hverdag og jobb. Dette er en god investering i livskvalitet for mange mennesker, samtidig som det er en god samfunnsmessig investering å redusere behovet for helsetjenester og trygdeytelser. For habilitering og rehabilitering er noe langt mer enn medisinsk habilitering og rehabilitering. Vi må ha et livsløpsperspektiv. Brukermedvirkning må være grunnleggende, og den enkeltes mål må være styrende for innholdet i prosessen.

Rehabilitering prioriteres i altfor liten grad i kommunene i dag. Det er godt dokumentert. Høyre mener at den profesjonsnøytrale loven som regjeringspartiene har vedtatt her i Stortinget, ikke er like sterk som gjeldende lov, og vi frykter at dette kan føre til en ytterligere nedprioritering av rehabiliteringsfeltet. For opplæring i dagliglivets gjøremål er tatt ut av lovteksten. I et rehabiliteringsforløp er dette imidlertid så vesentlig at det må inngå i en forskriftsfesting. Det håper jeg statsråden kan ta med seg.

En god rehabilitering krever tverrfaglighet. Både fysioterapeuter og ergoterapeuter er viktige fagpersoner. Brukermedvirkning og individuelt tilpassede pasientforløp er svært viktig for pasienter med langvarige rehabiliteringsbehov.

Jeg vil derfor oppfordre statsråden sterkt om å følge godt med på hvordan kommunene nå innretter sitt habiliterings- og rehabiliteringstilbud, og at de sørger for å ha nødvendig tverrfaglighet i sitt behandlingsteam, slik at vi kan få en god habilitering og rehabilitering for dem som trenger det.

Jonni Helge Solsvik (H) [13:16:10]: Det er stor enighet om intensjonen i Samhandlingsreformen. Utfordringen, som det imidlertid er all grunn til å stille spørsmål ved, er tempoet i gjennomføringen av reformen. Brukernes behov og medvirkning må være en grunnleggende premisse for at vi skal lykkes i denne viktige reformen.

Kommunehelsetjenesten er på mange måter grunnmuren i helsetjenestene. Derfor er likeverdighet i samhandlingen mellom kommune og helseforetak en kritisk suksessfaktor for å lykkes. Denne likeverdigheten vedtas ikke. Den skapes. Tempoet i gjennomføringen utfordrer denne likeverdigheten kraftig. Det har sammenheng med kommunenes evne og mulighet til å rekruttere kritisk kompetanse for å kunne gi innbyggerne et kvalitativt godt tilbud.

I disse dager er kommunene svært opptatt med å få på plass tjenesteavtaler med helseforetakene innenfor de meget korte tidsfristene som regjeringen har satt. Det gjør at mange kommuner må inngå forpliktende tjenesteavtaler uten at nødvendig og kritisk kompetanse er på plass, og uten at det foreligger nødvendige og viktige avklaringer i f.eks. definisjonen av utskrivningsklare og såkalte svingdørspasienter.

Det er også med stor undring og beklagelse jeg registrerer at behovet for organisering av offentlig sektor – her inngår kommunestruktur – er nedtonet som en viktig faktor i gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Da Bjarne Håkon Hanssen lanserte Samhandlingsreformen, var nettopp organiseringen av Kommune-Norge en viktig faktor for at vi kunne lykkes i det felles målet det er å gi innbyggerne et best mulig tilbud. Jeg registrerer med forundring at det i veldig stor grad er nedtonet.

Tove Karoline Knutsen (A) [13:18:46]: Flere av høyrepartienes representanter har snakket om hvor viktig det er å få flere private kommersielle aktører inn i helsesektoren. Det skal liksom løse alt. Denne regjeringa tar i bruk private aktører, både ideelle og kommersielle, men da som et supplement og med avtale med det offentlige i tråd med behovene i helsesektoren. Men først og fremst styrker vi pasientbehandlingen i de offentlige tilbudene og gir sykehusene klare kvalitetsmål som de skal oppnå. Det har ført til at man ved flere helseforetak har redusert ventetida med ned mot halvparten av tida for behandling av flere kreftformer, rett og slett ved å se på egen organisering og få vekk flaskehalsene. Det har skjedd helt uten at det har blitt tilført mer penger.

Jeg ville nok gått litt stille i dørene dersom jeg var Fremskrittspartiets Sylvi Listhaug. Kommersialiseringa av sykehjemmene i Oslo under hennes ansvar har ført til økte kostnader til eldreomsorg i byen, det har ført til nesten 400 færre sykehjemsplasser, og til at de som jobber i de private kommersielle selskapene, har hatt både dårligere lønns- og arbeidsforhold og svært mye dårligere pensjon. I tillegg har vi hatt store oppslag i pressen om hvordan personvernet for brukere og pasienter i eldreomsorgen i Oslo delvis har smuldret opp fordi ansvaret pulveriseres med så mange tilbydere som det f.eks. er i hjemmeomsorgen.

Så til representanten Dale: Nei, det er ingen sykdom-

mer som er lukrative, men da bør vi heller ikke kaste dem inn i ringen til råde kommersielle aktører som veksler disse lidelsene inn nettopp i utbytte, og som gjør dem lukrative ved at pengene går rett i lommene til eierne som sitter godt og trygt på Cayman Islands og Jersey og andre skatteparadis. Det er dårlig bruk av helsekronene til pasienter i Norge.

Bent Høie (H) [13:21:05]: Det forundrer meg at statsråden og de rød-grønne stortingsrepresentantene ønsker å skape et inntrykk av at opposisjonen er imot Samhandlingsreformen. De forholdene som de trekker fram i etterkant av det som allerede er i gang i Samhandlingsreformen, er jo nettopp det opposisjonen tar til orde for at vi trenger mer av, nemlig gode prosjekter som det tas initiativ til lokalt. Det er derfor Høyre bl.a. har foreslått 350 mill. kr mer enn regjeringen til nettopp denne type prosjekter.

Jeg registrerer også at det ikke er en eneste av representantene fra regjeringspartiene som med entusiasme har forsvart den delen av Samhandlingsreformen som opposisjonen stemmer imot, nemlig det kommunale medfinansieringsansvaret – pengeflyttingen mellom sykehus og kommunene på 5 mrd. kr – som ikke vil føre til noe annet enn mer byråkrati, usikkerhet for pasientene og utfordringer for kommunene. Dette tempoet var Jonni Helge Solsvik – en av representantene for ordførerne i Norge – nettopp på talerstolen og snakket om.

Det er rart at statsråden velger en slik konfrontasjonsline fra dag én. Statsråden har ikke løftet en finger for å prøve å få til et kompromiss med opposisjonen om en så stor og viktig helsereform. Det tror jeg statsråden i etterkant synes er synd, med tanke på at 54 pst. av landets befolkning bor i kommuner der det er Høyre som har ordføreren, og som nå skal gjennomføre denne reformen. De vil helt sikkert stille opp og gjøre det som er mulig, men jeg tror en hadde hatt et bedre utgangspunkt for denne reformen hvis statsråden hadde lagt ned litt politisk arbeid for å få til en bredere løsning.

Så til Høyres alternative budsjett. Høyres alternative budsjett tar opp i seg det som ikke minst statssekretær Kåss har sagt, nemlig at OECD-rapporten viser at vi er nødt til å fokusere mer på hvordan pengene brukes i helsevesenet. Det er også det Høyre gjør i sitt alternative budsjett.

Til spørsmålene om finansieringsordningen for IKT, er den lik finansieringsordningen som er innenfor kommunesektoren. Det er ingen forskjell fordi helseforetakene er også selvstendige juridiske enheter. Dette er en finansieringsordning som selvsagt ikke kunne bli brukt hvis helseforetakene var en del av forvaltningen.

Så vil jeg vise til de forslagene som opposisjonspartiene fremmer i salen i dag knyttet til kreftgarantien. De forslagene vil gi regjeringens kreftgaranti et reelt innhold, gi pasientene en juridisk rettighet til å få behandling og dermed gjøre at norske kreftpasienter kan få behandling innenfor en tidsfrist som er faglig anbefalt.

Laila Dāvøy (KrF) [13:24:25]: Først en kommentar til helseministerens svar om ME i sted, bare for å forklare enda nærmere hva det dreier seg om. Problemet er at

Nav opererer med en fortidsholdning, vil jeg si, til denne sykdommen, mens det er helsemyndighetene som må og kan overbevise Nav-systemet om at vi i Norge nå faktisk anerkjenner ME som en alvorlig sykdom, selv om vi ikke vet alt om sykdommen. Noen pasienter er blant de sykeste vi har i dette landet, som også forskere fra Haukeland, fastleger og andre sier.

Så over til ultralyd. Rådet fra det nasjonale prioriteringsrådet, altså Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, som de kom med i går, vil ikke jeg kalle, som noen har sagt, for et faglig råd. Det dreier seg om likestilling, om en slags rettighetstenkning. Det helsedirektør Bjørn-Inge Larsen sa forleden, var at det har ikke kommet fram helsefaglig eller helseøkonomisk dokumentasjon for at det er riktig å innføre rutinemessig ultralyd i uke 12. Dette sier også Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ganske klart i det de kom med i går.

De sier at når noen har råd til å kjøpe seg dette og gjør det på egenhånd, faktisk kanskje 50 pst., bør i grunnen alle få dette tilbudet innenfor det offentlige, selv om det altså ikke er et faglig råd. Hvis det er sånn vi skal drive helsesektoren, er det oppsiktsvekkende at hvis noen har råd til å kjøpe noe, må det offentlige innføre det for alle. Jeg synes det er litt spesielt at man foreslår det. Samtidig er dette også et prioriteringsråd, og de har valgt å gjøre dette. Det må vi forholde oss til. Jeg håper helseministeren ikke vil følge dette rådet. Jeg er glad for at helseministeren har en konsensuskonferanse, som, så vidt jeg husker, Høyre foreslo i denne salen for en tid tilbake, og det synes jeg er veldig bra.

Jeg har lyst til å vise til at ved tidlig ultralyd er det først og fremst foster med Downs syndrom man oppdager. De har etter min mening like stor rett til å leve som andre. Jeg har lyst til å minne om Marte Wexelsen Goksøyr, som på mange måter ga et ansikt til mennesker med Downs syndrom da hun var her i Stortinget og hadde på seg en t-skjorte, hvor det sto skrevet: «Utrydningstruet». Hun, som står midt oppe i det, er sterkt imot tidlig ultralyd. Hør på det rådet også, har jeg lyst til å anbefale helseministeren.

Lise Christoffersen (A) [13:27:27]: Helsedebatter handler ofte om reparasjon. Det er ikke så rart. Når sykdom rammer, har vi alle et sterkt ønske om å komme i gang med behandling, bli friske på kortest mulig tid. At forebygging er viktig, skjønner alle, men det er ofte vanskeligere å prioritere fordi resultater av innsatsen kommer så lenge etterpå. Med Samhandlingsreformen forsøker vi å gjøre noe med dette. Ressursbruken skal vris fra store, kostbare reparasjoner i ettertid til rimeligere, forebyggende tiltak før sykdom rammer.

Kostnader handler selvfølgelig om penger, men det går også an å måle kostnader i form av redusert livskvalitet og gevinster i form av en bedre livskvalitet hvis vi beveger oss fra de store tall på makronivå til opplevd livskvalitet på individnivå. Det er dette siste helsepolitikken egentlig handler om.

Vi har studier som viser at opplevd livskvalitet er skjevt fordelt. Folkehelsen i velferdssamfunnet Norge er jevnt over god, men noen grupper skårer systematisk høyere enn

andre på ulike helseindikatorer. Det betyr at andre skårer systematisk lavere.

Komiteen påpeker f.eks. at forskjellige grupper innvandrere har til dels dårligere helse enn norskfødte med to norske foreldre, og viser til eksempler som økt risiko for overvekt, fedme, type 2-diabetes og svangerskapsdiabetes. Diabetes har vært et tema i denne debatten. En samlet komité viser til Diabetesforbundets satsing på minoritetshelse.

Jeg har selv vært med Diabetesforbundet på en informasjonsmøte for somaliske kvinner på Tøyen. Det var et flott opplegg med masse nyttig informasjon om forebygging blant barn og voksne, om hvordan kjenne igjen symptomer tidlig og viktigheten av kosthold og fysisk aktivitet. Diabetesforbundet hadde også knyttet til seg en somalisk lege i Norge, som ga verdifull informasjon på deres eget språk. Vi må sikre at dette arbeidet ikke stopper opp. Det er i grunnen hele mitt poeng: å sikre Diabetesforbundet kontinuitet og langsiktighet i dette viktige arbeidet. Dermed kan de faktisk også danne modell for en ny og systematisk måte å jobbe forebyggende på i et nært samarbeid mellom sentrale og lokale myndigheter og frivillige organisasjoner. Går det bra, har vi mange oppegående pasientorganisasjoner som til sammen kan bidra til en ny giv i det forebyggende helsearbeidet, og som kan gi oss de resultatene vi strever etter i kampen mot sosiale forskjeller når det gjelder helse.

Kjersti Toppe (Sp) [13:30:15]: Først til Bent Høie – og Samhandlingsreforma – som utfordra helseministeren på at ho måtte ta ein prat med Høgre-styrte kommunar, som det er mange av i dette landet. Eg kan skriva under på at helseministeren bør ta ein prat med Høgre-styrte kommunar, for eg bur sjølv i ein. Mi erfaring når det gjeld Samhandlingsreforma, er at det er få kommunar som er så dårlege til å planleggja for Samhandlingsreforma som dei store bykommunane, der Høgre har fleirtal i mange. Dei søkjer ikkje om planleggingsmidlar frå lokalmedisinsk senter, dei seier nei takk til samhandlingsprosjekt der ein skal få barselkvinner til å få eit tilbod i kommunen. På område etter område viser ein veldig lite engasjement. Ein kan lura på om det er fordi Høgre òg på Stortinget har lita interesse for Samhandlingsreforma, og det dryp då på dei lokale representantane.

Det har i denne debatten òg vore stilt spørsmål om dei raud-grøne si satsing på sjukehusbehandling og om vi har for lange ventetider. Poenget mitt er at vi òg må sjå på kor mange fleire pasientar vi behandlar.

Vi prioriterer jo ikkje skattelette. Frå 2005 til 2012 har vi køyrt 10 mrd. kr inn i sjukehusenester til auka pasientbehandling. Vi har hatt 1,3 millionar fleire utgreiingar og behandlingar i 2010 enn i 2005. Eit anna eksempel er at RHF-ane har når det gjeld rusfeltet, auka sitt budsjett frå 2005 med 50 pst. Det har skjedd store betringar i Helse-Noreg etter at den raud-grøne regjeringa tok over.

Når det gjeld ventetider, så har dei gått ned – ikkje så mykje – frå 75 dagar i 2010 til 73 dagar i 2011. Men samtidig har talet på nye tilviste og behandla pasientar i spesialisthelsetenesta auka med respektive 7 pst. og 9 pst., så

vi har hatt fleire til behandling samtidig som ventetidene er på veg ned.

Til slutt vil eg ta opp det som representanten Geir-Ketil Hansen sa om opposisjonen sitt alternative budsjett. Det som opposisjonen, i alle fall Høgre, er god på, er ikkje å løyva nye midlar, men det er ei resirkulering av raud-grøne helsepengar der dei øyremerkjer milliardar som vi gir, for å synleggjera eigen politikk.

Sylvi Listhaug (FrP) [13:33:41]: Nettopp fordi det er helseforskjeller i Oslo, er jeg opptatt av å stanse den raseeringen av sykehusene og fagmiljøet som nå skjer, og som representanten Breen og hans regjering står for. Det er de svakeste som taper på det. En kan bare se på utviklingen innenfor rusbehandling de siste årene, der køene har blitt lengre.

Så har jeg lært meg å lytte til folk som ikke vet hva de prater om, og i den kategorien kommer både representanten Tove Karoline Knutsen og representanten Thomas Breen. Når de snakker om eldreomsorgen i Oslo, viser de at de ikke kan den særlig godt. Det er sånn at de siste årene har sykehjemsdekningen i Oslo blitt høyere fordi befolkningen over 80 år har gått ned. Det er også sånn at vi har en høyere dekning av sykehjems plasser enn det som er landsgjennomsnittet, og f.eks. i rød-grønt-styrte Trondheim, som også er norgesmester i lovbrudd og slår Adecco ned i støvlene.

Så er det sånn at hjemmetjenesten, som representanten Tove Karoline Knutsen var innom, faktisk har hatt kraftige forbedringer. Jeg vil anbefale henne å lese bl.a. brukerundersøkelsen. Ansatte har også påpekt at konkurranse har ført til at de selv har bedret seg, og det er veldig positivt.

Når det gjelder Oslo universitetssykehus, har jeg brukt mye tid på å rope varsko. Det samme har Oslo bystyre, uten at noen har villet høre på oss.

Til slutt vil jeg holde et lite kurs for representanten Tove Karoline Knutsen om hvordan et marked fungerer: Hvor stort et marked er, avhenger av etterspørselen. Det er sånn at hvis det er manglende etterspørsel, går bedrifter konkurs. Hvis markedet styres, kan det f.eks. bli smørmangel.

Presidenten: Neste taler er representanten Jon Georg Dale, deretter Elisabeth Aspaker – nei, unnskyld, det er representanten Per Arne Olsen. Det var ikke meningen å overse hr. Olsen, som herved får ordet – med største glede.

Per Arne Olsen (FrP) [13:35:52]: Takk, president. Det er første gang jeg har blitt forvekslet med en kar på 1,90 og med betraktelig færre kilo enn meg selv. Men jeg tar det som en kompliment!

Jeg tar ordet fordi de rød-grønne, og spesielt representanten Breen, gjentatte ganger har avlagt den såkalte kreftgarantien en visitt, og opposisjonen får kjeft for å kritisere at regjeringen har målsettinger. Det er altså ikke riktig. Vi har overhodet ikke kritisert regjeringen for å ha målsettinger. Vi er snarere tvert imot veldig glad for at regjeringen har målsettinger. Det vi kritiserer, er at man har fremstilt det som en garanti og dermed lurt mange pasienter i Norge

som trodde på dette. Det vi kritiserer, er at man ikke også følger opp målene sine med virkemidler. For å ta garanti-biten først: Der er det uomtvistelig slik at Stoltenberg på sin pressekonferanse sa at man skal få behandling «innen 20 dager» – dette er et sitat – og det oppfatter de fleste som en garanti. At helsestatsråden også brukte ordet «garanti» i en tv-sending, er også uomtvistelig. De har gjentatte ganger sagt at det ikke er noen garanti. Det har vi tatt til etterretning. Men det som har vært ankepunktet vårt, er at det er mange pasienter der ute som faktisk trodde på det. I dag har man altså muligheten til å følge opp sin målsetting om å få en verdig kreftomsorg.

På bordet i dag har vi fire forslag fra en samlet opposisjon som vil gi kreftgarantien – eller målsettingen – et reelt innhold, hvor man får pasientrettigheter som gjør at man kan nå målsettingen om 20 dager, og hvor avvik fra dette både skal begrunnes medisinsk og skal journalføres.

I dag har man altså muligheten til å stemme for at regjeringen legger fram en ny nasjonal kreftplan i løpet av 2012. Det burde ikke være problematisk, så lenge man selv har sagt at man har denne målsettingen. Min oppfordring innen kreftfeltet er å slutte å snakke og begynne å gjøre noe. I dag har man faktisk en mulighet ved å stemme på opposisjonens samlede forslag.

Helt til slutt: Jeg er en av dem som reagerer på den fremstillingen som blir Oslo kommune til del i eldreomsorgen. Det er slik at Oslo kommune har bedre dekning av sykehjem enn snittet i Norge. De har bedre dekning enn sammenlignbare store kommuner – først og fremst rød-grøntstyrte Trondheim, som er en sinke – og de har bedre legedekning på sykehjem. Slik kunne jeg fortsatt. Bildet er ikke korrekt, selv om Breen gjentar det til det kjedsommelige.

Jon Georg Dale (FrP) [13:39:05]: Regjeringspartia hevder til det keisame at dei prioriterer helse framfor skattelette. Då er det eit paradoks at ein samla opposisjon greier å bruke meir pengar på helsefeltet enn det regjeringa gjer, trass i betydeleg skattelette i forslaga dei har.

Like fullt vert det nesten paradoksalt når Arbeidarpartiets nye sjefsideolog Tove Karoline Knuten kallar alle private helseaktørar rå kapitalistar. Det er altså slik i dette landet at dei fleste som jobbar innanfor denne sektoren, og som vil jobbe der dersom det vert fleire private, er personar som i dag jobbar i f.eks. helsetenesta, men som ikkje får full stillingsbrøk. Det trudde eg var ein situasjon som Arbeidarpartiet kunne forstå.

Vidare snakka Tove Karoline Knutsen om at opposisjonen i dag snakkar ned helsetenesta. Det gjer vi verkeleg ikkje. Vi seier faktisk at vi set pris på både dei offentlege bidraga og like mykje dei private bidraga. Dei som bidreg til å snakke ned helsetenesta, er dei i Arbeidarpartiet, som seier at berre dei som har offentleg arbeidsgivar, er brukande til å gi gode helsetenester.

Eg innrømmer meir enn gjerne at dersom det kostar ein tusenlapp å få behandla ein kreftpasient litt fortare, slik at vi slepp at det går gale, at pasientbehandlinga blir betre, at det skjer raskare, og at sikkerheita for at ein lukkast, er større, betaler eg gjerne – eg betaler gjerne.

Forskjellen mellom Arbeidarpartiet og Framstegspartiet i denne salen viser seg tydelegare og tydelegare for kvar gong Tove Karoline Knutsen har ordet. Det dreier seg om dei som set pasientane i fokus, og dei som forsvarar alt det eksisterande, uansett.

Elisabeth Aspaker (H) [13:41:27]: Høyre er opptatt av et likeverdig helsetilbud i hele landet, og av at de behandlingsfristene loven fastsetter, ikke er å oppfatte som veiledende, men som en rettighet pasienten har krav på etterleves.

I Nord-Norge opplever nå barn, som skal være en prioritert gruppe, at de må vente stadig lenger på utredning og behandling innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Barn er en særlig sårbar gruppe, også fordi deres psykiske problemer kan få store negative konsekvenser for skolegangen, om de ikke får hjelp tidnok.

Når jeg tar opp utviklingen i Helse Nord på dette feltet, er det fordi det har skjedd endringer i det psykiatriske behandlingstilbudet som kan tyde på at kapasiteten er blitt for lav. Bare i september brøt behandlingsinstitusjoner i Helse Nord loven om å gi barn og unge psykiatrisk hjelp tidnok hundre ganger – hundre ganger. Dette er urovekkende, og nye tall fra Norsk pasientregister viser at fristruddene øker, og at barn står lenger i kø enn voksne.

Nord-Norges mest folkerike region, nordre Nordland og Sør-Troms, er en av få regioner som i dag ikke har tilgang til luftambulansetjenester innenfor rimelig tid. Værmessige forhold i landsdelen gjør at det ikke er noen selvfølge at helikopter fra Tromsø eller Bodø kan ta oppdrag, og kapasiteten her er dessuten begrenset.

Dette er bakgrunnen for at det er reist krav om etablering av en ny luftambulansetjeneste i denne regionen, lokalisert til Harstad, der en kan oppnå spennende synergier i samarbeid med annen helikoptervirksomhet som er etablert i dag.

Helse- og omsorgskomiteen har tidligere samlet seg om merknader om at sentralisering og desentralisering av behandlingstilbudet, demografisk utvikling og bedre muligheter for rask diagnostikk og behandling for et økende antall lidelser vil kunne øke etterspørselen etter både luftambulansetjenester og andre ambulansetjenester.

Lange avstander til sykehus gjør helikopter viktig når pasienten trenger rask bistand av kompetent helsepersonell som kan stille diagnose og starte behandlingen før pasienten ankommer sykehus.

Helsekomiteen har tidligere påpekt at de regionale helseforetakene kontinuerlig må vurdere om det er behov for å øke kapasiteten i luftambulansetjenesten. Lokalpolitikerne og befolkningen i den folkerike regionen nordre Nordland og Sør-Troms er imidlertid utålmodig og etterlyser nå initiativ fra regjeringen i denne saken. Regionen opplever ikke å ha et likeverdig helsetilbud når det står om liv og helikopter ikke er å oppdrive.

Helseministeren har tidligere vist til Helse Nord, men dette handler om at staten må ta ansvar for at hele landet dekkes av helikopterambulansetjenester og ikke bare de delene av landet som tilfeldigvis hadde et slikt tilbud da staten overtok ansvaret for sykehusene.

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

Sonja Irene Sjøli (H) [13:44:35]: Regjeringspartiene forsøker nå å fremstille det som at Høyre er imot Samhandlingsreformen, men la meg minne litt om historien. I 2003 satte Samarbeidsregjeringen ned Wisløff-utvalget nettopp fordi de så utfordringene rundt et stykkevis og delt helsevesen. I 2005 leverte de sin innstilling, og Høyre var godt i gang med å utarbeide forslag til en reform. Men så ble det regjeringsskifte, og så kom statsråd Brustad i stolen. Og hva gjorde hun? Jo, hun la hele reformen i skuffen, og der lå den i tre år til det ble en ny statsråd, nemlig Hanssen. Han lanserte dette da som en ny reform, og all ære til ham for det, for det hadde vi ventet på. Men det var mange tapte år både for helsetjenesten og for pasientene.

Vi er enig i intensjonene, vi er enig i målene, og det er en helt nødvendig reform, men vi har litt ulikt syn på virkemidlene. Det er det som er sannheten. Og litt mer redelighet fra regjeringspartiene forventes.

Presidenten: Tove Karoline Knutsen har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Tove Karoline Knutsen (A) [13:45:48]: Som sjefs-ideolog til representanten Dale: Det er bra at det er forskjell på Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, og det er bra å kunne vise det i dag. Nei, de som jobber i helse-sektoren, er ikke rå og kommersielle, men vi har fått stadig flere aktører som er det, og de utkonkurrerer de små gründerne, og de utkonkurrerer de frivillige.

Så til representanten Listhaug i Oslo: Vi får stadig høre om eldre pasienter som ikke får hjelp. Hun kommer ikke bort fra at det er 400 færre sykehjemsplasser. Hun vil heller ikke kommentere dette med personvernet som det har vært flere oppslag om.

Jeg forstår markedet dit hen at hvis en kommersiell, rå aktør skal tjene 35 mill. kr på et middels stort sykehjem i Oslo i løpet av en anbudsperiode, må det tas et sted fra. Da må det tas fra lønnen og pensjonen til dem som jobber der. Det er derfor markedet ikke passer inn i denne sektoren som skal ta seg av de aller svakeste og mest sårbare blant oss.

Jonni Helge Solsvik (H) [13:47:08]: Jeg registrerte i sted at representanten Kjersti Toppe gjorde et poeng av at det var mange Høyre-ordførere som ikke var opptatt av gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Nå er det slik at jeg kjenner veldig mange både Høyre-ordførere og andre ordførere fra alle partier, og jeg kan forsikre om at alle, uten unntak, er opptatt av tempoet i gjennomføringen av Samhandlingsreformen, og opptatt av likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene under gjennomføringen, slik bl.a. et samlet KS i en rekke sammenhenger har påpekt.

Det handler altså om at vi er opptatt av å gi innbyggerne et godt tilbud, og vi ønsker å samhandle under likeverdige forhold med helseforetakene for å kunne gjen-

nomføre det vi alle mener er en veldig viktig og riktig reform.

Hvorfor er det da slik at man ikke velger å lytte til kommunenes opptatthet av gjennomføring og tempo? Det har vi ikke fått noe godt svar på. Det bør jo være slik at det må være i vår alles interesse å sikre en god og trygg gjennomføring, og dermed sikre det gode resultatet vi alle sammen er opptatt av. Vi har erfaring fra andre store statlige reformer, riktige reformer, som akkurat på grunn av tempoet har snublet underveis og skapt et inntrykk av at reformen kanskje ikke var så god som intensjonen var. Det bør vi ta lærdom av og ikke gjøre det samme knyttet til Samhandlingsreformen.

Are Helseth (A) [13:49:17]: Debatten går mot slutten. Jeg har lyst til å komme med noen kommentarer.

Først vil jeg takke komiteens leder for god og likeverdig ledelse av arbeidet med komiteens innstilling. Jeg har også lyst til å ta opp igjen det representanten Høie sa i begynnelsen av sitt innlegg, hvor han sa at han var optimistisk med tanke på fremtiden fordi det ville komme nyvinninger. Det er jeg enig i. Det er en erfaring at det ofte er nyutvikling, ny innovasjon og nye forskningsfremskritt som gjør at vi har klart å komme videre og bygge helsetjenesten enda bedre. Sett i et blick 20 år fram i tid tror jeg det viktigste forskningsverdenen der ute må klare, er å få et gjennombrudd når det gjelder demens. Vi blir eldre og eldre alle sammen. Da kommer flere og flere av oss til å slite med demens. Et gjennombrudd på diagnostikk eller behandling av demens kommer til å være det vi trenger.

Fremskrittspartiets helsepolitiske talsmann, representanten Per Arne Olsen, hadde en god ingress til sitt innlegg. Han uttrykte at Norge «uomtvistelig» har et av verdens beste helsevesen. Det synes jeg var godt sagt. Jeg synes også adjektivet «uomtvistelig» var usedvanlig velvalgt, og jeg vil anbefale at denne ingressen gjentas ofte. Representanten Olsen la til at vårt oppdrag nå er å gjøre det som er bra, enda bedre. Jeg er fortsatt helt enig: Derfor Samhandlingsreformen – derfor nå ingen pauseknapp.

I replikkordskiftet med Kjersti Toppe utviklet representanten Jon Jæger Gåsvatn replikkordskiftet til en kort variant av en medisinsk doktordisputas. Det er uavklart om dette skulle skape helse gjennom humor, eller om det var et finurlig biokjemisk argument for at frukt er sukker. I så fall har vi en del vanskelige debatter foran oss.

Men jeg er mer bekymret når representanten Jon Jæger Gåsvatn gir uttrykk for at helse ikke kan være underlagt budsjettkrav. Jeg er enig i at det er fristende som helsepolitiker å si at helse er for viktig til budsjett. Jeg kan til og med bli populær på det. Men i dag er jeg helsepolitiker. I morgen er jeg kanskje skolepolitiker. Skole er det viktigste vi gjør for fremtiden, det er for viktig til å ha budsjettkrav. På onsdag er jeg kanskje forskningspolitiker. Forskningen er da for viktig. Kanskje skal vi løse demensens gåte. Vi trenger bare 100 mrd. kr. På torsdag er jeg kanskje opptatt av barnevernets situasjon. Vi kan da ikke ha budsjettkrav der. På fredag er jeg da trygdepolitiker. Nei, vi må holde orden i huset. Vi har historisk lav ledighet – det er mye helse i det.

Presidenten: Representanten Thomas Breen har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Thomas Breen (A) [13:52:36]: Jeg må benytte anledningen til å takke for min første helsedebatt. Jeg synes det har vært en spennende debatt.

Grunnen til at jeg nå tok ordet, var at representanten Dale prøver å så tvil om vi er for eller imot de private aktørene. Vi er selvfølgelig for de private aktørene som et supplement til det offentlige helsevesenet.

På en rekke områder innenfor helsefeltet er det et ganske stort innslag av private – og spesielt private ideelle innenfor rusfeltet. Her har Arbeiderpartiet og de andre regjeringspartiene i lang tid hatt gode relasjoner. Men poenget er at om man tar penger fra det offentlige budsjettet for å kjøpe private tjenester, er det med på en sentralisering, hvor man tar midler fra sykehusene ute i distriktene for å flytte dem inn til der de private er, og det er gjerne bynært. Det er en problematikk som vi bør diskutere. Et annet problem er at hvis man splitter opp helsetilbudet for mye, får man heller ikke kraft nok i fagmiljøene til å utvikle ny teknologi, nye metoder og å innføre ny kvalitet. Det er klart at det er en kost-nytte-analyse og en resultatanalyse i den debatten.

Jorodd Asphjell (A) [13:54:05]: Den største gleden man kan ha, det er å gjøre andre glad – var det en som sa. Jeg er ikke så sikker på om vi i posisjon har gjort opposisjonen så mye gladere i dag, men jeg synes i hvert fall Are Helseths innlegg var meget godt, og jeg ble glad da jeg hørte det.

Viktige satsingsområder i 2012: I dette budsjettet bruker vi 1,4 mrd. kr mer til sykehusbehandling neste år, som skal gi nye pasienter bedre behandling i året som kommer. Vi har gitt investeringslån til regionale helseforetak, bl.a. til omstillingsprosessen her i hovedstaden og ikke minst til Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN. Vi har også brukt 270 mill. kr til Omsorgsplan 2015 – altså 120 mill. kr til å bygge 1 500 nye heldøgns plasser. Men det er ikke Stortinget og statsråden som bygger dette – det må selvsagt skje i et samarbeid med kommunene og lokalpolitikkerne. Vi gir 150 mill. kr til dagtilbud for demente. Vi har en samhandlingsreform hvor vi bruker 150 mill. kr mer i 2012 – altså 740 mill. kr for å styrke samhandlingen. En samhandling må være en villet politikk, ikke bare for regjering og storting, men det må også være en villet politikk fra Høyre-ordførere i de kommunene som Bent Høie her nevnte. Vi ser at i de kommunene der man har jobbet med dette siden Samhandlingsreformen ble foreslått, har man kommet langt. Det vil gi positive resultater for dem som bor i disse kommunene. Vi styrker budsjettet med 137 mill. kr til tannhelse – dette med folketrygdens stønadsordninger. Vi bruker 21 mill. kr til å styrke refusjon av legemidler. Det handler om å utjamne sosiale helseforskjeller.

Fremskrittspartiet nevnte at Trondheim var den første bykommunen med full barnehagedekning, en kommune som har satsset på skoleutbygging, og en kommune som også har full sykehjemsdekning. Til Sylvi Listhaugs fram-

stilling av at det også er den kommunen som har de største bruddene med tanke på Arbeidstilsynet: Kommunen har i alle fall satt seg i førersetet og vil ha en gjennomgang av alle institusjonene i kommunen. Men det er klart at hvis man har en kommune som bygger ned 400 plasser, ja da blir det lite legedekning, da blir det lite tilsyn, osv. Så her handler det om å bruke investeringsrammene og samhandlingsmidlene til å bygge gode helsetjenester.

Vi ser også at Høyre i sitt alternative budsjett vil bruke 350 mill. kr mer til kjøp av private helsetjenester. Hvor skal de pengene tas? Jo, de skal tas gjennom omstillingstiltak ved helseforetakene, ta fra det offentlige som sliter hver dag, og bruke det på kjøp av private tjenester, istedenfor at helseforetakene selv kan bruke pengene til å bedre sitt tilbud for pasienter – og ikke minst dem som jobber der.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [13:57:30]: Det er prøvd å skape et inntrykk av at vi ikke bruker private i norsk helsevesen. Det er feil.

Jeg har også lyst til å si at vi nå er i ferd med å bygge opp tilbudet på ablasjonsbehandling ved de store sykehusene, og vi bruker også Feiringklinikken som et supplerende tilbud.

Representanten Sjøli nevnte habilitering og rehabilitering som en svært viktig del av helsetjenesten fremover. Det er jeg helt enig i. Innenfor alle deler av helsetjenesten, også habilitering og rehabilitering, er det vekst i budsjettet for neste år. Det er også sann at vi jobber med å se på et regelverk for hvordan man skal ha habilitering inn i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten – og samarbeidet om det. Heldigvis er det mange kommuner, ikke minst Trondheim, som har vært særdeles dyktige i å lage et tilbud for rehabilitering for pasientene sine – egentlig for å posisjonere seg på forhånd når det gjelder Samhandlingsreformen.

Når det gjelder rusbehandling, er 60 pst. private – mange ideelle. I de store sykehusene, i både Oslo og Bergen, har vi ideelle organisasjoner som driver i sykehusene, som for alle praktiske formål er en del av det offentlige helsevesenet, og som vi regner som det. De er svært viktige innenfor vår behandling.

Så til Samhandlingsreformen: Jeg er helt enig i at det er viktig at det er en likeverdighet mellom kommunene og sykehusene. Representanten Høie sier at Høyre har brukt 300 mill. kr mer, men vi har altså flyttet på over 5 mrd. kr. Det er faktisk ganske viktig å gjøre det. For skal man få til en endring, så dreier det seg også om å ta ansvar, få ansvaret og utøve ansvaret i samarbeid med sykehusene, ellers blir det ingen likeverdighet. Det er viktig med medfinansieringen, det er viktig at man tar ansvar for de utskrivningsklare pasientene, og det er viktig at de kommunene som har muligheter for det, bygger opp ø-hjelptilbud. Men så har jeg lyst til å si at dersom kommunene ikke klarer dette fra 1. januar, er det jo det å ha avtaler med sykehusene som gjør at man har en god overgang og en oppbygging av tilbudet i kommunen i forhold til på sykehuset. Første delen av disse avtalene er det viktig at man jobber hardt for å få på plass, slik at man skal være i posisjon til 1. januar.

Sylvi Listhaug (FrP) [14:00:47]: La meg først oppklare en åpenbar misforståelse: Undertegnede er ikke helsebyråd i Oslo lenger.

Så til representanten Asphjell. Det er slik at Oslo har høyere legedekning og høyere sykehjemsdekning enn Trondheim. Hvis representanten er i tvil om det, vil jeg anbefale ham å gå inn på KOSTRA og sammenligne de to kommunene.

Så er det litt morsomt at Fremskrittspartiet er en varm forsvarer av Høyre–Venstre–KrF-byrådet i Oslo.

Så til representanten Knutsen, som er opptatt av hvordan de private behandler ansatte. Da synes jeg representanten bør begynne å interessere seg for hvordan ansatte blir behandlet på Oslo universitetssykehus. De blir ikke tatt på alvor, det er en nedbemanningsprosess i gang, som innebærer at en skal fjerne 1 000 årsverk, til tross for at ansatte springer beina av seg. Hadde det vært en privat bedrift som behandlet sine ansatte slik som de gjør på Oslo universitetssykehus, ville nok sjefsideologen Knutsen ha funnet fram ideologien sin, og da handler det om å ta ansatte på alvor.

D a g f i n n H ø y b r å t e n hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Kjersti Toppe har hatt ordet to ganger før og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Kjersti Toppe (Sp) [14:02:13]: Det har vore ein del innlegg om Høgre er for eller mot Samhandlingsreforma. Det er rett at Høgre er for intensjonane, men ikkje verkemidla.

Eg har lyst til å ta eit eksempel på ting eg reagerer på. Det er motstanden i samband med utskrivingsklare pasientar, som har vore omtalt i media, der Høgre problematiserer at det ikkje er gjort ein definisjon, og dei verkar veldig kritiske til at det skal innførast frå nyttår. Poenget mitt er at «utskrivingsklare pasientar» er noko som Høgre har vore med og skapt – etter det eg hugsar, var det Høgre i regjering som gjorde det skiftet frå at pasienten var ferdigbehandla til å bli utskrivingsklar. Den gongen gjorde dei dette utan at det følgde ei krone med til kommunane. No snevra vi inn fristen, frå dag åtte til dag ein, og pengane følgjer med.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [14:03:35]: I sitt første innlegg i dag sa Thomas Breen at regjeringspartiene «tåler godt» at opposisjonen ikke er tilfreds med de grepene regjeringen gjør i forhold til Samhandlingsreformen. Han understreket begrepet «tåler godt» uenigheten opptil flere ganger. Jeg synes det er trist når vi står overfor en så vesentlig reform som Samhandlingsreformen. Fra opposisjonens side fremmet vi et forslag om «å sette enkeltmennesket i fokus» og utmeislet 41 forslag som vi gikk til regjeringspartiene med, uten å møte noen som helst vilje til å sette seg ned og se på dette i fellesskap. Det tror jeg er en akilleshæl for hele Samhandlingsreformen, og jeg ser at regjeringspartiene nå har veket fra en del av det som var intensjonene opprinnelig i Samhandlingsreformen. Det har

nå blitt bare en økonomireform, en fordeling av oppgaver for å prøve å spare penger.

Høyre-ordføreren som er til stede i salen i dag, sier at kommunestrukturbegrepet er tonet ned, men jeg vil si at det faktisk er helt borte. Det lå som en forutsetning i det Bjarne Håkon Hanssen lanserte i sin tid, at man måtte ha et befolkningsgrunnlag på 35 000 som et minimumsopptaksområde for å få god kvalitet på behandlingen og kunne rekruttere og beholde kvalifisert personell. Hele det fokuset er vekk, og jeg tror også at det vil være noe av de begrensende faktorene for å kunne få en suksessreform.

Så legger jeg merke til at regjeringspartiene er veldig opptatt av – igjen – at opposisjonen «snakker ned» – helsevesenet, heter det seg nå. Jeg hørte det samme da jeg satt i kirke-, utdannings- og forskningskomiteen i forrige periode. Da vi påpekte mangler og slikt i skolen, snakket vi ned skolen. Jeg skal være den første til å si at jeg ikke er interessert i å snakke ned helsevesenet. Jeg har jobbet 30 år i helsevesenet selv, og jeg vet at en klapp på skulderen er bedre enn et spark i baken, selv om det bare er noen få ryggvirvler imellom. Men i mine 30 år i norsk helsevesen har jeg opplevd så mange spark i baken og så mange slag i ansiktet og så mange brutte valgløfter fra Arbeiderpartiet. Det er derfor jeg står her i dag, for det tente mitt politiske engasjement. Jeg mener at det blir en avsporing av debatten å prøve å si at vi angriper dem som jobber i helsevesenet. Det som skjer bl.a. i Oslo-sykehusene i dag, er at helsepersonell er fortvilet fordi de ikke kan få utøve faget sitt på en tilfredsstillende måte, de går hjem gråtende fra jobben flere steder fordi de føler at de ikke har kunnet gi en tilfredsstillende pleie og behandling. Det er ikke opposisjonens skyld, det er systemet det er noe feil med, og det er det systemet vi ønsker å endre på.

Så til slutt til Are Helseth, som sier at det ikke skal være budsjettkrav når jeg snakker om ISF. Selvfølgelig skal det være budsjettkrav. Men i hele ISF-biten ligger det en form for stykkpris. Jeg trodde Are Helseth som tidligere sjef på Først utmerket godt visste hva som lå i det. Det betyr at du faktisk får betalt for det du gjør. Da betyr det at når du utløser noe, skal du også få en ekstra kompensasjon.

Monica Carmen Gåsvatn (FrP) [14:07:00]: Nesten 800 000 nordmenn har revmatiske muskel- og skjelettplager. Mange av disse er uføretrygdet, men kunne ha vært i jobb dersom de hadde fått tidlig diagnostisering, nødvendig behandling, rehabilitering og opptrening. Helhetlige pasientforløp i et livsløpsperspektiv er av stor betydning.

Regjeringspartienes ambisjon er å redusere ventetider og andelen fristbrudd. Virkeligheten er at mange revmatikere landet rundt opplever at de blir nedprioritert i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Helsedirektoratet om ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2011 viser at det står 274 337 pasienter i kø i spesialisthelsetjenesten. Det kommer tilbakemeldinger på at pasienter med alvorlig revmatisk sykdom forskyves fra seks til åtte måneder for oppfølgingskonsultasjon. Per oktober 2011 var det 100 ukers ventetid for revmatologisk utredning ved Martina Hansens Hospital i Akershus, 72 ukers ventetid ved Betanien Hospital i Skien, og man kan bare fortsette å liste opp.

Hadde regjeringspartiene vist vilje til å redusere ventelistene og korte ned på ventetidene, hadde de tatt hensyn til innspillene som Fremskrittspartiet sammen med Høyre og Kristelig Folkeparti har kommet med i forhold til bruk av ledig kapasitet i privat og ideell sektor og ledig kapasitet i utlandet. Regjeringspartiene bør forstå at det er hensiktsmessig å ta svingningen i pasientmassen ved å bruke private tilbydere, avtalespesialister og benytte seg av ledig kapasitet i utlandet.

Regjeringspartiene snakker varmt om hvor viktig det er for pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis, senskader etter poliomyelitt, atopisk eksem, astma og andre lunge sykdommer å ha tilbud om behandlingsreiser til utlandet. Det en registrerer, er at antall reisende gikk ned i 2011, ifølge tall fra Seksjon for statlige behandlingsreiser. Det ble en reduksjon på 74 voksne, og det ble 28 færre barn. Dessverre fortsetter trenden i 2012 ved at statsbudsjettet ikke åpner for økning i antall behandlingsreiser for revmatikere. Konsekvensen av at færre revmatikere får innvilget reise, kan være flere sykmeldinger og mulige ufrivillige uførhetstrygder.

Fremskrittspartiet mener det er uakseptabelt når kronisk syke pasienter opplever å få dårligere helse fordi de er nedprioritert og havner langt bak i behandlingsskøen. Det er dobbeltmoral når regjeringspartiene på den ene siden bruker store ord som økt satsing på forebygging og tidligere og raskere behandling og på den andre siden lar være å ta i bruk ledig kapasitet hos private og frivillige aktører.

Når ideologien er sterkere enn hensynet til enkeltmennesker, er det de svakeste som lider. Det bør regjeringspartiene ta inn over seg.

Olemic Thommessen (H) [14:10:12]: Jeg vil komme med en bekymringsmelding knyttet til forholdene rundt trygt fødetilbud – altså fødselstilbudet. Helsedirektoratet har utarbeidet en manual, et utgangspunkt som heter «Et trygt fødetilbud», etter oppdrag fra Stortinget. Trygt fødetilbud ble vedtatt i 2010, og den gir detaljerte krav når det gjelder kvaliteten i fødselstilbudet. Den synliggjør seleksjon av fødende til de ulike nivåer, altså fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk, bemanningskrav for leger og jordmødre, tverrfaglig geografisk servicetilbud, systemkrav og krav i forhold til dokumentasjon, kompetanseheving, informasjon og rettigheter til pasientene.

Veilederen er sterkt forankret i de faglige miljøene og i brukerorganisasjonene. Den gir klare kvalitetsforbedrende krav og inneholder detaljert beskrivelse til hvilket nivå risikofødende skal henvises til for forløsning. I hovedsak skal risikofødende forløses på kvinneklinikk.

Jeg har mottatt flere uromeldinger når det gjelder dette. Det er uro og økende antall bekymringsmeldinger fra klinikkene. De regionale helseforetakene har valgt å utsette implementering av kvinneklinikk mange steder, og flere steder er det et begrenset antall fødeinstitusjoner som oppfyller kravene i henhold til den nye veilederen.

For Sykehuset Innlandet, mitt eget område, er også situasjonen den at kapasiteten i prinsippet ligger der. Bemanningen finnes. Det som skal til for å få etablert en kvinneklinikk, er svært begrensede ekstra kostnader og

marginale forsterkninger knyttet til vaktordninger og administrative ordninger. Likevel drøyer det ut å få dette på plass. Det knytter seg til langdryge planprosesser og posisjonering de enkelte sykehusene imellom innenfor rammen av sykehuset. Lokale stridigheter på flatbygdene står med andre ord i veien for å få til et godt tilbud til de fødende. Slik bør det ikke være. Når vi også får meldinger om at andre regionale helseforetak lar det dra ut med implementeringen av kravene i «Et trygt fødselstilbud», ja da lyder det for meg som om det må være en politisk oppgave å sørge for at dette kommer på plass. Det å ha et trygt fødselstilbud er noe av det viktigste vi kan tenke oss i helsevesenet. Til det knytter trygghetsfølelsen seg. Da må dette på plass.

Presidenten: Bent Høie har hatt ordet to ganger tidligere i debatten og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Bent Høie (H) [14:13:27]: Jeg har bare behov for å oppklare noen misforståelser når det gjelder Høyres og opposisjonens syn på Samhandlingsreformen. For det er ikke, som Kjersti Toppe prøvde å gi inntrykk av, slik at opposisjonen er imot ordningen med kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter. Tvert imot, det er noe som Stortinget enstemmig har sluttet seg til. Forskjellen er det som representanten Jonni Helge Solsvik tok opp i sitt innlegg, nemlig avtaleforholdet mellom sykehusene og kommunene. Det overrasker meg at ikke Senterpartiet, som har tradisjon for å være et kommuneparti, ser at det er en skjevhet i maktforholdet mellom helseforetakene og kommunene, og at de ikke støtter opposisjonens forslag om at kommunene frivillig skal ha inngått avtaler med sykehusene før den betalingsplikten inntreffer. Med det forslaget ville maktforholdet vært helt annerledes enn det regjeringen legger opp til, der kommunene tvinges til å inngå avtaler og er den eneste parten som vil tape penger hvis en sann avtale ikke inngås.

Så vil jeg vise til det som helseministeren sa om 5 mrd. kr. Helseministeren har selv sagt at kommunene ikke kan bruke dette til annet enn å betale for sykehusene.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:14:49]: Jeg kan forsikre om at verken jeg eller regjeringen har gått vekk fra intensjonene i Samhandlingsreformen. Vi er like opptatt av det som vi har vært i alle de årene vi har lagt inn penger – år etter år – for at kommunene skulle kunne søke midler til prosjekter og posisjonere seg til å være klar når reformen ble iverksatt. Mange har gjort det. Derfor har vi mange piloter. Derfor har vi også erfaring med mange prosjekter, faktisk i hele landet.

Så er jeg særdeles enig i at det må være en likeverdighet mellom sykehusene og kommunene. I noen sammenhenger ønsker kommunene å samarbeide; da gjør de det. Det er bra, for man kan ikke gjøre det samme i en liten kommune som i en stor kommune – eller hvis man samarbeider. Men så er nå engang geografien i Norge sånn at om man samarbeider aldri så mye, blir det lange avstander uansett.

Dette har også vært en debatt hvor posisjonen har

blitt beskyldt for å skjønne og rose helsevesenet og – jeg holdt på å si – vice versa. Men jeg trenger jo ikke å stå og skjønne noe som helst. Det er jo faktisk – eller «uomtviselig», som Are Helseth sa, det er et godt ord – sånn at vi scorer ganske godt på noen områder. Det skal vi være glade for, for vi er privilegerte i dette landet. Men det er heller ikke tvil om at det er ting vi kan bli bedre på. Det er derfor regjeringen har satt kvalitet, pasientsikkerhet og forløpstider så ettertrykkelig på dagsordenen. Det siste skal vi diskutere senere i dag, så det regner jeg med at vi kommer tilbake til.

Dette er viktig. Det er viktig for pasientene i Norge. Det er viktig at de vet at når de kommer på sykehus, blir de trygt ivaretatt, og at når det skjer noe feil, gjør man alt man kan for å unngå at det skjer igjen.

Så må vi jobbe med ventetidene. Det vises til at vi har mange som står i kø. Poenget er jo hvor lenge de står i kø. Derfor har det vært viktig for regjeringen å få ned ventetidene. Det er noe vi virkelig skal jobbe videre med, og få til, for det er også en veldig viktig del av kvalitetsarbeidet.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 1217)

Sak nr. 2 [14:17:42]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om å nedsette et offentlig utvalg som skal følge opp Ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede (Innst. 54 S (2011–2012), jf. Dokument 8:139 S (2010–2011))

Presidenten: Etter ønske fra komiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 minutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Tore Hagebakken (A) [14:18:42] (ordfører for saken): Aller først vil jeg takke mine tidligere komitékolleger, for i denne saken har det virkelig vært en svært samarbeidsvillig og samstemt komité. Jeg vil sjølsagt også takke Venstre, som har hatt den ikke helt uvesentlige rollen å stå bak forslaget som komiteen har hatt til behandling.

Gjennom innstillinga gir vi to klare og viktige føringer for å bedre livssituasjonen til utviklingshemmede. Vi vil ha en helhetlig utredning som vurderer resultatene av ansvarsreformen fra 1991 og levekårssituasjonen for utviklingshemmede og – jeg understreker det – også deres pårørende, og at det i lys av dette skal vurderes tiltak for

hvordan livsvilkårene for de utviklingshemmede kan bedres. Særlig viktig mener vi det er å vurdere situasjonen knyttet til bolig, arbeid, fritid og helse, og vi understreker at deltakelse fra utviklingshemmedes egne organisasjoner i arbeidet med denne utredningen er nødvendig for et godt resultat. Vi ber ikke om noen NOU; det er veldig tidkrevende. Vi vil ha et godt arbeid, men vi vil ikke at det skal brukes mer tid enn nødvendig.

En viktig del av en slik utredning vil være boligsituasjonen. Det mener jeg er det andre hovedbudskapet fra innstillinga i denne saken.

Når vi understreker at målene i reformen står fast, og at ett av formålene med reformen var en avvikling av institusjonsomsorgen, må vi løfte pekefingeren når vi ser at det bygges stadig flere store bofellesskap. I hvilken grad boligløsningene framstår som institusjonslignende, handler jo mye om bygg, hvor mange som bor i samme fellesskap, og hvordan bofellesskapene er utformet. Men ikke bare det: Hvordan tjenestene er innrettet, om de er individuelle kontra kollektive, er også helt sentralt.

Vår oppgave, uansett hvilket forvaltningsnivå vi finner oss på, er å tilrettelegge for at utviklingshemmede skal kunne ha mulighet til å leve mest mulig sjølstendige liv. Da må utviklingshemmede, som alle andre, sjøl kunne velge hvem de vil bo sammen med. En enstemmig komité er tydelig på at byggeprosjekter som klart avviker fra ansvarsreformens intensjon, ikke bør få støtte fra Husbanken. For å snu på det: Jeg håper det ikke er mange som mener at staten faktisk skal støtte prosjekter som klart avviker fra hensikten med en reform et samlet storting står bak, både i 1991 og i dag.

Jeg er glad for at både kommunalministeren, som har ansvaret for Husbankens virkemidler, og helseministeren har pekt på de utfordringene som ligger her, og er opptatt av å gjøre noe med det. Jeg legger til grunn at komiteens tydelige signaler følges opp så raskt det lar seg gjøre.

Et klart mål med ansvarsreformen er at utviklingshemmede, så langt som mulig, skal kunne ha samme levkår og samme valgfrihet som andre. Jeg har sagt en del om bolig; mer kunnskap om det vil vi også få gjennom den utredningen vi ber om. Men komiteen er også bekymret for bruken av medisiner for psykiske lidelser til utviklingshemmede.

Vi er også opptatt av at fritidstilbudene belyses og bedres. Arbeid for alle skal også gjelde utviklingshemmede. Mange flere utviklingshemmede enn det vi ser i dag, kan være i arbeid, og slik også være en ressurs for samfunnet når det gjelder verdiskaping. Manglende jobbtilbud er på mange måter en samfunnsskapt barriere. Det behøver ikke å være slik. Vi vet alle hva arbeid betyr for deltakelse i det sosiale fellesskapet, for følelsen av å mestre, og mye mer – og også det å kunne komme hjem etter en arbeidsdag eller en arbeidsuke og slappe av. Ofte blir behovet for tjenester da også mindre.

Mye bra har skjedd som følge av ansvarsreformen. Jeg kunne brukt mye tid på å si noe om det, men det viktigste nå er å rette opp det som ikke er godt nok, eller som går i feil retning. Da skal vi bruke all den kunnskapen og erfaringen som finnes, og som brukere, tjenesteytere og andre har. Vi skal ta med oss lærdom fra de gode prosjektene

som er gjennomført, og som pågår, og dem er det mange av.

Når den helhetlige utredningen så foreligger, med vurdering av hvilke tiltak som trengs, vil jeg tro at vi har et svært godt grunnlag for å gjøre det som skal til for virkelig å virkeliggjøre intensjonene, slik vi ønsker med den 20 år gamle reformen.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [14:23:45]: Først vil jeg takke Venstre, som satte saken på dagsordenen. Takk også til saksordføreren. Selv om Tore Hagebakken ifølge min far kommer fra «gærne» siden av Mjøsa, har han i denne saken, tross det handikaket, vist at han har noe av fornuften i behold.

Behandlingen av saken startet på vanlig måte, med at vi skrev våre respektive partimerknader, men saksordføreren tok raskt til orde for at han ønsket at vi skulle forsøke å få til noe vi alle kunne stå sammen om. Han delte Fremskrittspartiets intensjon og støttet forslaget om å få til en evaluering av ansvarsreformen. Velviljen kom også til syne ved at han brukte vesentlige deler av Fremskrittspartiets og de andre opposisjonspartiernes merknader i den felles teksten. I mine seks år på Stortinget med en flertallsregjering hører en slik tilnærming dessverre til sjeldenhetene – noe jeg mener er trist.

Etter min oppfatning er det i brytningen mellom de ulike meningene at en kan finne de gode løsningene som kan vare over tid. Store omstillinger, endringer og tiltak som ikke har et bredt politisk flertall bak seg, har etter min oppfatning ikke samme mulighet for å bli en suksess.

I denne saken handler det om å få evaluert en vesentlig omstilling – en reform som skjedde for 20 år siden. I det private skjer omstillinger hele tiden. Det evalueres, og det tilstrebes at det som er bra, skal styrkes ytterligere, og det som er dårlig, må byttes ut med noe som er bedre, mens store endringer i det offentlige gjerne skjer i form av reformer, nærmest som skippertak, med 10–15 års mellomrom. Problemet er at en ofte ikke har gode nok grunnlagsdata og oversikt over virksomheten i utgangspunktet, og at reformen ikke følges opp med evaluering og forskning for å kartlegge om intensjonen er nådd og for å avdekke gode og dårlige sider ved det omstillingsarbeidet som er gjort.

Ansvarsreformen føyer seg dessverre inn i denne rekken. Fremskrittspartiet var skeptisk til HVPU-reformen i utgangspunktet. Våre representanter ga uttrykk for at mange psykisk utviklingshemmede kunne bli isolert og ensomme, og at den kommunale habiliteringstjenesten ikke var i stand til å gi et godt nok tilbud til alle brukerne.

I 1985 uttalte Lossius-utvalget at

«utvalget kan ikke se at HVPU har kompetanse som ikke finnes eller kan bygges opp innenfor de vanlige etater i kommunen.»

Dessverre er det flere tegn som tyder på at habiliteringstjenesten og samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende for denne målgruppen, selv 20 år etter at reformen trådte i kraft. Det er klart at det er et vesentlig behov for å avdekke årsakene til dette, ikke minst sett i lys av de endringene som nå også vil komme som følge

av Samhandlingsreformen. Det er verdt å merke seg at det kun er ca. 13 årsverk i nevrologi og 10 årsverk i psykiatri som på landsbasis er knyttet til habilitering. Disse årsverkene er igjen brutt ned i små deltidstillinger. Dette er ikke en heldig situasjon når vi vet at målgruppen for habiliteringstjenester har komplekse og sammensatte tilstander, og at psykisk utviklingshemmede gjerne har behov for at det brukes mer tid med dem enn med en gjennomsnittspasient, da de ofte er vanskeligere både å diagnostisere og behandle. Fremskrittspartiet er derfor opptatt av at vi må få økt fokus på å bygge opp en velfungerende habiliteringstjeneste.

Det er også verdt å merke seg den utviklingen som skjer i Kommune-Norge, og de boløsningene som velges. Kommunalministeren uttalte i Samfunn for Alle, nr. 5 2011, en sterk motstand mot utviklingen som går i retning store bofelleskap. Hun uttrykker bekymring for den re-institusjonaliseringen som foregår. I det foregående nummeret av samme tidsskrift gir professor Karl Grunewald i Sverige uttrykk for stor bekymring for utviklingen av omsorgsgettoer i Norge. Det vises til at grunnlaget for nedbyggingen av institusjonsomsorgen i store trekk var den samme både i Norge og Sverige. Grunewald forklarer årsaken til at Sverige ikke har opplevd en slik institusjonalisering som Norge, med et tydelig svensk lovverk.

Det er også verdt å merke seg at helsetilsynet i løpet av disse 20 årene kun har hatt to landsdekkende tilsyn ved bofelleskapene for psykisk utviklingshemmede i forhold til bruk av tvang og makt. Det ble avdekket lovbrudd i tre av fire bofelleskap. Tung medisiner, som har ført til dødsfall, og utstrakt feilmedisinering hører vi også om, i tillegg til at mangel på faglig kvalifisert personell til å håndtere psykisk utviklingshemmedes helsesituasjon synes å være tilfellet. Dette er ikke akseptabelt.

Stortingets intensjon for 20 år siden var at mennesker med psykisk utviklingshemning skulle ha samme rett som andre til å leve et aktivt og selvstendig liv. Vi må finne ut av hvorfor denne gode intensjonen ikke følges opp i praksis. Derfor står vi sammen om dette forslaget.

Sonja Irene Sjøli (H) [14:28:21]: Først vil jeg gi honnør til forslagsstillerne fra Venstre for å sette livssituasjonen for psykisk utviklingshemmede på dagsordenen, og også til saksordføreren, som på en utmerket måte har redegjort for komiteens innstilling, og for den jobben han har gjort for å få til nettopp en enstemmig innstilling.

Ansvarsreformen ble jo vedtatt i 1991, og fra Høyres side vil vi understreke at målene for ansvarsreformen må ligge fast. Det er betryggende at en enstemmig komité, som sagt, står bak innstillingen.

Et av formålene med ansvarsreformen var en avvikling av institusjonsomsorgen og at utviklingshemmede så langt det var mulig, skulle ha rett til samme levekår og valgfrihet som andre.

Selv om mange lever et aktivt og selvstendig liv, er det ifølge den ferske levekårsundersøkelsen flere forhold som gir grunn til bekymring. Situasjonen for mange utviklingshemmede er ikke tilfredsstillende. Statens råd for likestilling av funksjonshemmede arrangerte i september 2008 en

høringskonferanse om utviklingshemmedes levekår og leverte en rapport med syv anbefalinger til regjeringen om å rette opp dagens situasjon og sikre ansvarsreformens grunnleggende målsettinger.

De foreslo å sette ned et offentlig utvalg som skulle gjennomgå livssituasjonen, levekårene og tjenestene for utviklingshemmede, slik det fremkommer i forslaget. Videre foreslo de at det måtte fremmes tiltak for å motvirke økt segregering og store samlokaliseringer i boligtilbud til utviklingshemmede. De mente også at det måtte rettes spesiell oppmerksomhet mot bruken av små stillingsbrøker i kommunene, og at kompetansen måtte økes på alle tjenestenivåer.

De foreslo videre at det måtte presiseres i lov og regelverk at tjenestene skal tildeles på individuelt grunnlag og ikke kobles til bolig. De foreslo også at det må gjennomføres en undersøkelse vedrørende bruken av segregerte tilbud i skolen og en gjennomgang av skolens oppfølging av elever med utviklingshemning, og at kompetansen i Nav og i skolens rådgivningstjeneste må styrkes. Endelig foreslo de at muligheten for aktiv fritid må bli en realitet, og at ledsagerbevis blir en nasjonal ordning. Dette er gode og kloke forslag som må tas opp i en slik utredning som Stortinget nå ber om.

Jeg leste i forrige uke en tankevekkende kronikk i Aftenposten; den het Svikter de svakeste av Nils Olav Aansonsen. Han viser bl.a. til at spesialisthelsetjenesten for målgruppene for rehabilitering – psykisk utviklingshemmede, tidlig ervervede hjerneskader, mentalt retarderte med epilepsi og andre nevrologiske følgetilstander, autisme m.m. – krever tverrfaglighet og tålmodighet. Disse pasientene har komplekse og sammensatte tilstander. De henvises bl.a. for utredninger av årsaksforhold, grad av funksjonshemming, utredning av autismespekterforstyrrelser og psykiatriske og nevrologiske lidelser som krever tverrfaglig spesialisert utredning.

Han viser til at det i dag er ca. 13 årsverk i nevrologi knyttet til habilitering av voksne. Bare vel halvparten av disse er faste fulltidsstillinger, dette til tross for at den mest alvorlige nevrologiske funksjonshemming finnes nettopp i denne gruppen. Det er f.eks. mer enn 10 000 psykisk utviklingshemmede som har epilepsi. Disse pasientene er vanskelige både å utrede og å behandle og blir langt på vei neglisjert. Psykiske lidelser i denne gruppen forekommer mer enn dobbelt så hyppig som hos normalbefolkningen. Det er omkring 15 000 utviklingshemmede som har psykiske lidelser. Han mener at resultatet av mangelen på kvalifisert personell fører til at disse pasientene underdiagnostiseres og feilbehandles. Dette er alvorlig.

Han spør tilsynsmyndigheten hvorfor de ikke har interessert seg for dette. Han mener rapporteringsrutinene ikke spør etter små tverrfaglige miljøers integritet og levedyktighet og heller ikke om fristbrudd og ventetider.

Innholdet i denne kronikken om helsetilbudet til denne gruppen gjorde et sterkt inntrykk, og jeg vil be helseministeren også sørge for at dette området blir fulgt opp fra tilsynsmyndighetenes side. Det mener jeg er nødvendig for å få kartlagt situasjonen og behovet for en ekstra innsats for å sikre denne gruppen et forsvarlig helsetilbud.

Høyre støtter helhjertet opp om at det gjennomføres en helhetlig utredning som vurderer resultatene av ansvarsreformen og levekårssituasjonen for både brukere og pårørende, og i lys av denne vurderer tiltak for å bedre livssituasjonen, og jeg ser fram til at Stortinget får en sak til behandling etter hvert. Jeg vil igjen spesielt understreke behovet for å se på helsetilbudene til denne gruppen.

Geir-Ketil Hansen (SV) [14:33:41]: Jeg ber om ordet for også å gi min honnør til Venstre, som har tatt opp saken, og til saksordføreren, som har bidratt til å få til en enstemmig komitéinnstilling.

Det er nå 20 år siden ansvarsreformen ble vedtatt, og særomsorgen for psykisk utviklingshemmede ble nedlagt. Siden den gang har vi lagt ned særinstitusjonene, og det har vært bred enighet om målet om at alle mennesker skal få leve frie og selvstendige liv. Dette målet for denne politikken står fortsatt ved lag.

Nå har vi imidlertid fått en utvikling, ikke for alle, men for noen, der flere og flere bekymrede røster melder seg. Det meldes om manglende alternative valgmuligheter når det gjelder boliger. Vi har fått en utvikling i noen kommuner hvor det bygges større og større boenheter, ikke for fire–fem, men for 20–30. Det var ikke det som var målsettingen. Da nærmer vi oss nye institusjoner. Det meldes også fra noen kommuner at flere og flere utviklingshemmede mangler arbeidsplasser, tilbud om arbeid, og for noen også gode dagtilbud. Det er en utvikling som bekymrer og som vi er nødt til å ta på det dypeste alvor. Så vi må sikre at alle i samfunnet får leve frie og selvstendige, meningsfulle liv som var og er målsettingen med politikken på området.

Dag Olav-saken i Stavanger er en type sak som gir grunn til bekymring. Dag Olav ble fratatt en tomt han hadde fått – en tomt han skulle bygge hus på – fordi han var utviklingshemmet. Den typen saker tyder på at noen steder blir ikke menneskeverdet tatt på alvor, og ikke alle gis like muligheter. Derfor er jeg så glad for at vi har fått til en enstemmig innstilling om at det nå skal foretas en helhetlig utredning. Vi skal se på levekårssituasjonen, både for dem det gjelder, og ikke minst for deres pårørende. Vi skal vurdere hvilke tiltak som trengs for å bedre levekårene. Det er spesielt viktig at vi er enige om å gi oppmerksomhet til utviklingshemmede – deres situasjon – og muligheter med tanke på bolig, arbeid, fritid og helse.

Kjersti Toppe (Sp) [14:36:21]: Reforma i helsevesenet for psykisk utviklingshemmede, også kalla HVPU-reforma eller ansvarsreforma, blei vedteken i 1991, og ein samla komité understrekar i dag at måla for reforma ligg fast. Utviklingshemmede skal så langt det er mogleg, ha rett til same levekår og valfridom som andre. Vi understrekar at menneske med utviklingshemming har rett til å leva aktive og sjølvstendige liv, og at det ligg forplikningar i reforma. Tverrpolitisk peiker vi på at levekåra for utviklingshemmede må bli betre i mange kommunar.

I mange kommunar har vi sett at det er ein tendens til at det blir bygt stadig større omsorgssenter. Derfor må bustadsituasjonen følgjast tett for å hindra tendensar

til reversering av reforma. Vi viser i innstillinga til det som var retningslinjene og minimumskrava for Husbankens vurderingar av bustader for menneske med psykisk utviklingshemming då reforma blei innført. Eit anna viktig område er kvalitet og kompetanse i tenestene. Særleg graverande er historier om menneske med psykisk utviklingshemming som har blitt utsette for feil medisinerings – overmedisinering – som tilsynelatande ikkje har vore til brukaranes beste. Kunnskap om og kontroll av medikamentbruk for menneske med psykisk utviklingshemming og slik sikra rett medikamentbruk må vera eit heilt sentralt satsingsområde i åra framover.

Likeeins er det bekymringsfullt at Statens helsetilsyn har avdekt utstrakt bruk av ulovleg tvang og makt. Manglande aktivitetstilbod og manglande helsetilbod for menneske med psykisk utviklingshemming er også ein realitet mange stader.

Eg er veldig glad for at ein samla komité no meiner det er av vesentleg betydning at det blir sett i verk tiltak som sikrar at ansvarsreformas intensjonar blir følgde opp. Både Statens råd for likestilling av funksjonshemmede og Norsk Forbund for Utviklingshemmede har støtta nedsetjing av eit nytt offentleg utval som skal gjennomgå livssituasjonen, levekåra og tenesta til utviklingshemma.

Komiteen støttar altså intensjonen bak og at det må gjennomførast ei heilskapleg utgreiing som vurderer resultatane av levekårssituasjonen for brukarar og pårørande. Målet må vera å komma fram til tiltak som betrar situasjonen og levekåra for denne gruppa.

Senterpartiet er altså glad for å vera med på den tverrpolitiske samlinga som har vore i denne saka. Stor takk til forslagsstillarane og, ikkje minst, til saksordførar Tore Hagebakken.

Laila Dåvøy (KrF) [14:39:02]: Jeg er svært glad for at Venstre har fremmet dette Dokument 8-forslaget. Samtidig vil jeg berømme regjeringsfraksjonen i helse- og omsorgskomiteen for det arbeidet de har lagt ned i saken, og for godt samarbeid. Det betyr, som flere har vært inne på, at komiteen enstemmig mener at det må gjennomføres en helhetlig utredning, og at det er særlig viktig å vurdere situasjonen knyttet til bolig, arbeid, fritid og helse i lys av ansvarsreformen.

La meg ta noen eksempler fra de siste ukene som helt klart dokumenterer behovet for denne utredningen, og som etter min mening tilsier at den bør gjennomføres så raskt som mulig. Den 26. november hadde NRK Rogaland et oppslag om økning av tvangsbruken i bofellesskap. De viste til at bruken av tvang mot utviklingshemmede er langt mer vanlig enn tidligere kjent. De sa videre at økt satsing på meldekultur, ifølge Helsetilsynet, har ført til at tallene for tvangsbruken nærmest er fordoblet. Rogaland alene har hele 5 800 ordinære innmeldinger om tvangsbruk innrapportert hittil i år mot 3 100 året før. Dagen før meldte Rogaland NRK også at det de siste 20 årene kun har vært to landsomfattende tilsyn om bruk av tvang i bofellesskap. Norsk Forbund for Utviklingshemmede, NFU, mener at myndighetene ikke avdekker lovbrudd godt nok.

Tidligere samme uke viste NRK til en rapport fra

NTNU om at utviklingshemmede blir plassert i bofellesskap som er større enn institusjoner som ble lagt ned på 1990-tallet. NFU mener myndighetene ikke har kontroll på det som skjer i kommunale bofellesskap. De sier også at det er total mangel på veiledning og kompetanse. Forrige uke sendte NFU et brev til kommunalminister Liv Signe Navarsete, der de gir viktige innspill til hvordan Husbankens praksis ved tildeling av lån kan gjøres mer i tråd med reformens intensjoner og lovkrav.

Kommentator Kari Gåsvatn sier i Nationen den 25. november at mennesker med utviklingshemming har fått det verre igjen de siste ti årene. Hun skriver at mye kan forklares med at saksfeltet plasseres i omsorgssektoren, mens det grunnleggende sett er et spørsmål om diskriminering kontra likestilling.

Dette er viktig. Ett virkemiddel i denne sammenheng som regjeringen kan bruke, er å ratifisere FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Kristelig Folkepartis Dagfinn Høybråten sendte skriftlig spørsmål til utenriksministeren om dette den 30. november – for noen få dager siden. Jeg vil også nevne at arbeids- og sosialkomiteen i sin innstilling til budsjettet for 2012 har skrevet følgende:

«Komiteen har merket seg at regjeringen i flere år har varslet en stortingsproposisjon om ratifisering av FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Komiteen viser til at denne ble undertegnet i mars 2007, og understreker betydningen av at Norge nå ratifiserer denne konvensjonen.»

Dette er svært positivt.

Vi ønsker alle en bedre hverdag og et bedre liv for mennesker med utviklingshemming. De politiske signalene fra alle partiene er helt klare: Ansvarsreformens intensjoner skal oppfylles. Barne- og likestillingsministeren arrangerer i disse dager konferanser i hele landet for å revitalisere ansvarsreformen. Det er gledelig.

Arbeidet fremover dreier seg om langt mer enn bolig og tvang. La meg bare nevne noen andre områder med stort forbedringspotensial: arbeid, aktivitet, opplæring, helse, medisinerings m.m.

Når så utredningen vi i dag tar til orde for, er ferdig, må vi alle bidra til å påse at levekårene til utviklingshemmede bedres.

Abid Q. Raja (V) [14:43:33]: Jeg vil starte med å uttrykke glede over at en enstemmig helse- og omsorgskomite har vært enig med Venstre i at det er på høy tid med en evaluering av ansvarsreformen. Jeg er i stor grad enig med de øvrige talerne, som jeg har forstått har trukket fram ulike grunner til at reformen bør evalueres. Jeg vil likevel kort si litt om hvorfor Venstre fremmet dette forslaget.

Ansvarsreformen, som ble vedtatt i 1991, skulle flytte de funksjonshemmede fra sentrale institusjoner tilbake til sine hjemkommuner. Formålet med reformen var å utvikle institusjonene samt å bedre og normalisere levekårene for mennesker med utviklingshemming. Intensjonen med reformen var god, men det har i ettertid vist seg at den har

fått mange utilsiktede virkninger. Noe av grunnen er kanskje at alle funksjonshemmede ble behandlet som om de er en ensartet gruppe.

Jeg vil påstå at ansvarsreformen i praksis ble en boligreform. Alle skulle flyttes, helst til egen bolig, i sine hjemkommuner, og det ble sett bort fra at utfordringene var langt mer differensierte. Mange funksjonshemmede lever i dag i ensomhet. Vi hører jevnlig om unge funksjonshemmede som er plassert på sykehjem i kommunen sin, fordi det ikke finnes noe godt alternativ. Der de før bodde sammen, lever de nå i hver sin leilighet. Noen funksjonshemmede fungerer så godt at de kan klare seg selv i egen bolig med brukerstyrt personlig assistent, mens andre nok vil ha det best på en godt tilpasset institusjon.

Det er meget godt dokumentert at ansvarsreformen har flere alvorlige mangler. Det er manglende bredde i tiltakene til de godtfungerende og dem med omfattende og komplekse funksjonshemminger. Det er lite individuelle tilpassninger. Det mangler systematisk kultur- og fritidstilbud, og det mangler systematisk helse- og aktivitetsarbeid.

Nylig var det en sak oppe i media hvor pårørende var opprørt over sin funksjonshemmede sønn, som tidligere var blid, utadventd og livsglad, men som etter at han ble flyttet tilbake til kommunen, mistriivdes så mye at han ble både deprimerert og aggressiv. Løsningen kommunen hadde på dette, var å medisinere ham med sterkere og sterkere medisiner, slik at de klarte å håndtere ham. Resultatet var en sønn som de pårørende ikke lenger kjente igjen. For de pårørende var det smertefullt å se endringene uten å kunne gjøre noe med det, og det må ha vært svært fortvilende for den funksjonshemmede selv å få sin livskvalitet så forringet.

Det kan ikke være noen tvil om at det i dette tilfellet ikke var til guttens beste å bli tilbakeført til kommunen. Det eneste svaret enkelte kommuner har på «litt vrirne» brukere er å medisinere, fordi de mangler kompetanse og ressurser til å møte utfordringene på en bedre og mer verdig måte.

Eksemplet er nok ikke enestående. Slik tror jeg det er for mange flere funksjonshemmede rundt i landet. Evalueringen av ansvarsreformen er derfor helt nødvendig og vil helt sikkert føre til en rekke endringer i tilbudet til funksjonshemmede.

Kvaliteten til et rikt land som Norge kan måles i hvor godt vi evner å inkludere mennesker med dårligere utgangspunkt og forutsetninger enn de fleste av oss. Et av Venstres kjerneområder er nettopp at vi favner om alles personlige frihet, men samtidig tar ansvar for fellesskapet og hverandre. Frihet for det enkelte menneske gjelder også for de funksjonshemmede.

Gjennomtrekk av ansatte i hjelpesystemet kan være en belastning for brukerne og deres pårørende. Det er mulig tiden er inne for å se på en endring av turnusordninger, slik at funksjonshemmede ikke må forholde seg til så mange hele tiden. Et eksempel er å åpne mer for såkalt nordsjøturnus. Det ville gitt mer forutsigbarhet og stabilitet, bedre læringsbetingelser og kommunikasjon og ikke minst bedre livskvalitet. Jeg håper dette er en side av reformen som man kan drøfte i en evaluering.

Mange funksjonshemmede kan ikke kjempe sin egen kamp i systemet alene, de er prisgitt alle rundt seg. De er heldige, de som blir født hos idealistiske og ressurssterke pårørende. Vi må imidlertid ha gode ordninger også for funksjonshemmede barn i familier som har mindre ressurser til å orientere seg i systemet. Vi vet f.eks. at risikoen for å bli utsatt for omsorgssvikt er høyere for funksjonshemmede barn enn andre barn. Derfor mener jeg at også pårørendeperspektivet bør evalueres.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:48:28]:

Det var tverrpolitisk enighet om reformen for mennesker med utviklingshemning. Jeg er glad for at en samlet komité nå, 20 år etter at reformen ble iverksatt i 1991, understreker at målene for reformen ligger fast. Som komiteen vil jeg sterkt understreke at mennesker med utviklingshemning har rett til å leve aktive og selvstendige liv.

Levekårsundersøkelsen som ble gjort ti år etter reformen, viste at det hadde skjedd en betydelig offentlig satsing på å bedre tjenestene og levekårene. Samtidig var det fortsatt nødvendig å arbeide med tiltak for å møte viktige utfordringer, f.eks. lovbestemmelser om individuell plan, program for aldring og utviklingshemning, kompetansetiltak, nasjonal veileder for voksenhabiliteringstjenesten og strategiplan for habilitering av barn og unge.

I 2007 oppsummerte Helsedirektoratet eksisterende kunnskap om rettssikkerhet og levekår for utviklingshemmede i rapporten *Vi vil, vi vil, men får vi det til?*

I 2010 ble det samlet inn data om levekår og tjenester på oppdrag fra Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, NAKU, som ble opprettet i 2007. I rapporten *Innfridde mål eller brutte visjoner?* tegnes et sammensatt bilde. De fleste får gode leiligheter og er mer aktive i fritiden. Men det etableres stadig flere store bofellesskap, og færre har dagaktivitet. Rapporten viser at personalet i økende grad bruker organisatoriske begrunnelser for manglende selvbestemmelse. Barne-, likestillings- og inkluderingsministeren har etablert informasjons- og utviklingsprogrammet *Mennesker med utviklingshemning* skal heller ikke diskrimineres. Hensikten er å øke bevisstheten om målet med reformen.

Det er mye som peker i retning av økt bruk av medisiner for psykiske lidelser, og at disse blir forordnet uten at det er klare psykiatriske diagnoser eller evalueringer av behandlingen. Flere legemidler kan gi bivirkninger og uønskede reaksjoner. Samtidig er det slik at utviklingshemmede kan ha lidelser som ikke oppdages. Jeg ser alvorlig på dette. Et sentralt tiltak i Samhandlingsreformen er å styrke fastlegeordningen.

Habiliteringstjenesten yter viktige tjenester og har vært vektlagt i flere oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Det er laget veiledningsmaterieell som skal bidra til å styrke denne tjenesten.

Det er ikke forsvarlig å ty til legemidler fremfor å gi trygge omsorgstjenester. I Samhandlingsreformen stilles det krav til helhetlige forløp der brukeren skal være i sentrum. Det er nødvendig med gode samarbeidsrutiner på tvers av nivåer og faggrupper for å tilby individuelt tilret-

telagte tjenester. Brukere og pårørende skal delta i dette samarbeidet.

Jeg har nevnt noen områder der vi vet at forholdene bør bli bedre, og der vi er i gang. Komiteen ber om en helhetlig utredning som vurderer resultatene av ansvarsreformen etter 20 år, med særlig vekt på bolig, arbeid, fritid og helse. Jeg vil følge opp dette i samarbeid med brukerorganisasjonene.

På flere områder foregår det viktig arbeid som må tas med i et slikt arbeid. Arbeidsministeren setter i gang Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne i 2012. Målet er å øke deltakelsen i arbeidslivet for unge med nedsatt funksjonsevne. Arbeidsforskningsinstituttet har fått i oppdrag å innhente kunnskap om behovet for varig tilrettelagte arbeidsplasser. Et offentlig utvalg ser på hele tiltakstilbudet for personer med nedsatt arbeidsevne. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av dette året. I NOU-en «Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden» beskrives utfordringer knyttet til boliger for utviklingshemmede. Kommunalministeren vil følge opp dette i boligmeldingen i 2012.

I 2012 skal Helse- og omsorgsdepartementet sørge for evaluering av pasient- og brukerombudsordningen samt en utredning om rettssikkerhet, brukerstyring og kvalitet.

Mennesker med utviklingshemming har de samme rettighetene som oss. Vi kan ikke akseptere et dårligere tilbud til dem enn det vi ville akseptert for oss selv. Som alle oss andre har de også ulike behov, og som alle oss andre skal de få hjelp til å leve sitt liv best mulig. Det må være utgangspunktet for arbeidet vi nå skal gjøre.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jon Jæger Gåsvatn (FrP) [14:53:36]: Det er gledelig at samtlige partier nå står bak forslaget om utredning, og at statsråden sier at dette skal følges opp. Men nedsetting av et utvalg skal jo ikke være noen sovepute, og det finnes grep som faktisk kan gjøres straks. Det første er å skjerpe inn Husbankens regler for å unngå disse omsorgsgettoene, og det andre er spørsmålet om ikke Norge nå bør ratifisere FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Spørsmålet mitt blir da om helseministeren umiddelbart vil ta tak i disse tiltakene, for de er jo ikke avhengig av den evalueringen som skal skje, men de vil kunne bidra til å stoppe en negativ utvikling.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:54:12]: Spesielt det som dreier seg om boliger, er et viktig område. Det at det nå bygges mye større bofellesskap, som til forveksling er lik institusjoner, ser jeg på som alvorlig. Det ser også kommunalministeren, som er ansvarlig for Husbanken, på som alvorlig. Derfor blir også dette tatt opp i den meldingen som kommunalministeren legger fram i 2012, samtidig vet jeg at hun er oppmerksom på problemstillingene.

Selv om det kan være mangler ved reformen, tror jeg vi totalt sett må se på dette som en veldig positiv reform. Det var en helt annen situasjon vi hadde for 20 år siden,

da psykisk utviklingshemmede var gjemt bort på til dels svært store institusjoner med mange hundre beboere, i forhold til at de i dag bor i bofellesskap og er en helt synlig del av kommunebildet.

Sonja Irene Sjøli (H) [14:55:25]: Som jeg var inne på i mitt innlegg, er jeg opptatt av helsetilbudet til denne gruppen, og jeg synes at det som har fremkommet om manglende fagfolk, manglende spesialister til å diagnostisere og behandle denne gruppen, er svært alvorlig. Jeg vil be statsråden kommentere dette, om hun har noen tanker om hvordan dette skal sikres fremover – sikre gode, kvalifiserte fagfolk. Hvis det er riktig at det blir underdiagnostisert og feilbehandlet, synes jeg som sagt det er svært alvorlig. Det er heller ikke – slik det har fremkommet – noe tilsyn for denne gruppen. Så jeg vil også be statsråden om å kommentere det, om hun vil sørge for at det vil bli et tilsyn på dette området.

Til slutt: Jeg er tilfreds med at statsråden vil følge opp. Når kan vi forvente at en slik utredning vil være ferdig?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:56:28]: Jeg er veldig enig i at det er alvorlig hvis det er slik at helsetilbudet er for dårlig. Jeg vil også tro at veldig mange psykisk utviklingshemmede er veldig avhengige av å ha en fastlege som kan følge dem opp, og som er interessert i deres livssituasjon. For veldig mange er det en utfordring å kommunisere, fortelle hva som er i veien, eller i det hele tatt å kjenne smerte, så dette krever både innsikt og kompetanse.

I og med at dette skal være en del av det arbeidet som skal gjøres, vil jeg gjerne avvente før vi går videre inn og ser på hva som faktisk må gjøres. Man kan alltid si at mer kompetanse og riktigere kompetanse vil være viktig, for jeg tror nok også det er riktig at mange kan være underdiagnostisert og kanskje feildiagnostisert.

Når det gjelder tilsyn, er dette noe jeg vil ta opp med Helsetilsynet.

Laila Dāvøy (KrF) [14:57:40]: Litt om boliger: Jeg har forstått at grunnen til at Husbanken nå gir lån til store boliger, er at retningslinjene for Husbanken er endret. Jeg vet ikke hva som er bakgrunnen for det, men de har mulighet til å gjøre det. Noen av de boligene som bygges i dag, er kjempestore – det er mange titalls boere som skal bo i fellesskap, og da er man tilbake til om ikke de største, selvfølgelig, så likevel relativt store institusjoner som var, og som jo var en del av ansvarsreformen at man skulle ha bort.

Så sier statsråden at man vil komme tilbake til dette i boligmeldingen i 2012, men mitt spørsmål er om ikke man bør se på retningslinjene i Husbanken allerede nå, slik at man faktisk ikke bygger disse boligene.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [14:58:30]: Som jeg sa, er dette direkte under kommunalministerens område, som har ansvaret for Husbanken. Jeg vet at hun er spesielt oppmerksom på dette, fordi vi er blitt gjort oppmerksom på en del byggeprosjekter som absolutt er

til forveksling lik tidligere institusjoner, selv om de nå inneholder enkeltvis leiligheter.

I fjor fikk jeg utarbeidet en egen bok, som ble sendt til alle landets ordførere, med en presisering av hvordan man kunne gå fram for å få bolig til psykisk utviklingshemmede, både ved at de kan bygge på egen hånd, kanskje slå seg sammen med andre og bygge på egen hånd, og hvordan kommunen har ulike måter og modeller for å etablere tilstrekkelige og gode boliger som er målrettede for utviklingshemmede – også med det for øye at de er forskjellige og har ulike behov.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed avsluttet.

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

Eli Skoland (H) [14:59:56]: For 15 år siden hadde jeg som kultursjef gleden av å være vert for sommeridrettslekene for psykisk utviklingshemmede. Med hånden på hjertet kan jeg si at det er et av de mest inspirerende prosjekter jeg noensinne har vært engasjert i. Maken til livsglede, vinnerlyst – og med tilhørende tragedier når resultatene ikke ble som forventet! Det er ikke vanskelig å bli engasjert på vegne av disse medborgerne!

Livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede er ulik, men retten til å leve aktive og selvstendige liv skal være den samme. En grundig vurdering av bl.a. boligtilbud og boligsituasjon – som dette representantforslaget legger opp til – er sentralt i en slik sammenheng.

Jeg har tatt med meg et ferskt eksempel fra Hedmark. Det er mer å betrakte som et innspill til det utvalget som jeg nå regner med vil bli nedsatt. Kanskje kan det provosere litt. Uansett – en foreldregruppe for ti psykisk utviklingshemmede har sammen med ressurspersoner i ett og et halvt år arbeidet med prosjektering av et boligsamvirke i umiddelbar nærhet til steinerskolen i Stange kommune. Samvirket kaller seg Felles Framtid, og de ønsker å organisere seg som et borettslag underlagt et etablert boligbyggelag. På nabotomten ønsker en gruppering ressurspersoner, Bolig Ressurs, tilknyttet steinerbevegelsen, å etablere sitt eget bofellesskap, økonomisk og finansielt uavhengig av Felles Framtid. Bolig Ressurs planlegges også organisert som et borettslag under det samme boligbyggelaget. Samtidig ønsker de å etablere et inkluderende samvirke, der ressurspersonene vil kunne utgjøre en sosial trygghet og en tilleggsressurs. Dette inkluderende bofellesskapet vil i så fall bli det første i sitt slag i Norge.

Det er et stort underskudd på boliger for psykisk utviklingshemmede på landsbasis. Her har altså en gruppe foreldre tatt initiativ til å løse boligproblemet, de har påtatt seg omfattende arbeidsoppgaver for å kunne finansiere og bygge boliger som deres barn kan være trygge i. Men ved implementeringen av ansvarsreformen ble det jo gjort presiseringer, som flere har vært inne på, i forhold til dette med å begrense bygging til to til fem boenheter. Her snakker vi om ti boenheter. Det kan altså i ytterste konsekvens medføre at søknaden om personrettet tilskudd blir avslått. Det vil i så fall velte hele dette positive prosjektet.

Vi må ikke sette oss i en situasjon der vi ikke også har en åpning for nytenkning. Det er sjelden en regel uten et unntak. Psykisk utviklingshemmede skal også – som i dette tilfellet – ha rett til å velge hvem de vil bo med. Her er det snakk om et vennfellesskap på ti personer, med et sterkt senter ved siden av.

Lars Egeland (SV) [15:03:10]: Mange talere har gått 20 år tilbake, jeg vil starte over 40 år tilbake, i det skjellsettende året 1968. Da arrangerte International League of Societies for Mentally Handicapped sin generalforsamling i Jerusalem. Arne Skouen deltok fra Norge. De vedtok en erklæring som i 1972 i en litt endret form ble vedtatt av FN. Der heter det:

«Den psykisk utviklingshemmede har rett til forsvarlig medisinsk behandling og fysisk rehabilitering og til utdanning, trening, utrusting og veiledning»

– og så kommer det viktige:

«som kan sette ham i stand til å utvikle sine evner og muligheter til det ytterste, uten hensyn til hvor sterkt utviklingshemmet han er.»

Dette innledet en revolusjon der «normalisering» ble hovedbegrepet. Normalisering betyr ikke å bli normal, men å ha rett til en normal tilværelse, dvs. likestilling med alle andre med hensyn til rettigheter og plikter. Det kunne se ut som om det gikk fort, men det tok altså 20 år fra FN ga de psykisk utviklingshemmede deres menneskerettigheter, til ansvarsreformen ble vedtatt. I 1974 begynte en ung pleiemedhjelper på Dagsrudheimen, hun het Karin Mathiesen, senere kjent som forfatteren Karin Fossum. Hun skrev i et dikt fra Dagsrudheimen:

«I morgen

Skal alle anklagene dine

Være berettiget

Alle påstandene

Sanne»

Nå har det gått 20 år siden ansvarsreformen. Ser vi tilbake, har det skjedd enormt når det gjelder menneskeverd og synet på utviklingshemmede. Men det er grunn til å være bekymret likevel. Derfor er det gledelig at komiteen nå står samlet i sine kommentarer, og ikke minst at komiteen og alle talerne her i dag – kanskje med unntak av forslagsstillerne fra Venstre – understreker ideologien i ansvarsreformen. Det er viktig fordi vi opplever en del angrep på dette i dag. Noen hevder at det har gått for langt, normalisering kan ikke være idealet, osv. Ikke minst er dette – som mange har vært inne på – viktig ved planlegging av nye boliger, sånn at vi ikke legger opp til nye institusjoner. Dette handler selvfølgelig om penger. Det er et stort press på at kommunale tjenester skal bli billigere og mer effektive, men dette er et område hvor det veldig ofte ikke er mulig uten at det går ut over kvaliteten.

Utviklingshemmede er like forskjellige som deg og meg, ja – de er faktisk mer forskjellige. Det betyr at de og deres pårørende må få gjøre sine valg for livet, akkurat som oss. Men de er likevel, som gruppe, mennesker som ikke så lett taler sin egen sak. Derfor er de mer enn andre avhengige av å ha andre som taler deres sak. Jeg er så heldig å ha en multifunksjonshemmet søster som har

en egen bolig. Jeg kan besøke henne i boligen, og når jeg tar med meg utlendinger på besøk til henne, er det det de sitter igjen med som inntrykk – det er det som imponerer dem mest med Norge. Dette er den norske velferdsstaten på sitt beste. Men ikke alle utviklingshemmede og deres familier har det slik. Derfor er det viktig å evaluere ansvarsreformen, ikke for å skifte kurs, men for å se om målene er nådd.

Karin Andersen (SV) [15:06:30]: Det er ikke mange dager jeg er så glad som i dag. Jeg vil takke både forslagsstillerne, komiteen og statsråden for at man nå har gått inn for å evaluere reformen. Det er nødvendig, også fordi vi på en måte igjen må bekrefte prinsippene i reformen. Det arbeidet startet barne-, likestillings- og inkluderingsministeren da han sendte ut brev til alle institusjoner og kommuner om informasjons- og utviklingsprogrammet på dette området. Det er helt nødvendig at vi gjør det. Jeg var kommunepolitiker da reformen ble gjennomført, og det var en stor snuoperasjon, det kan jeg love. Det man ser nå, er at man på en måte skli litt tilbake igjen i særomsorgstenkningen. Derfor er jeg også, i likhet med min kollega, litt overrasket over at det er Venstre som her trekker fram institusjoner som en løsning for noen, mens utgangspunktet er det stikk motsatte – det er det vi ikke skal ha.

Denne saken handler, som flere har sagt, bl.a. representanten Dåvøy, om ikke-diskriminering og likestilling. Det handler ikke bare om enkeltmenneskets behov, men det handler også om utviklingshemmedes ønsker for sitt liv, som er like legitime som ønskene til hvem som helst av oss i vårt liv. Dette informasjons- og utviklingsprogrammet, som er sendt ut fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, skal gå til alle statlige etater. Det betyr at de må se gjennom sin måte å jobbe på. Det bør også være et krav til alle partier som sitter her nå og bekrefter at det er det de vil, om å gå tilbake til sine partier i alle kommunestyre og sørge for at dette blir gått gjennom der, for der tror jeg det er mye å hente.

Så til punktet om arbeid. Der har vi i arbeids- og sosialkomiteen nå sagt at vi ønsker å få kartlagt behovet for varig tilrettelagte arbeidsplasser, enten i skjermede bedrifter eller i ordinært arbeidsliv, og at man kan skille ut de tiltakene som handler om arbeid for folk som trenger tilrettelagt arbeid. For det handler ikke om tiltak, det handler om arbeid, og det er noe staten må bidra til i sterkere grad enn den gjør i dag. Det er gode tiltak. De er så gode at de også blir brukt for mange andre enn dem som har utviklingshemning, og derfor er det dessverre slik at flere med utviklingshemning som bør få tilbud, i dag står uten.

Så til medisinerer. Det er et tema jeg har jobbet mye med i andre sammenhenger, og jeg er helt overbevist om at for utviklingshemmede, i likhet med for eldre, er bivirkninger av medisiner som (presidenten klubber) ikke blir diagnostisert som det, men som ny sykdom ...

Presidenten: Da tror jeg resten av medisineringen må komme i en annen dose, for taletiden er ute.

Abid Q. Raja (V) [15:09:50]: Aller først vil jeg takke representanten Lars Egeland fra SV for ros til Venstre. Jeg deler også Karin Andersens glede i dag over enigheten i denne saken. Jeg skal la noe av det som hun kom med på slutten, ligge, men jeg mener at ansvarsreformen ikke bare bør bli en boligreform, man må se på reform av hele sektoren.

I et representantforslag i mars i år fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet, som også Venstre støttet, ble det foreslått å fjerne 26-årsregelen for treningsutstyr for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Forslaget ble ikke støttet av posisjonspartiene.

Den opprinnelige ordningen var ment for funksjonshemmede barn, men har gradvis blitt utvidet. Det er bra, men det er likevel en helt kunstig grense å sette. I et folkehelseperspektiv er det helt klart en stor fordel at også funksjonshemmede kan delta i fysisk aktivitet på linje med andre. Mye av dette utstyret er for dyrt til at den enkelte funksjonshemmede skal kunne ta kostnadene selv. Er det rimelig at den enkelte funksjonshemmede skal ta alle disse kostnadene? Selvfølgelig er det ikke det. Vi vet at dersom ikke funksjonshemmede får støtteordninger til spesialutstyr, blir det fort for dyrt for dem å drive fysisk aktivitet, og at man i praksis hindrer en stor gruppe mennesker å delta på en veldig viktig arena i samfunnet. Da er det bedre å ha en egenandel for treningsutstyr tilsvarende prisen for ordinært utstyr. Da vil man kunne begrense utgiftene og hindre unødvendige innkjøp.

Sett i et samfunnsperspektiv, hvor det å ha god helse er viktig, slik at man kan studere, arbeide og ellers ta del i og fungere i en familiesituasjon og i samfunnet generelt, vil en utvidet ordning på dette området være samfunnsøkonomisk besparende på sikt. I tillegg må et slikt forebyggende helsetiltak være helt i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner.

En annen sak er situasjonen til pårørende, som ofte er en svært viktig ressurs for funksjonshemmede. Der vet jeg at helseministeren er enig med Venstre. Vi vet at mange pårørende sliter seg ut med tunge omsorgsoppgaver de får lite eller ingen økonomisk støtte for fra det offentlige.

Også her er det en helt kunstig grense på 18 år. Enkelte funksjonshemmede vil ikke kunne klare seg selv etter fylte 18 år, og mange pårørende har like tunge omsorgsoppgaver, uavhengig av den funksjonshemmedes alder. Da er det et problem at mange rettigheter og økonomiske støtteordninger opphører når funksjonshemmede barn fyller 18 år, men fortsatt bor hjemme. For eksempel mister foreldrene retten til omsorgspenger dersom barnet deres blir sykt og er helt avhengig av tilsyn. Pårørende har rett til permisjon, men da uten lønn. Det er skuffende at det ikke legges bedre til rette for pårørende, og at de ses på som en ressurs som sparer samfunnet for store kostnader.

Jeg mener at dette regelverket også må ses grundigere på, og se på hvordan dette gang på gang kan skape vanskelige livssituasjoner for funksjonshemmede. Jeg kjenner selvfølgelig til Kaasa-utvalgets innstilling, men jeg mener at den ikke tar høyde for pårørende som velger å ha voksne barn boende hjemme. Spørsmålet blir jo om regjeringen kanskje ikke setter like stor pris på de pårørende som det

de prøver å gi inntrykk av. Dette er også en viktig oppgave, og dette trenger vi også å se nærmere på.

Karin Andersen (SV) [15:12:55]: Jeg hadde behov for å fullføre resonnementet mitt.

Det er slik at mange typer medisiner kan gi ganske alvorlige bivirkninger, sjøl i lave og vanlige terapeutiske doser. Jeg har gjennom mitt arbeid med sosialpolitikken blitt mer og mer oppmerksom på at en del av disse bivirkningene blir diagnostisert igjen som en ny sykdom, gjerne en psykisk sykdom, og at man da igjen får medisiner for å kurere en bivirkning av en medisin. Dette fører ofte til alvorlig sykdom og tilstander der man er enda mindre i stand til å ta vare på seg sjøl, og langt mindre ha glede av livet. Jeg tror at dette er en veldig viktig side av omsorgen for utviklingshemmede, at man må se på hvordan man bruker medisiner. Det har vært noen eksempler som har vært trukket fram når det gjelder det, som har vært svært alvorlige.

Representanten Skoland trakk fram eksempelet i Stange, som jeg også har interessert meg for. Det mest interessante med saken – synes jeg – var kanskje ordføreren i Stanges kommentar, der han sa at her må faktisk kommunen ha et ord med i laget, for kanskje de bor slik at det blir for dyrt for oss. Jeg tenker at den kommentaren sier alt om hvordan situasjonen mange steder er, at man synes at man har rett til å regne på noen mennesker her i verden, om hvor mye de koster, og om de skal få lov til å ta sine valg i sitt liv, slik som oss andre. Derfor er prinsippene her at man skal få lov til å velge den boformen man vil sjøl, og bo der man vil sjøl.

Så til slutt til FN-konvensjonen. Det er riktig at arbeids- og sosialkomiteen har bedt om framdrift på dette. Spørsmålet ligger til Utenriksdepartementet. Norges praksis på dette området er meget streng – man skal ikke bare ha vedtatt, men også implementert hver eneste lovparagraf som kreves for konvensjonens bestemmelser. Der er det sånn at Stortinget har vedtatt alle lovbestemmelser, men det mangler finansiering på en liten bit av vergemålsloven.

For å si det sånn – det står ikke på oss. Vi ønsker å få denne ratifikasjonen på plass, for jeg tror at for Norges vedkommende har vi en klar intensjon om å gjennomføre det. Problemet er at man verserer på en måte på en slags internasjonal verstingliste over dem som ikke har ratifisert, sammen med mange land som har gjort svært mye mindre, men som har ratifisert.

Når det gjelder akkurat dette temaet, er det nok viktigere internasjonalt hva Norge gjør, enn om det har noen spesielle konsekvenser for politikken vi fører i praksis her hjemme.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 1225)

Sak nr. 3 [15:16:07]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om represen-

tantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg om raskere og bedre tilgang til legemidler (Innst. 64 S (2011–2012), jf. Dokument 8:146 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 medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Jorodd Asphjell (A) [15:17:13] (ordfører for saken): Regjeringens helsepolitikk har som hovedmål å gi et godt, kvalitativt og likeverdig helsetilbud til alle sammen, uansett hvor vi bor i landet og ikke minst hvilken økonomi vi har, og hvilke sosiale forhold vi lever under.

Rask og god tilgang til nye legemidler av høy kvalitet som er dokumentert virkningsfulle og kostnadseffektive, er viktige elementer i et slikt likeverdig tilbud. Jeg er derfor glad for at regjeringen i budsjettet for 2012 foreslår å bevilge penger til utvidet forhåndsgodkjent refusjon for legemidlet alendronat til behandling av benskjørhet. I tillegg har regjeringen i en endring av Prop. 1 S Tillegg 4 sagt at legemidlet ticagrelor oppfyller kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon, og at det er kostnadseffektivt i behandling av pasienter med akutt eller ustabil koronarsykdom, altså hjertesykdom. Over 16 000 pasienter kan behandles av dette i dag og neste år. Gjennom denne omleggingen vil de få et bedre behandlingstilbud, som gir bedre beskyttelse mot bl.a. hjerteinfarkt.

Bagatellgrensen ble innført i 2003 under Bondevik II-regjeringen. Ordningen fungerer sånn at Legemiddelverket kan innvilge blåreseptrefusjon for legemidler hvor merutgiftene ved refusjon ikke overstiger 5 mill. kr det femte refusjonsåret det er i bruk. Overstiges denne såkalte bagatellgrensen, er det departementet som skal vurdere og prioritere dette opp mot mange andre oppgaver, tjenester og tilbud som vi har i helsetjenesten vår.

Dagens ordning gir en kostnadskontroll som er nødvendig og viktig, sånn som det er innenfor alle andre områder i helsetjenesten. I tillegg skal legemidlet ha dokumentert god effekt og sikkerhet som skal komme alle pasienter og brukere til gode.

Av totalt 138 søknader om forhåndsgodkjent refusjon som Legemiddelverket behandlet i 2010, fikk bare fire avslag. Tre ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet på grunn av at kostnadene oversteg den såkalte bagatellgrensen. De resterende legemidlene ble tatt opp i ordningen med forhåndsgodkjent refusjon. Av de tre legemidlene som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i 2010, har to legemidler nå fått innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

I tillegg vil jeg i likhet med statsråden vise til Meld.

St. 16 for 2010–2011, der legemidler og legemiddelbruk er viktige tema.

Forslagsstillerne tar opp mange viktige problemstillinger og spørsmål knyttet til sitt forslag. Det jobbes nå med flere forhold for å følge opp Nasjonal helse- og omsorgsplan når det gjelder både feilmedisinering, apotekenes rolle i framtiden og hvordan vi skal bedre det totale tilbudet innenfor legemiddelområdet.

På denne bakgrunn vil flertallet tilrå at forslaget vedlegges protokollen.

Per Arne Olsen (FrP) [15:20:49]: Nok en gang har opposisjonen samlet seg om helt nødvendige tiltak for å bedre pasientenes muligheter for å få tilgang til gode legemidler. Like ventet som at en samlet opposisjon nå foreslår en rekke tiltak som ville bedre tilbudene, er det at regjeringen vender tommelen ned. Dessverre har det blitt slik at regjeringspartiene ser ut til å være mer opptatt av å forsvare det eksisterende enn av å utvikle helsevesenet. Det kan virke som om det eksisterende i seg selv er en verdi.

I dag fremmes også forslaget som ville sikret en vesentlig høyere bagatellgrense, som representanten Asphjell redegjorde for bakgrunnen for. Det vil bli nedstemt selv om regjeringen vet at dette ville bidratt til at norske pasienter ville fått raskere tilgang på nye, forbedrede og innovative legemidler.

Bagatellgrensen er en særnorsk ordning. Det finnes ikke tilsvarende i noe land, meg bekjent, ei heller noe som ligner.

I dag fremmes også forslaget som kunne bidratt til at Stortinget fikk presentert de faglige vurderingene Legemiddelverket gjør i sine anbefalinger av legemidler som bør omfattes av refusjonsordningen. Disse beslutningene vil regjeringen heller ta i de lukkede rom i regjeringsskivalet. Dette tjener ikke pasientene.

I dag fremmes forslaget som ville sikret muligheten for å videreutvikle ordningen med salg av legemidler utenfor apotekene. Den ordningen som er i dag, er regjeringen fornøyd med, og de vil ikke vurdere om den kan forbedres eller utvikles. Ifølge regjeringen er ordningen perfekt akkurat slik vi har den i dag. Forstå det den som vil.

I dag kunne regjeringen stemt for forslaget som har som intensjon å få en raskere innføring av nye behandlingstilbud i helsetjenesten over hele landet. En ny rapport fra likestillingsombudet påpeker store helseforskjeller rundt om i landet. Likevel sier regjeringen at dagens situasjon slik de oppfatter den, er akkurat passe bra. Likeledes stemmer regjeringspartiene i dag ned forslag som ville sikret en mer treffsikker ordning for legemidler som kunne blitt lagt til som en ny kategori i apotekene, og som hadde gitt mer og bedre informasjon om enkelte legemidler. Det handler om å ta i bruk den kompetansen som norske farmasøyter har, som hele Stortinget burde akseptere at finnes der ute, og som kunne avlaste helsevesenet. Kompetansen finnes i norske apotek, men her ønsker man altså ikke å ta denne kompetansen i bruk.

Det sies ofte at regjeringer forvalter det eksisterende, og sjelden har vel påstanden passet bedre enn på dagens politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet. Noe

nytt fra den kanten er vi skånet for. Her skal det være som det alltid har vært. De fremstår tidvis som mer konservative enn de partier i denne sal som selv bekjenner seg til konservatismen. Ingen er tjent med en så passiv regjering.

Norsk legemiddelpolitikk har rom for store forbedringer. En samlet opposisjon har fremmet en rekke forslag de siste årene og har kommet langt på vei i utforming av morgendagens legemiddelpolitikk. Regjeringens svar er at de knapt har ønsket å komme til startstreken. Det er for passivt, og sånn kan vi ikke ha det. Vi trenger en ny politikk på dette området. Det har opposisjonen i dag fremmet forslag om. Det er på vegne av dem jeg har gleden av å ta opp det forslaget som også er referert i saken.

Presidenten: Representanten Per Arne Olsen har tatt opp det forslaget han refererte til.

Sonja Irene Sjøli (H) [15:25:47]: Jeg kan slutte meg til det meste – nesten alt – som siste taler sa i sitt innlegg.

Vi har et godt helsevesen på veldig mange måter, men et av de områdene der Norge fortsatt har en vei å gå når det gjelder en bedre helsepolitikk, handler om legemidler. Skal vi sikre alle likeverdige helsetjenester av den beste kvalitet, må vi også ha en legemiddelpolitikk som gir rask og god tilgang til effektive og trygge legemidler. Vi trenger bedre informasjon om tryggere bruk og håndtering av legemidler. Vi trenger raskere godkjenning og implementering av nye og effektive medikamenter, og vi bør få et mer smidig system.

Det er for å komme nærmere disse målene at Høyre fremmer et representantforslag om raskere og bedre tilgang til legemidler. Her, som på mange andre områder, er Høyre opptatt av å se mulighetene, utnytte vårt potensial og bli enda bedre.

Bondevik II-regjeringen fremmet en stortingsmelding om legemiddelpolitikken, som Stortinget sluttet seg til målsettingene for. En rekke tiltak ble skissert for å nå målene. En del er gjort siden den gang, men mer må gjøres. Vi mener norske pasienter må få raskere tilgang til nye behandlingstilbud som er dokumentert trygge og kostnadseffektive. Behandlingstilbud og legemidler som kan gi pasienter bedre liv, og som er dokumentert effektive, kan også redde liv, men likevel blir de ikke tatt i bruk. Det skyldes et *for* kronglete regelverk og en *for* treg saksgang.

Vi mener det er viktig at det finnes klare og effektive retningslinjer for innføring av nye behandlingstilbud i helsetjenesten. Retningslinjer må sikre rask saksbehandling og en åpen og forutsigbar prosedyre. Det er også viktig at det legges til rette for forskning og innovasjon og utvikling av nye legemidler og behandlingsformer. Jeg viser også til et forslag som Høyre hadde i fjor, om en langsiktig strategi for biomedisin, som vil legge til rette for en bedre utvikling av legemiddelindustrien i Norge. Dette kan være en viktig næring for landet, som ikke minst også ville bidratt til bedre helse, livskvalitet og behandling for pasientene. At befolkningen har rask og effektiv tilgang til legemidler de benytter, er viktig for pasientene, men det vil også gjøre systemet mindre byråkratisk.

I innstillingen foreslås det at også apotekene skal få

dele ut reseptfrie legemidler som i dag er unntatt dette, på grunn av informasjonsbehov knyttet til det.

Ved tilsyn i 2009 fant Statens helsetilsyn avvik på 18 av 23 sykehjem når det gjaldt legemiddelhåndtering. Dette er svært alvorlig. Høyre mener det er helt nødvendig å iverksette tiltak som kan hindre feilmedisinering og sikre god legemiddelbruk. Kompetent personell og god utnyttelse av apoteker og farmasøytisk kompetanse er viktig. Jeg vil vise til at Høyre i sitt alternative budsjett har bevilget 5 mill. kr til stimuleringsstilskudd til kommunene. Dette skal gjøre dem i stand til å iverksette en legemiddelgjennomgang for pasienter som legges inn på sykehjem.

Jeg registrerer også at i år får legemidler som er anbefalt av Statens legemiddelverk, forhåndsgodkjent refusjon, fordi de er funnet både kostnadseffektive og virkningsfulle, men dette blir ikke fulgt opp av regjeringen. Dette viser at det er et problem med bagetellgrensen, og at den er for lav. Flere legemidler som er rimelige, bør kunne få forhåndsgodkjent refusjon når de er anbefalt av Statens legemiddelverk. I dag er grensen på 5 mill. kr. Det mener vi er for lite. Vi vil sammen med Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet ha en vesentlig heving av denne. Dette viser dessuten at Stortinget bør få muligheten til å se regjeringens prioriteringer i budsjettproposisjonen. Vi har bedt om at regjeringen orienterer om hvilke legemidler som er anbefalt for forhåndsgodkjent refusjon der dette ikke er fulgt opp. Regjeringen gjorde det ikke for 2012 og fulgte heller ikke opp anbefalingene med bevilgningsforslag. Så Høyre foreslår at dette gjøres med flere legemidler, bl.a. mot Restless Legs-syndrom, Alzheimers sykdom og atrieflimmer.

Selv om det er flere tiltak som er iverksatt, er det fortsatt mange som gjenstår for at målsettingen fra behandlingen av St.meld. nr. 18 for 2004–2005 Rett kurs mot riktige legemiddelbruk blir innfridd, og vi ser fram til at regjeringen følger opp dette i den nye stortingsmeldingen som er meldt.

Kjersti Toppe (Sp) [15:31:07]: Legemiddel er ein viktig del av helsetilbudet vårt. Legemiddelmeldinga som kom i 2005, presenterte eit breitt spekter av tiltak for å oppfylle dei legemiddelpolitiske måla. Den overordna målsettinga for legemiddelpolitikken er riktig legemiddelbruk, riktig diagnose, riktig føreskriving og riktig bruk. Legemiddel skal brukast riktig både medisinsk og økonomisk. Pasientar skal ha sikker tilgang på effektive legemiddel uavhengig av betalingsevne, og legemidla skal ha lågast mogleg pris.

Forlagsstillarane i dag vil ha ein eigen handlingsplan for å redusera omfanget av feilmedisinering. Eg meiner statsråden i svaret sitt til komiteen gjer god greie for at det allereie er gode tiltak på gang, og at det er naturleg å lata vidare satsing med konkrete tiltak bli ein viktig del av stortingsmeldinga om pasienttryggleik, som er varsla.

I statsråden sitt svarbrev gjer ho òg greie for tiltak som er gjorde for å effektivisera refusjonssystemet. Fleire legemiddel er overførde frå individuell refusjon til førehandsgodkjend refusjon. Av totalt 138 søknader om førehandsgodkjenning av refusjon fekk fire avslag og tre blei

oversende til departementet fordi kostnadene oversteig bagatellgrensa. Av dei tre legemidla som blei oversende til departementet, har to fått innvilga førehandsgodkjend refusjon. Per i dag er det totalt fem legemiddel som ligg til vurdering i departementet.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan er det allereie varsla eit heilskapleg system for innføring og oppfølging av nye metodar i spesialisthelsetenesta, slik at pasientane blir sikra rask tilgang til nye metodar, ny teknologi og nye legemiddel som er dokumentert verknadsfulle og kostnadseffektive.

Statsråden har i brev også gjort greie for statusen når det gjeld å vurdere kravet om fullsortiment i apotekas grossistledd og for utviklinga av ordninga om sal av legemiddel utanfor apotek.

Eg vil òg nemna det som Stortinget slutta seg til i Nasjonal helse- og omsorgsplan: Nasjonal helse- og omsorgsplan omtalar at legemiddelgjennomgang bør gjennomførast systematisk på sjukeheimar, i sjukehus og hos heimebuande pasientar med omfattande legemiddelbruk. Gjennomgangen er òg viktig når pasientar skiftar omsorgsnivå. I sjukeheim er det òg aktuelt å gjennomføra legemiddelgjennomgang kvart halvår hos pasientar som bruker fleire legemiddel samtidig. Etablering av tverrfaglege team vil vera eit viktig kvalitetsforbetrande tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling. Teamet kan bestå av lege, farmasøyt, sjukepleiar eller klinisk farmakolog.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan tek vi òg opp at betre utnytting av farmasøytars kompetanse kan bidra til riktigare legemiddelbehandling. Farmasøytar kan òg bidra ved vurdering og oppfølging av legemiddelbehandling hos enkeltpasientar.

Nasjonal helse- og omsorgsplan omtalar også multidosse, som eit bidrag til at handtering av legemiddel blir enklare og meir oversiktleg. Nasjonal helse- og omsorgsplan omtalar at pasientrettleiing, ein samtale mellom pasient og farmasøyt, kan bidra til at pasienten får betre forståing for eigen legemiddelbruk. Betre støtteverktøy i legen sitt elektroniske journalsystem med eResept og forskingsstøtte er også viktige tiltak som er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Eg ser fram til at desse forslaga blir følgde opp i realiseringa av vedteken Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Så reagerer eg litt på at vi frå opposisjonen blir skulda for ikkje å gjera noko i denne saka. Det er grundig dokumentert at vi gjer mykje på legemiddelfeltet, og statsråden har i brevet sitt omtala det punkt for punkt. Eg kan ikkje forstå at opposisjonen meiner vi skal ha ein eigen handlingsplan for riktig legemiddelhandtering når det er varsla at vi skal ha ei eiga stortingsmelding om pasienttryggleik.

Laila Dāvøy (KrF) [15:35:35]: Representanten Karin Andersen var i forrige sak inne på feilmedisinering og psykisk utviklingshemmede. Det er et viktig forhold også når vi diskuterer dette Dokument nr. 8-forslaget. Komiteen har også vært opptatt av dette i sin innstilling, hvor vi skrev i innstillingen til forrige sak:

«I den forbindelse viser komiteen til viktigheten av kunnskap rundt og kontroll av medikamentbruk for mennesker med utviklingshemning.»

Det vi skal være klar over, er også at leger skal henvisse pasienter videre til spesialisthelsetjenesten når de ikke selv har nødvendig kompetanse. Men vi vet også at manglende kompetanse er en vesentlig årsak til at den høye medikamentbruken er så utbredt.

Jeg har lyst til å si litt mer om høyt psykofarmakabruk hos utviklingshemmede og også si litt om bruken av farmasøyter, som også siste taler var inne på.

Vi har lest en studie fra 2009 om psykisk utviklingshemmede. Der ble det funnet at kun 27 pst. som fikk psykofarmaka, hadde en psykiatrisk diagnose. Mennesker med psykisk utviklingshemning har generelt et høyt forbruk av psykofarmaka. Vi vet at mangel på kunnskap om miljøterapeutiske tiltak og oppfølging kan være en av årsakene til at en bruker psykofarmaka for å regulere atferd. Det var noe av konklusjonen i denne undersøkelsen.

Så litt om farmasøyter, for her tror jeg noe av nøkkelen til å kunne bli mye bedre i håndteringen av medisiner både i sykehus og i kommunehelsetjenesten ligger. Vi mener fra Kristelig Folkepartis side at det er viktig med sykehusfarmasøyter inn i sykehusavdelingene og i behandlingen av pasienter, fordi det kan sikre kunnskap og kvalitet. Jeg sier ikke at ikke vi har det i dag, men det er ulik praksis rundt omkring.

For ikke så lenge siden leste jeg en artikkel om en sykepleier som mente at f.eks. døende pasienter lider mer enn nødvendig. Hun sa det sånn: Manglende kompetanse hos sykehuspersonalet om smertelindring gjør at enkelte pasienter ikke får den lindringen de har krav på ved slutten av livet. De får en unødvendig og tøff avslutning på livet, fordi sykepleiere og leger er usikre når det gjelder bruk av smertestillende. Derfor mener jeg at inn i avdelingen, i smerteteam, kan det være viktig å ta sykehusfarmasøyter, som faktisk kan gjøre en forskjell.

Nå er ikke vi det eneste landet som driver og feilmedisinerer, for å si det sånn. I Danmark har det også vært et stort problem. For knapt et år siden leste jeg i den danske Politiken at på grunn av at 740 000 mennesker i Danmark tok såpass mange piller, hadde man besluttet å sette i gang et stort prosjekt. Det var pasienter som daglig tok mer enn seks typer medisiner. Det viste seg at forskjellige leger hadde ordinert forskjellige medisiner uten å snakke sammen. Legene vet ofte veldig lite om hvordan enkelte legemidler virker sammen. Et av tiltakene var at eldre kronisk syke og andre som tok seks eller flere medikamenter daglig, skulle få tilbud om en medisingjennomgang én gang i året, enten ved utskrivelse fra sykehus eller gjennom fastlegen. I så fall skulle fastlegen få hjelp fra en klinisk farmasøyt.

I Norge har vi også noen gode eksempler som ikke har vært nevnt fra talerstolen i dag. Ved Diakonhjemmet her i Oslo er det faktisk et prosjekt – det er veldig vellykket – der polikliniske pasienter henvises av lege til en klinisk farmasøyt for utvidet legemiddelsamtale. Samtalen forberedes med hensyn til aktuell legemiddelbruk, sykehistorie og selvfølgelig også pasientens ønske og behov. Etter fire til seks uker har de en oppfølgingsamtale. Hver samtale dokumenteres, og lege kontaktes ved behov. Legemiddelrelaterte problemer løses og følges opp i opp-

følgingsamtalen. Dette er et veldig flott tiltak, som altså foregår ved Legemiddelpoliklinikken ved Diakonhjemmet Sykehusapotek.

Vi har muligheter her. Jeg vet at i pasientsikkerhetskampanjen, som ble iverksatt i fjor, er også riktig legemiddelhåndtering én av fire tiltak som ble satt i gang. Når meldingen kommer neste år, får man håpe at man også her har et sterkt fokus på riktig legemiddelbruk.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:40:47]: Legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne, og legemidler skal ha lavest mulig pris. Disse målene er det bred politisk enighet om.

Statens legemiddelverk har fullmakt til å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel dersom utgiftsveksten for trygden er under bagatellgrensen. Tidligere i år ble det gjort en presisering i beregningsmåten som brukes når man skal anslå om bagatellgrensen overstiges. Endringen har så langt ført til at to nye kreftlegemidler har fått innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

Regjeringen foreslo i budsjettet for neste år – og som vi har debattert i dag – å utvide refusjonsvilkårene for alendronat, slik at flere pasienter med osteoporose kan få dette legemidlet på forhåndsgodkjent refusjon. Vi foreslo også at den nye hjertemedisinen ticagrelor skal få forhåndsgodkjent refusjon.

Ny blåreseptforskrift ble vedtatt i 2008. Hensikten var å effektivisere refusjonssystemet. Flere legemidler er også overført fra individuell til forhåndsgodkjent refusjon, og fra bidragsordningen til blåreseptordningen.

Dette viser at legemidler løpende tas opp i blåreseptordningen. Jeg vil samtidig minne om at selv om et legemiddel ikke er innvilget forhåndsgodkjent refusjon, kan den enkelte lege på vegne av pasienten søke om individuell refusjon av utgiftene for de fleste legemidler.

I spesialisthelsetjenesten har vi ikke hatt gode nok systemer for vurdering og prioriteringer, slik det er i blåreseptordningen. Det er bakgrunnen for at vi nå skal etablere et helhetlig system for innføring og oppfølging av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Målet er at pasientene skal få rask tilgang til nye metoder, ny teknologi og nye legemidler som er virkningsfulle og kostnadseffektive.

Feilmedisinering er i dag dessverre en stor utfordring i helse- og omsorgstjenestene. Derfor er legemiddelbruk valgt som ett av flere innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Riktig legemiddelbruk i sykehjem er et av temaene. Et annet tema er samstemming av legemiddellister ved overgangen mellom helsetjenestenivåer.

Det skal utarbeides en nasjonal veileder for legemiddelgjennomgangen med bakgrunn i pasientsikkerhetskampanjen.

Regjeringen har satset på flere årsverk og økt kompetanse i de kommunale omsorgstjenestene. Satsingen har bidratt til en betydelig vekst i antall årsverk og en økt andel personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Om lag 80 pst. av veksten på 19 000 årsverk i perioden

2005–2010 har vært personell med helse- og sosialfaglig utdanning. God kompetanse bidrar til bedre kvalitet på omsorgstjenestene.

Det er også blitt flere legeårsværk ved sykehjemmene. I perioden 2006–2010 har økningen i legeårsværk vært på om lag 40 pst. Det medisinske tilbudet til beboerne i sykehjem er også styrket.

Som en del av Demensplan 2015 arbeides det med å bygge ut dagaktivitetstilbud og andre former for miljøarbeid. Det er grunn til å tro at dette vil påvirke det høye forbruket av medisiner blant mennesker med demens.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan omtaler regjeringen tiltak som kan bidra til sikrere legemiddelbruk. Vi har også nå sendt forslag om å etablere nasjonal kjernejournal ut på høring, noe som også vil ha stor betydning for pasientsikkerheten.

I 2012 skal regjeringen legge frem to stortingsmeldinger der legemiddelfeltet vil være et viktig tema. Det er en melding om IKT og eHelse og en melding om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er allerede satt i gang en rekke aktiviteter og initiativ for å redusere omfanget av feilmedisinering og bidra til riktigere legemiddelbruk. Virkemidlene for å nå disse målene skal integreres i de generelle tiltakene for god behandlingskvalitet, gode IKT-løsninger og satsingen på trygge og sikre tjenester.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Per Arne Olsen (FrP) [15:45:25]: Her var det mye man kunne ta tak i. Ikke minst er det mye regjeringen ikke gjør, som man kunne ta tak i. Jeg skal forsøke å konsentrere meg om bagatellgrensen, som de borgerlige partiene tar til orde for å øke i forslaget.

Bagatellgrensen er i sin form slik at hvis kostnadene overstiger et visst beløp, er det visse beskrankninger – altså økonomi – som ligger til grunn for vurderingen, hvilket representanten Asphjell redegjorde for.

Nå er det slik at statsråden er ingen finansminister, men hun er helseminister, så mitt spørsmål til helseministeren må da være: Hva slags helsefaglige begrunnelser kan hun gi meg for å ha en bagatellgrense eller for ikke å øke bagatellgrensen – altså de helsefaglige begrunnelsene, ikke økonomien?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:46:23]: Det er riktig at jeg ikke er finansminister, men helseminister. Det er faktisk veldig riktig.

Samtidig må det være fantastisk for Fremskrittpartiet bare å kunne fri seg fra absolutt alle tanker om økonomi. Jeg vet ikke om Fremskrittpartiet – det husker jeg ikke, men jeg har lest innstillingen til budsjettet – har tatt hensyn til at hvis man ønsker å gjøre noe med bagatellgrensen i budsjettet, har det faktisk noen budsjettmessige konsekvenser.

Regjeringen er opptatt av at vi skal kunne ta i bruk gode, sikre, trygge legemidler i Norge. Det gjør vi også. Noen av disse forslagene er forslag som vi faktisk har tatt opp i Nasjonal helse- og omsorgsplan, bl.a. et forslag som

komiteen har laget en gripende og god kommentar – hadde jeg nær sagt – til, en merknad som går på et av disse forslagene. Så dette er ikke noe vi ikke jobber med; vi jobber med det.

Bent Høie (H) [15:47:36]: Selv om man får hevet bagatellgrensen, vil det være legemidler som når grensen. I denne innstillingen tar opposisjonen opp forslag om at de legemidlene som når grensen, men som regjeringen velger ikke å prioritere, skal det redegjøres for i innstillingen til statsbudsjettet med begrunnelse fra regjeringen for hvorfor en ikke prioriterer det, slik at Stortinget selv kan ta stilling til regjeringens prioritering. I dag er det en godt skjult hemmelighet hvilke vurderinger regjeringen har lagt til grunn når den i år f.eks. ikke har prioritert legemidler mot Alzheimer uten atferdsforstyrrelser, atrieflimmer, Restless Legs-syndrom, selv om de er anbefalt av Legemiddelverket. Dette må Stortinget hvert år spørre om, for regjeringen ønsker ikke å redegjøre for det i innstillingen til statsbudsjettet, noe som er vanlig på andre områder.

Hvorfor vil ikke regjeringen redegjøre for de legemidlene over bagatellgrensen som de ikke prioriterer?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:48:38]: Igjen vil jeg si at når det gjelder legemidler og Legemiddelverkets anbefalinger, er de veldig ofte åpne, så det er ikke noen hemmelighet i det. Dette har ofte budsjettmessige konsekvenser.

Men jeg vil vise til ett forslag som er helt vesentlig, som opposisjonen har tatt opp her, og som man har skrevet som en merknad i forbindelse med Nasjonal helse- og omsorgsplan. Det dreier seg nettopp om å ta i bruk ny teknologi, noe som er kostbart. Ofte dreier det seg om kostbare legemidler som kan ha god effekt, og som man kan få tatt i bruk i hele landet. Ofte er det slik nå at det tas i bruk noen steder, uten at det kommer alle til del. Det ønsker vi å gjøre noe med. Derfor vil vi i 2012 innføre det systemet. Det vil føre til at flere legemidler etter grundig og god vurdering kan komme inn på markedet.

Laila Dávøy (KrF) [15:49:48]: Jeg har et spørsmål som faktisk Kreftforeningen kom med innspill om i høringen til dette forslaget i komiteen. De viste til Helsedirektoratets rapport fra 2007, Legemidler til kreftbehandling. Håndtering av nye og kostbare legemidler. Det foreslås i rapporten at det etableres en midlertidig finansieringsordning som gir mulighet for å ta i bruk ny behandling i påvente av at dokumentasjonen om effekter og kost-nytte-forholdet utredes. Rapporten foreslo at ordningen skulle sørge for midlertidig finansiering av nye kreftlegemidler som har hatt en dokumentert mereffekt sammenlignet med eksisterende behandling. Er dette noe som helseministeren vil se på videre, eller er det lagt på is?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [15:50:40]: Jeg er veldig opptatt av at når vi skal ta i bruk nye legemidler, skal det være trygge og godt utprøvde legemidler.

Jeg vil gjerne også understreke at vi gir legemidler til pasienter i Norge for mange ulike diagnoser og lidelser.

De er svært dyre, svært kostbare, og vi gjør det fordi vi mener det er riktig.

Når det gjelder å ta i bruk ny medisin, må det selvfølgelig vurderes i hvert enkelt tilfelle hvilken type pasient det dreier seg om, hvilken situasjon pasienten er i. Men det viktige er at i utgangspunktet skal det være godt utprøvd, gode og trygge legemidler.

Så vil jeg igjen vise til den nye metoden som skal innføres i 2012. Det er viktig å være systematisk med hensyn til hvordan ny teknologi eller nye metoder, ny medisin, tas i bruk og innføres i markedet.

Presidenten: Det er ikke presidentens oppgave å bedømme om dette replikkordskiftet var over eller under gatellgrensen, men det er derimot hans oppgave å fastslå at replikkordskiftet er over.

Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3.

(Votering, se side 1225)

Sak nr. 4 [15:52:09]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzschner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelsen av spesialiserte diagnosesentre (Innst. 65 S (2011–2012), jf. Dokument 8:147 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 medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Per Arne Olsen (FrP) [15:53:13] (ordfører for saken):

En samlet komité er opptatt av de utfordringene Norge står overfor når det gjelder tidlig intervensjon ved diagnostisering. Ved tidlig intervensjon kan en både begrense behovet for behandling og øke suksessratene for dem som får behandling.

En samlet komité mener også at det er viktig at man får redusert tiden fra pasienter får mistanke om kreft, til utredning og behandling iverksettes.

En samlet komité viser til høringen om forslaget, hvor det fremkom at ca. 80 pst. av pasientene hvor det er mistanke om alvorlig sykdom, såkalt okkult cancer, er relativt enkle å stille diagnose på, mens 20 pst. vil trenge ytterligere undersøkelse ved f.eks. universitetssykehus med enda bredere spesialistmiljøer.

Det er også veldig hyggelig at en samlet komité er opptatt av å bygge videre på de mange gode erfaringene man har etter etableringen av brystdiagnosesentre, og viser til

den opplagte fordelene ved at pasienter og fastleger har en klar adresse å forholde seg til.

Det å finne fram i en tidvis uoversiktlig spesialisthelsetjeneste kan bedres ved tydeligere fokus, slik at også fastleger, som også sliter, enklere kan hjelpe sine pasienter fram til en avklaring.

Fremskrittspartiet, sammen med de borgerlige partiene, mener at de erfaringene man ser fra Danmark, hvor klar adresse for diagnose i kombinasjon med klare frister viser nedgang i tid fra mistanke om at alvorlig sykdom foreligger, til behandling igangsettes.

Vår anbefaling er å starte en utredning om diagnosesentre i Norge, og i den anledning også legge opp til fristsetting for når pasientene skal få oppfølging ved disse.

I en pilotundersøkelse fra diagnosesenteret ved det danske Regionshospitalet Silkeborg, der en studie av 143 pasientforløp er henvist med såkalt okkult cancer, dvs. med uklare symptomer, ble det funnet kreft i ca. 15 pst. av tilfellene.

Vi mener at det faktum at kreft påvises bortimot like ofte for pasienter med uklare symptomer, underbygger behovet for også i Norge å opprette spesialiserte diagnosesentre.

Konklusjonen man i den danske undersøkelsen trekker, er at man føler at den understøtter at det er viktig ikke å stoppe diagnostisering om det fortsatt finnes muligheter for å utelukke kreft.

Fremskrittspartiet mener derfor at diagnosesentre spiller en viktig rolle også for andre sykdommer enn kreft, og bidrar til bedre diagnostisering og dermed behandling av en rekke pasienter utover dem som får diagnosen kreft.

Dette er ikke tiden for å si seg fornøyd. Det er ikke tiden for å si at vi ligger i verdenstoppen for noen krefttyper, og det er ikke tiden for å si at andre har innført dette fordi de var dårligere enn oss i Norge. Nei, tiden er inne for å få verktøyet på plass, gi alle dem som jobber i kreftomsorgen, de verktøyene de fortjener, og ikke minst gi kreftpasientene og andre pasienter det de fortjener. Det holder ikke med målsettinger og velmente ord. Tiden er inne for å handle.

Med de ordene vil jeg ta opp de forslag som er tatt inn i innstillingen.

Presidenten: Representanten Per Arne Olsen har tatt opp de forslag han refererte til.

Tove Karoline Knutsen (A) [15:57:29]: I likhet med saksordføreren vil jeg peke på at komiteen har vært enig i mange forhold knyttet til denne saka.

Det er viktig med tidlig intervensjon ved diagnostisering av kreft. Derfor har regjeringa innført en normert tidsfrist på 20 virkedager på pasientforløp med kreft. Målet er å få redusert tida fra mistanke om kreft til utredning og behandling iverksettes. I den åpne høringa om dette representantforslaget kom det fram at i ca. 80 pst. av tilfellene der man har mistanke om alvorlig sykdom, er det relativt enkelt å stille diagnose, mens de resterende 20 pst. vil trenge ytterligere undersøkelser ved f.eks. spesialistsykehus.

Jeg er fornøyd med at statsråden vil stille krav til helseforetakene om videreføring av arbeidet med å forbedre pa-

sientforløpene for kreftpasienter. I det arbeidet er det også viktig at departementet signaliserer at de vil ha løpende dialog med berørte fagmiljøer for å sikre at alle innspill og råd som kan føre til forbedringer, blir tatt med.

Diagnoseforløpet er avgjørende for å sikre riktig behandling til rett tid. Jeg har notert meg at statsråden har meldt at temaet vil bli berørt i større bredde i den varsle meldinga til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er også verd å nevne at mange sykehus har bredt sammensatte fagstaber som i praksis er å regne som sentre for diagnostikk på kreftområdet. Det er viktig å sikre videre oppbygging og stabilitet rundt slike fagmiljøer.

For noen kreftpasienter vil det være behov for lengre tid enn 20 virkedager, slik at det anslås at 80 pst. vil kunne være innenfor fristene. Raskere forløp enn 20 dager kan være nødvendig når den medisinske tilstanden tilsier det.

Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og gjør det påkrevet å treffe de tiltak som er nødvendige for å fjerne flaskehals. Mange helseforetak gjør allerede et grundig arbeid på dette feltet og har oppnådd gode resultater for å få ned forløpstidene.

Spørsmålet om etablering av egne diagnosesentre som tillegg til eller erstatning for dagens ordning reiser noen problemstillinger, som grad av anvendelighet dersom man sammenligner med f.eks. brystdiagnostiske sentre. For en del krefttilfeller vil det være behov for utredningsmodeller som er tilpasset mer uklare symptombilder. Derfor er det viktig at de regionale helseforetakene gjør et godt arbeid med å gjennomgå organiseringa av pasientforløpene for kreftpasienter med tanke på å oppnå de anbefalte forløpstidene.

Jeg vil også nevne at pasientforløpene i Danmark, der man altså har tatt i bruk diagnosesentre, er lenger enn hva tilfellet er i Norge. Bedre diagnoseverktøy, som PET-skannere, er nå kommet som et viktig tilleggshjelpemiddel i kreftdiagnostikken og vil kunne benyttes ved de store sykehusene våre – og derigjennom bidra til bedre og mer helhetlige pasientforløp.

Regjeringspartiene anbefaler at forslaget om egne diagnosesentre ikke bifalles.

Øyvind Korsberg hadde her overtatt presidentplassen.

Bent Høie (H) [16:01:33] (komiteens leder): Selv om mange i dag har nevnt at Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder å overleve kreft, er nok den uttalelsen av en litt for generell karakter med tanke på det som er realiteten i undersøkelsen, som omhandler tre veldig spesifikke krefttyper.

Hvis en ser på Helsetilsynets gjennomgang av risiko i norsk kreftbehandling, som ble lagt fram i 2010, ser man at det er en stor risiko i Norge for at det skjer feil i forbindelse med diagnostisering, som med stor sannsynlighet kan få alvorlige konsekvenser og dødelig utgang for pasientene.

Det er om lag 28 000 personer i året som får kreft i Norge, og 10 000 av disse har kreft med dødelig utgang. Av de 28 000 er det om lag 14 000 som har det man kan kalle for uklare symptomer. Det vil si at fastlegen ikke

skriver på henvisningen til sykehuset at her er det mistanke om brystkreft, her er det mistanke om tarmkreft, her er det mistanke om prostatakreft – nei, her skriver fastlegen at det er behov for den og den prøven, fordi fastlegen har behov for å få vite mer, for å vite om det er noe galt med pasienten, og hva som er galt. Det er for disse pasientene det er størst risiko for at det skjer forsinket diagnostisering, fordi man blir sendt til den ene undersøkelsen først, kommer tilbake til fastlegen, blir så sendt til den neste undersøkelsen, kommer tilbake igjen til fastlegen – og dette gjentar seg gang på gang. Disse pasientene vil ikke ha noen form for glede av regjeringens tidsforløp for kreftpasienter, for de er per definisjon ikke kreftpasienter.

Dessverre viser erfaringene både fra Storbritannia og fra Danmark at den type forløp som regjeringen har lagt opp til – og som er bra, ikke misforstå meg – hvis man ikke følger opp den andre halvdel av kreftpasientene, faktisk kan føre til en forsinket diagnostisering for denne halvdel, nettopp fordi der det står mistanke om kreft på henvisningen, får en prioritet foran denne gruppen.

Derfor er Høyre veldig opptatt av at vi er nødt til å ha en strategi også for de kreftpasientene der man ikke hadde en tydelig mistanke om kreft, men som det viser seg har kreft. Og som saksordføreren var inne på: Erfaringene fra Danmark viser at blant dem som blir henvist med uklare symptomer, er det en nesten like stor prosentandel som har kreft, som blant dem som blir henvist med mistanke om kreft i henvisningen fra fastlegen. Det viser hvor viktig det er å møte denne pasientgruppen med det samme tilbudet og med det samme alvoret. Det å vente lenge med diagnostisering – og dermed med behandling av kreft – kan få veldig alvorlig utfall.

Derfor mener opposisjonen at det ikke er tilstrekkelig bare å overlate til de fire regionale helseforetakene å tenke på hvordan man skal møte dette. Vår bekymring er at man nå vil være så fokusert på å nå de tydelige målene som regjeringen har satt for dem som man har mistanke om har kreft, at man ikke vil gi tilstrekkelig oppmerksomhet til den halvdel av kreftpasienter der man ikke tydelig har en mistanke om kreft. Da kan vi oppleve det som man opplevde i Storbritannia og i Danmark. Her må man ta et politisk ansvar – også overfor dem med uklare symptomer – og etablere diagnosesentre.

Jeg har selv vært og besøkt Silkeborg – og diagnosesenteret der – og det er helt åpenbart hvorfor det fungerer godt. Man blir møtt med en ansvarlig koordinator som sørger for at man går gjennom et helt fastsatt antall prøver, som for 80 pst. gir et svar i løpet av noen få dager. Dette er en helt annen situasjon enn den man møter i det norske helsevesenet, selv om det der selvfølgelig finnes veldig gode eksempler på hvordan man på ulike sykehus har organisert tilbudet for de pasientene der man har en klar mistanke om kreft – som tarmkreft i Tromsø, som prostatakreft i Telemark eller som brystkreft i Stavanger. Men dette er neste steg.

Kjersti Toppe (Sp) [16:06:52]: Eg skal ikkje halda eit veldig langt innlegg i denne saka. Regjeringspartia støttar ikkje forslaget, fordi vi meiner det ikkje er fornuftig.

Høgre foreslår å oppretta diagnosesenter med egne diagnosetakstar i Noreg. Dei vil innføra ein frist for når pasientar skal få oppfølging ved å bli vist til diagnosesentra.

Diagnosesentra skal ifølgje forslagsstillarane sikra norske pasientar god og rask behandling med tidleg diagnostisering ved komplekse sjukdomsbilete. Og vidare: at ingen pasientar som kjem inn med symptom, blir sende vidare før anten sjukdom er avkrefta, eller ein behandlings- eller oppfølgingsprosess er planlagt.

For å ta det første først, å sikra god og rask behandling og tidleg diagnostisering ved komplekse sjukdomsbilete. Då er spørsmålet mitt: Men er det ikkje det vi har sjukehus til i Noreg? Og det andre, at ingen skal bli sende ut før sjukdom er avkrefta eller behandlingsgang planlagt. Det er også ei klar oppgave for dagens spesialisthelseteneste. Intensjonen bak er god, men løysinga er noko som vi ikkje støttar. Sjukehusa må kunna organisera tenestene sine slik at ein oppnår det som forslagsstillarane er opptekne av. Eksemplet som vi har med etablering av brystdiagnostiske senter, gir viktige erfaringar som ein kan byggja vidare på. Å laga egne finansieringsordningar og fristar minner berre om auka byråkrati.

Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling peikte på tre område som er særleg viktige når det gjeld risiko: Det eine var utgreiingslogistikk, det andre var informasjonsflyt, og det tredje var komplikasjonsovervaking. Sein diagnostisering, som dette representantforslaget omtalar, er ein risiko. Å betra prosessane er noko som føretaka sjølve kan gjera mykje med innanfor dagens system. Det er òg no innført ein normerande og førande tidsfrist på pasientgang innan kreft som underbyggjer dette. Innanfor ei ramme på totalt 20 virkedagar skal vurdering av tilvising skje innanfor fem, utgreiing ti og oppstart av behandling innanfor 20. Nokre vil ta lengre tid.

Så har eg lyst til å presisera til slutt at kreftdiagnostikk er ikkje noko som berre er overlate til dei fire regionale helseføretaka. Mykje av kreftdiagnostikken begynner i allmennpraksis og blir gjort i allmennpraksis. Det skjer i primærhelsetenesta, og mykje av forseinkinga kan vera hos pasienten sjølv, som ikkje tek kontakt, og ein del forseinkingar er hos fastlegen. Men det er ikkje sånn at ein får inn ein pasient og viser pasienten vidare med mistanke om kreft. Ein gjer jo dei første undersøkingane sjølv. Det blir ei forenkling å tru at eit diagnosesenter skal ta seg av alle pasientar der ein mistenkjer kreft. Då vil det vera mange pasientar å visa vidare. Så fastlegane er viktige i arbeidet med å påvisa kreft, og dei er viktige i arbeidet for å unngå sein diagnostisering.

Laila Dāvøy (KrF) [16:10:33]: Dette er etter min mening et viktig og spennende representantforslag. Jeg tror opprettelse av diagnosesentre i Norge vil kunne bidra til at mange mennesker får en langt mer effektiv og raskere behandling, og det er jo hele poenget med forslaget. Spesielt viktig vil det være for pasienter med uklare symptomer. Altfor mange pasienter i dag blir gående for lenge før de blir tatt på alvor når uspesifikke symptomer melder seg. Jeg tror vi alle kjenner noen som ble for sent diagnostisert, i alle fall gjør jeg det – jeg har flere eksempler, også helt ferske. Kreftforeningen sier også at altfor mange

venter for lenge, får upresis diagnose og noen ganger feil diagnose.

I høring i komiteen av dette forslaget sa Kreftforeningen at deres erfaring er at dagens kompetanse for å stille diagnose er for fragmentert, og at det er for få fagpersoner til å utføre den jobben som kreves. Kreftforeningen er også enig med forslagsstillerne i at man bør kunne starte etablering av diagnosesentre der det i dag finnes PET-skannere.

Stiftelsen Innen 48 timer var også på høring. De slår fast at tidsrommet fra mistanken om kreft oppstår til diagnose er stilt, er avgjørende for overlevelse. Alle som har vært i en slik situasjon der mistanke om sykdom er oppstått, vet at denne perioden også rent menneskelig er meget krevende og angstbetont. Det ikke å vite er noe av det verste man kan oppleve.

Så er det slik at alle de politiske partiene, høringsinstansene i forbindelse med representantforslaget og også helseministeren er enige om – hvis jeg har forstått det riktig – at rask diagnose er viktig og avgjørende. I det mener jeg at det også ligger en anerkjennelse av at vi ikke er gode nok i vårt helsevesen. Likevel vil altså ikke regjeringspartiene støtte forslaget i innstillingen om å opprette egne diagnosesentre, og heller ikke forslaget om tidsfrister for oppfølging ved henvisning for ulike typer kreftformer. Regjeringspartiene sier følgende i sine merknader:

«Flertallet viser til statsrådens beskrivelse av bredt sammensatte fagstaber ved sykehusene som i praksis er å regne som sentre for diagnostikk på kreftområdet.»

En slik merknad viser, mener jeg, at regjeringspartiene ikke har satt seg nok inn i intensjonen og oppgavene til et diagnosesenter, ei heller kanskje i hvordan sykehusene i dag fungerer ved mistanke om kreft. For hvis det er slik at fagstaber fungerer som et diagnosesenter på kreftområdet i dag, antar jeg at de brukerorganisasjoner som har uttalt seg om Dokument nr. 8-forslaget, rett og slett ville sagt at det har vi jo, vi støtter det ikke. De har tvert imot støttet det, og de mener at vi trenger det.

Etter min mening er det også klokt av og til å se utover landets grenser. I dette tilfellet er det Danmark som kan vise til erfaringer hvor klar adresse for diagnose i kombinasjon med klare frister viser nedgang i tid fra mistanke om alvorlig sykdom foreligger, til behandling igangsettes. Dette har skjedd ved de danske diagnosesentrene.

Statsråden legger vekt på at hun har innført tidsfrister på pasientforløp på kreft. Innenfor en ramme på 20 dager skal vurdering og utredning være gjort og behandling være igangsatt. Regjeringen har slått fast at fristbrudd for pasienter i kreftbehandling ikke skal forekomme. Men det skjer jo hver eneste dag fortsatt, det har vi sett mange eksempler på i media de siste ukene og dagene. Det er slett ikke sikkert at det er nok at statsråden sier det, jeg tror at det må litt effektiv organisering og struktur til. Det kan vi få gjennom egne diagnosesentre.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:14:53]: Forslagsstillerne har satt et viktig tema på dagsordenen, som jeg er veldig opptatt av, og som regjeringen derfor arbeider tett med. Jeg har nylig møtt kreftspesialister fra Norge og representanter fra den danske Sundhedsstyrelsen for å lære om bedre og raskere kreftbehandling.

I den ferske OECD-rapporten som vi har omtalt flere ganger, sammenlignes overlevelse etter livmorhalskreft, brystkreft og tykktarmskreft i OECD-landene. Det er godt å kunne konstatere at Norge skårer svært godt på behandling av disse kreftformene. Slike overlevelsestall – sammen med data for screening – vurderes som nøkkelfaktorer for å bedømme hvor effektivt behandlingstilbudet er i det enkelte land.

Men det betyr ikke at alt er såre vel. Representanten Høie nevnte Helsetilsynets rapport, og den rapporten var nettopp en av grunnene til at jeg satte krav til forløpstider for pasientforløp på kreftbehandling.

Også i Norge opplever altfor mange mennesker med mistanke om kreft at det tar for lang tid før utredning og behandling kommer i gang. Tall fra Norsk pasientregister viser at det fortsatt er mange pasienter som må vente mer enn 20 virkedager fra henvisning er mottatt, til behandlingen kommer i gang. Best er situasjonen for kvinner med brystkreft, der 64 pst. får behandling innen 20 dager etter mottatt henvisning. Jeg vil også si at det er mange sykehus som har gjort en kjempejobb for å komme i mål, og som er i mål med hensyn til anbefalingene allerede.

Med utgangspunkt i faglige anbefalinger fastsatte jeg i sommer tidsfrister for sykehusenes utredning og behandling av kreft. Innenfor en ramme på 20 virkedager skal henvisningen vurderes innen fem dager, pasienten utredes innen ti dager og behandling starte innen 20 dager. I oppdraget til de regionale helseforetakene for 2012 vil det være et krav at 80 pst. av kreftpasientene skal få tilbud innenfor disse tidsfristene.

Videre er det et krav at pasienter som henvises med mistanke om kreft, får utnevnt en egen kontaktperson på sykehuset. Kontaktpersonen skal informere om rettigheter og ventetider og holde orden på hva som skjer når. Kontaktpersonen skal også kunne gripe inn ved forsinkelser og avvik. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å måle sykehusenes oppfølging av tidsfristene for pasienter med brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft. Flere kreftformer skal føyes til senere.

Det er mye som kan og må gjøres bedre på kreftområdet. Kortest mulig tid fra mistanke om kreft til diagnose er stilt, er overordnet viktig for de fleste pasientene, der nest også raskest mulig behandling. Det er avgjørende at fastlegen og sykehuset samarbeider om å stille riktig diagnose. Når fastlegen har mistanke om alvorlig sykdom, må dette stå helt klart i henvisningen til sykehuset. Sykehuset må svare raskt på henvisningen, slik at pasienten kan utredes uten unødig opphold.

Det er opp til det enkelte sykehus hvordan de vil organisere tjenestene for å oppfylle tidsfristene og kravene til kvalitet i kreftbehandlingen. Erfaringene med brystdiagnostiske sentre er gode, men det er i utgangspunktet ikke gitt at samme modell for organisering er brukbar på alle områder av kreftbehandlingen ved alle sykehus.

Norge kommer svært godt ut i internasjonale sammenlikninger av overlevelse etter kreftbehandling. I Norden er vi helt i tet på flere områder. Men vi må og kan bli enda bedre. Derfor er det viktig at sykehusene nå har

fullt trykk på å oppfylle tidsfrister og gi god kvalitet i kreftbehandlingen.

Diagnosesentre og ikke minst gode pasientforløp er viktige tiltak. Men jeg er overbevist om at kreftbehandlingen blir best ved at vi – som politikere – bevilger og stiller krav, mens Helsedirektoratet gir retningslinjer, og sykehus og fagfolk organiserer behandling og pasientforløp.

Verken ukritisk markedsstyring eller politisk detaljstyring vil gagne pasientene. Grunnen til at vi har så gode resultater i norsk kreftbehandling, er at kreftlegene har frihet til å gjøre jobben sin i en sterk og velorganisert offentlig helsetjeneste. Jeg kan love at jeg fortsatt skal stille tøffe krav og gi legene mulighet til å arbeide med det de er best til.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Per Arne Olsen (FrP) [16:19:39]: La meg først bare få lov til kort å komme innom representanten Toppe, som bruker ordet «byråkrati» om noe man ser har fungert i andre land, som gir gode resultater for pasientene, med høyere overlevelse enn man har hatt tidligere. Det synes vi faktisk er verdt å vurdere også i Norge, selv om vi har høyere overlevelse enn Danmark hadde fra før.

Men jeg har lyst til å forfølge statsråden med hensyn til noe jeg føler hun ikke svarer på i forbindelse med forslaget som ligger til grunn for behandlingen i dag, som også representanten Høie var innom, nemlig alle de pasientene som det viser seg i ettertid hadde kreft, men hvor man ikke mistenkte det. De vil bli tapere i det systemet som statsråden nå har tatt til orde for, og vi er oppriktig opptatt av at det ikke skal skje. Siden statsråden og hennes parti og samarbeidende partier avviser forslaget i dag, blir mitt spørsmål: Hva slags system tenker hun å ha for disse pasientene som faller utenom?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:20:43]: Jeg er veldig enig i at det kan være lurt å se til andre land. Men det må jo være et tankekors for opposisjonen og forslagsstillerne når man ser hvilke resultater de har i Danmark i forhold til resultatene i Norge. Resultatene er faktisk bedre når det gjelder pasientforløp og behandling i Norge enn de er i Danmark. Derfor kan jeg ikke helt se hva som skal være de gode eksemplene.

Så betyr ikke det at ikke diagnosesentre er bra, for det er helt sikkert bra i noen tilfeller, og det viser jo også en del av de diagnosesentrene som vi har i Norge, at de er veldig gode. Men det er ikke sikkert at dette er det riktige å gjøre for alle typer kreftformer, selv om det er det for noen.

Så skjønner jeg at dette er noe man skal ha for dem som eventuelt har uklare symptomer – det er i hvert fall slik jeg oppfatter det. Det er ikke snakk om at de skal bli tapere, for hvis en fastlege har en mistanke om at det kan være kreft, og det kan være alvorlig, skal de henvises.

Bent Høie (H) [16:21:57]: Det kan godt være at Høyre og opposisjonen ikke her har funnet den optimale løsningen, og det kan godt være at Danmark ikke har funnet den optimale løsningen. Så mitt spørsmål til statsråden er: Hva

er regjeringens svar til de pasientene der fastlegen ikke har mistanke om kreft, men der det er uklare symptomer, og der det viser seg i etterkant at det var kreft? Hva er regjeringens strategi for at denne halvdel av norske kreftpasienter skal få et like godt tilbud som dem som fastlegen har mistanke om har kreft?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:22:32]: Jeg mener det er særdeles viktig at dersom en fastlege har mistanke om at det er alvorlig sykdom, at det kan være kreft, må han eller hun henvise øyeblikkelig til videre undersøkelser. Det gjøres jo også.

Det er også slik at vi må bli bedre til å informere fastlegene om retningslinjer og forløpstider osv. – det som vi har hatt mye fokus på.

Så vil jeg si at når vi har satt disse kravene til sykehusene, og har målsettinger om at 80 pst. skal være i gang med behandling innen 20 dager, er det faktisk ganske sterke krav til sykehusene om at de må innrette logistikken sin sånn at det skal de klare. Hvis et sykehus finner ut at de trenger å ha et uspesifisert diagnostisenter, er det klokt at fagfolkene der setter seg sammen og blir enige om hvordan de skal innrette det.

Laila Dāvøy (KrF) [16:23:46]: Jeg har et enkelt spørsmål til statsråden.

Er statsråden enig i det som flertallet viser til i innstillingen, som jeg leste opp under mitt innlegg, at det i dag faktisk er bredt sammensatte fagstaber ved sykehusene som i praksis er å regne som senter for diagnostikk på kreftområdet? Det står i innstillingen.

Presidenten: Statsråd Dāvøy. – Nei, statsråd Strøm-Erichsen. Beklager, det var bare en tanke som slo meg!

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:24:23]: Det er ikke så veldig rart, så sent på dagen!

Det viktigste her er at det blir systematikk i behandlingen av de pasientene som viser seg å ha kreft – systematikk for å få dem henvist, få dem så tidlig som mulig fra fastlegene og videre, og at sykehusene behandler disse så fort som de skal, gjennom systemet, sånn at vi når de målene som er satt. Det er det aller viktigste.

Så vil det være veldig ulikt hvordan ulike sykehus innretter seg. For det er stor forskjell på pasientgrunnlaget i f.eks. Oslo og andre steder. Men jeg er helt overbevist om at det er viktig at politikerne og Stortinget stiller krav, bevilger penger til sykehusene, og at legene og helsepersonellet selv innretter hvordan de mener det er best å organisere det, innenfor de kravene som settes.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

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

Bent Høie (H) [16:25:42]: Jeg vil bare avslutte dagens helsedebatt med en oppfordring til helseministeren om å gå skikkelig inn i denne problemstillingen og debatten rundt hva en skal gjøre for den halvparten av kreftpasienter som ikke har en tydelig kreftmistanke fra sin fastlege.

Forslaget fra Høyre og opposisjonen er ikke vondt ment. Det er ikke fremmet for å plage regjeringen, men det er fremmet fordi en faktisk er alvorlig bekymret for at en fra regjeringens side er i ferd med å innføre en strategi som kun når halvparten av dem som får kreft, og vi er alvorlig bekymret for at den andre halvparten kan bli taperne i et slikt system.

Det er ingen tvil om at helseforetakene nå er dedikert og opptatt av å nå regjeringens målsettinger. Vi kan godt være uenige om hvilke juridiske og andre virkemidler vi skal bruke for å nå de målsettingene, men jeg deler fullt og helt statsrådets vurdering av at helseforetakene er dedikert og opptatt av å nå disse målsettingene.

Det er grunn til da å være bekymret for at de overser den andre halvparten i en tøff prioritering i hverdagen. Hvis regjeringen ikke har noen styringssignaler i forhold til det, hvis regjeringen ikke har noe oppmerksomhet på det området, vil vi veldig fort, om ett til to år, stå med den erfaringen som en fikk både i Storbritannia og Danmark, at noen tapte på en sånn strategi. Det ønsker jeg virkelig ikke skal skje, og jeg håper at statsråden tar med seg denne diskusjonen, og ikke minst også de signalene som kom i den konferansen statsråden refererte til, der dette også var et sentralt tema.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [16:27:47]: Jeg er glad for én ting akkurat i denne debatten, og det er at representanten Bent Høie, som er leder for komiteen, to ganger har uttrykt at han har tillit til at de regionale helseforetakene nå vil jobbe med å oppfylle kravene som regjeringen har satt, som det har vært sådd så mye tvil om. Det er bra at komiteens leder er enig i dette og har tillit til at sykehusene faktisk vil gjøre det.

Så er det også slik at man på en måte ikke kan se bort fra alle andre. Det kritiske med å måle på enkelte ting er at man kanskje ikke gjør det man ikke måler på. Men alle pasientene vil jo komme inn i det samme målesystemet.

Så er jeg veldig enig i at vi også må stille krav til fastlegene om at de faktisk henviser når de har mistanke om alvorlig sykdom. Men Norge er så forskjellig, det er så forskjellig tetthet når det gjelder både befolkning og tilfeller av uklare symptomer, at det vil være riktig at sykehusene selv vurderer hvordan de innretter seg, om de gjør det i egne diagnostisentre eller det gjøres i spesialiserte diagnostisentre.

Det viktige her er at vi blir enda bedre til å oppdage kreft, at vi får behandlet kreftpasienter innenfor et anbefalt forløp, og at pasientene opplever at de blir godt ivaretatt når de får en så alvorlig diagnose.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 1226)

Sak nr. 5 [16:29:39]

Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringslo-

ven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff) (Innst. 83 L (2011–2012), jf. Prop. 135 L (2010–2011))

Presidenten: Etter ønske fra justiskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 minutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

André Oktay Dahl (H) [16:30:33] (ordfører for saken): Noen ganger kan man få inntrykk av at politikeres viktigste mål er å være uenige for å være uenige. Da er det desto bedre at vi i denne saken greier å samle oss enstemmig om noe som vil kunne løse et problem vi er opptatt av, uansett politisk farge, nemlig at ikke barn og ungdom skal utvikle en kriminell løpebane, men at de behandles som det de er – barn og ungdom i en sårbar livsfase.

Jeg vil berømme avgått statsråd Storberget for det engasjementet han hadde for dette temaet, og jeg har lyst til å takke en samlet og enstemmig komité for et godt samarbeid ved behandlingen av denne viktige saken.

Det er et felles politisk mål at barn, som en klar hovedregel, ikke skal settes i fengsel, men at det i stedet er ønskelig å øke bruken av alternative reaksjoner overfor barn som begår kriminalitet. Det fremlagte lovforslaget vil bidra til å bedre unges rettsstilling ved pågrepelse, varetektsfengsling, fastsettelse av straff, og under gjennomføringen av straffen. Komiteen oppfatter dette som en helhetlig tilnærming, og en oppfølging av Stortingets og regjeringens felles ønske om mer målrettede tiltak overfor barn og unge som begår kriminalitet, bl.a. knyttet til forebygging, økt bruk av konfliktråd og straffereaksjon med rehabiliterende innhold.

Før dom foreslås en rekke tiltak: kortere frister for fremstilling, kortere frister for overføring fra politiarrest, plikt for barnevernstjenesten til oppmøte i fengslingsmøter. Ved mer alvorlig kriminalitet kan pågrepelse og varetekt fortsatt være aktuelt for barn. Komiteen er spesielt opptatt av at politiet i dag ikke har tilpasset arrest for barn. De såkalte glattcellene er kun små rom, utstyrt med madrass og toalett. Advokatforeningen var i høring med komiteen klare på at de, i likhet med komiteen, forutsetter at regjeringen fremover legger til rette for at politiarrest-fasilitetene for barn og ungdom bedres betraktelig.

I lovforslaget foreslås også flere endringer knyttet til måten straff skal fastsettes på. Den såkalte ungdomsstraffen er ikke, som noen i utgangspunktet kanskje tenker, en puslete måte å tenke straff og rehabilitering på. Det er det stikk motsatte. Ungdomsstraffen skal være en strengere reaksjonsform fra samfunnet enn påtaleunntatelse, samfunnsstraff eller betinget fengsel, og vil være langt

mer treffsikker når det gjelder forebygging av kriminalitet. Både ved valg av ungdomsstraff som straffereaksjon og ved fastsettelsen av innholdet i ungdomsplanene vil det etter lovforslaget fortsatt være muligheter til å differensiere straffeutmålingen og innholdet i planen, f.eks. hvis man sammenligner en 15-åring og en 17-åring.

Parallelt med innføring av ungdomsstraff forutsetter en enstemmig komité at det settes i gang et forskningsprosjekt som evaluerer effekten av selve straffereaksjonen, både for ofre og for gjerningspersonen. Komiteen er opptatt av at det krever veldig stor involvering av lovbrysterens private nettverk og alle deler av justissektoren og andre offentlige instanser for å bidra til individuelt tilpasset oppfølging. Også fornærmede skal kunne involveres, etter eget ønske.

Barnevernet får en plikt til å møte i fengslingsmøter, men barnevernet gis også en viktig rolle ved gjennomføringen av selve ungdomsstraffen og under soning i de såkalte ungdomsenhetene. Her ligger etter komiteens mening en hovedutfordring i å få loven til å virke. Det er helt nødvendig med bedre samarbeid mellom barnevern og kriminalomsorg, sånn at barnet får en bedre oppfølging. Alle har sett at barnevernet er under press, og at en del barn og ungdom har et svært anstrengt forhold til barnevernet fra før. De såkalte JustisProffene har underveis gitt tydelige tilbakemeldinger om nettopp det. Derfor er det viktig å se på dimensjoneringen av barnevernet; lovgrunnlag, kommunestruktur, turnusordninger, holdninger i hjelpeapparatet, osv.

Komiteen er også veldig tydelig på at arbeidet med å få på plass nok plasser i ungdomsenhetene intensiveres, at tverretatlige team knyttet til ungdomsenhetene kommer på plass, og ikke minst at det må komme på plass finansieringsordninger av såkalt paragraf 12-soning, som ikke medfører at man skyver på ansvaret.

Komiteen forutsetter at regjeringen utreder finansieringsordninger som gir incentiver for å velge den beste løsningen for det enkelte barn og den enkelte ungdom, i pakt med barnevernets og barneombudets påpekning under åpen høring.

Ungdomsenheter vil imidlertid ikke alltid være alternativet, så komiteen ber også regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett å gi tilbakemelding om hvordan dette løses.

I sum gir, etter komiteens mening, dette forslaget bedre rettsstilling for barn og ungdom ved pågrepelse, varetekt, fastsettelse av straff og under gjennomføring av straff. Jeg tilrår på vegne av komiteen at Stortinget slutter enstemmig opp om en enstemmig komités forslag til vedtak.

Tove-Lise Torve (A) [16:35:50]:

«Lite lys i barndommen – bortsett fra noen blålys iblant.

Vokste opp med mye juling og et dataspill.

Når tenkte dere at jeg skulle ha lært?»

Dette er ord fra en av JustisProffene – unge mennesker som dessverre har mye kunnskap og erfaring i kroppen, grunnet lovbrudd og straffereaksjoner.

En av disse JustisProffene sier videre:

«Vi vil bli stoppa, ikke fortsette å gjøre kriminelle ting.»

Proposisjonen om barn og straff, som vi behandler i dag, tar opp i seg veldig mange av de problemstillingene vi står overfor når det gjelder barn og kriminelle handlinger. Regjeringen fortjener honnør for et meget godt stykke arbeid, og vi er også svært glad for at det er tverrpolitisk enighet om alle forslagene i proposisjonen. Takk til saksordføreren for en grundig gjennomgang av forslagene, både i merknadene og i sitt innlegg.

Vi er smertefullt klar over at et stort flertall av dem som begår alvorlige kriminelle handlinger, har hatt en vanskelig barndom. Det betyr at mye kunne ha vært forebygget dersom vi hadde satt inn tiltak på et tidligere tidspunkt.

Vi trenger mer kunnskap om, og dermed muligheter til å avdekke, hvem som er i risikozonen for å utvikle alt fra sosiale og psykiske problemer til rusproblemer og en kriminell løpebane. Vi er de senere årene blitt mer bevisst, men vi er langt fra gode nok. Denne innsatsen må fortsette!

Men når faktum er at enkelte barn og unge begår kriminelle handlinger, må selvsagt samfunnet reagere. Ungdommene selv har klar tale: De vil bli stoppet, de vil ha hjelp til å leve et vanlig, lovlydig liv. Spørsmålet er da selvsagt hvordan vi som samfunn på best mulig måte kan bidra til dette.

Vi mener at forslaget om den nye straffereformen, ungdomsstraff, er et godt forslag. Ungdomsstraffen er tenkt å være akkurat det ungdommen selv etterspør, med en sterk involvering av aktuelle aktører og forpliktende opplegg som vil hjelpe ungdommene på rett vei. Denne straffereaksjonen skal være individuelt tilpasset og skal gjennomføres utenfor fengsel og helst i ungdommens nærmiljø, dersom det er mest hensiktsmessig. Viktige stikkord er forpliktende aktiviteter som skole eller arbeid, botrening, rusmestring, grensesetting og forståelse for konsekvensene de kriminelle handlingene deres medfører overfor dem som utsettes for handlingene.

Alle er enige om at barn ikke skal sitte i fengsel. Likevel må vi erkjenne at noen få ungdommer i perioder både må beskyttes mot seg selv, og at samfunnet må beskyttes mot dem. Regjeringen legger derfor opp til en videreutvikling av de såkalte ungdomsenhetene. Erfaringene så langt med ungdomsenhetene i Bergen er gode. Årsakene til at dette er et tiltak som ser ut til å ha god effekt, er at det settes inn store ressurser med god tverrfaglig kompetanse. Til og med barneombudet ser at dette tiltaket gir ungdommene som bruker det, god oppfølging.

Å sette barn i ungdomsenhetene skal være absolutt siste utvei fordi det er et fengsel. Grunnet det målrettede og gode arbeidet vil ungdommene ha utbytte av å være der. Men faren kan selvsagt være at denne straffereformen blir vurdert til å være så hensiktsmessig at flere dømmes til soning i ungdomsenhetene. På sikt kan dette føre til at vi setter flere ungdommer i fengsel. En slik utvikling er vel ikke det vi ønsker, og vi må derfor følge nøye med.

Jeg vil avslutte mitt innlegg som jeg begynte, med noen ord fra en av JustisProffene:

«Jeg tror kjærlighet kan brukes mer enn vi bruker

det i dag. Vi som jevnt besøker glattcella har kanskje fått for lite kjærlighet.»

Det synes jeg er kloke ord fra en ungdom som sannsynligvis ville hatt et annet liv dersom han hadde fått mer omsorg og kjærlighet som barn.

Jenny Klinge (Sp) [16:40:11]: Det er eit skrikande behov for at utsette barn og unge får eit heilskapleg hjelpeapparat rundt seg. Dette synleggjer dagens debatttema om barn og straff svært godt. Det er snakk om framtida til unge menneske som gjennom å ha gjort seg skuldige i straffbare handlingar kan vere i ferd med å utvikle ein kriminell løpebane som varer i fleire år, kanskje livet ut.

På eit vis kan ein seie at dei tiltaka som ligg i lovframlegget, speglar ein tankegang å la Samhandlingsreforma. Tenesteytarar og hjelpeinstansar skal koordinere arbeidet sitt og samhandle betre, og ein skal ha betre oppfølging av den enkelte frå mange kantar.

Vanskelege oppvekstvilkår og dårlege heimar peikar vi gjerne på når det går gale med ungdom, og det er sjølvsagt relevant. Men det er ikkje slik at dette er forklaringa på alt. Det fritek heller ikkje unge menneske frå ansvar for egne handlingar at dei har opplevd noko gale i barndommen.

Dette skal likevel sjølvsagt vere med som ein viktig del av bakgrunnen for korleis vi jobbar forebyggjande mot kriminalitet, korleis vi betre kan fange opp dei ungane som treng hjelp. Det skal vere med som ein del av bakgrunnen når vi vurderer å setje i verk tiltak når nokon har gjort lovbrøt.

Opplegget med stormøte er eit døme på noko eg har tru på i så måte. Der blir fleire viktige aktørar inviterte til å delta og bidra. Den unge gjerningspersonen sjølv må yte ein innsats og forhåpentlegvis bli meir bevisst på kva han har gjort, og tenkje over kva han vil med livet sitt vidare.

Eitt av dei tiltaka som ligg inne i lovproposisjonen, er at politiet blir pålagt å varsle barnevernet når det er aktuelt å krevje fengsling av eit barn under 18 år, og at barnevernet vil plikte å møte i fengslingsmøte og informere om behovet for og arbeidet med tiltak for barnet. Dette er viktige element for å forebyggje betre. Alt må setjast inn på å stanse ein kriminell løpebane i starten. Det synest som at eit samla storting i dag vedtek at det er håp for alle.

Det meiner eg er meir framståande i nettopp denne saka enn i andre saker der vi diskuterer kriminalitet og straff. Tverrpolitisk einigheit om å vere optimistiske er eit godt utgangspunkt. Det er bra at vi somtid kan dele syn på både målsetjingar og kva verkemiddel som bør brukast for å nå målet.

Det er viktig for å få eit velfungerande og godt samfunn at alle faktisk skal ha mest mogleg like sjansar til å bli gagns menneske – bidragsytarar til samfunnet, men ikkje berre det; flest mogleg må få sjansen til å leve gode, innholdsrike og meningsfulle liv.

Når vi i tillegg til mange andre tiltak også opprettar egne ungdomseiningar for dei som har begått alvorlege og/eller gjentekne lovbrøt, er det fordi ein må erkjenne at

somme faktisk treng strengare reaksjonar med sterk grad av kontroll i ein periode.

Eg nemnde at vi har tru på at det er håp for alle. Slike ungdomseiningar stengjer ikkje for dette håpet. For at dei som blir møtte med denne typen straff, i beste fall skal kunne klare seg godt resten av livet, er det nødvendig med straff og oppfølging som møter deira handlingar og den trusselen dei for tida kan utgjere for samfunnet. Målet er at ein på det viset forhindrar at ei negativ utvikling får halde fram.

Eg viser til slutt til det utførlege og gode innlegget til saksordførar André Oktay Dahl, og også det gode innlegget representanten Torve heldt. Vi tek med den nye lova eit fornuftig steg vidare, og vi håpar alle at erfaringane med alle dei nye tiltaka blir gode.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 5. (Votering, se side 1226)

S a k n r. 6 [16:43:47]

Innstilling fra justiskomiteen om endringer i aksjeloven mv. (nedsettelse av kravet til minste aksjekapital mv.) (Innst. 57 L (2011–2012), jf. Prop. 148 L (2010–2011))

Presidenten: Etter ønske fra justiskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 minutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Sigvald Oppebøen Hansen (A) [16:44:48] (ordfører for saka): Eg viser til at Stortinget i mars i år drøfta det same spørsmålet som me i dag skal behandle, nemleg forslag om å senke krav til aksjekapital for aksjeselskap. Den gongen valde eit fleirtal å leggje saka ved protokollen – dette fordi rapporten og innstillinga frå advokat Gudmund Knudsen da var ute på høyring.

Det var den gongen brei tverrpolitisk einigheit om å sjå nærare på krav til aksjekapital i aksjelova.

No har saka vore ute på høyring, og regjeringa har fremja ein proposisjon om dette, der krav til minste aksjekapital blir sett ned frå dagens 100 000 kr til 30 000 kr.

Eg er glad for at regjeringa så fort kom tilbake til Stortinget med dette forslaget. Regjeringa har store ambisjonar når det gjeld å få på plass enklare reglar for næringslivet. Dette forslaget er i så måte eit viktig tiltak i den retninga. I tillegg vil endringa i kravet vere ei harmonisering med våre naboland og samtidig vere eit godt tiltak for å demme opp for dei såkalla NUF-ane, altså norskregistrerte utanlandske foretak.

Ifølgje opplysningar som eg har fått frå NHO, er det registrert 16 pst. færre NUF-ar no enn på same tida i fjor. Sidan regjeringas forslag blei kjent i september i år, kan me no registrere at talet på nye NUF-ar er om lag halvparten i oktober samanlikna med oktober i fjor.

No skal ikkje eg bruke dette som eit sanningsvitne, men det kan vere ein indikasjon på at det var lurt å ta dette grepet fort. Med andre ord: Det kan sjå ut som at regjeringas medisins allereie verkar.

Ved ein inkurie, som det heiter, blir det ikkje foreslått i proposisjonen at § 2-8 fjerde ledd blir endra til at dersom ein del av den innskotne aksjekapitalen skal gå til dekning av stiftingsutgiftene, kan slike kostnader bli dekte av den innskotne aksjekapitalen. Som ein konsekvens av dette vil eigenkapitalen etter opningsbalansen vere lågare enn aksjekapitalen, og stiftingskostnadene vil da stå som ein gjeldspost i opningsbalansen. Derfor kan det ikkje krevjast at eigenkapitalen er større enn eller lik aksjekapitalen i desse tilfella. Dette har no komiteen retta opp i innstillinga, slik at det blir endra både i aksjelova og i allmennaksjelova.

Eit mindretal i komiteen gjer framlegg om å endre § 2-8 første ledd, slik at krav om utarbeiding av opningsbalanse ikkje skal gjelde. Forslaget er også i tråd med rapporten til Gudmund Knudsen, og eg som saksordførar har også stor sans for forslaget.

Når fleirtalet likevel ikkje vel å stemme for dette forslaget no, heng det saman med at departementet ønskjer å vurdere dette spørsmålet saman med dei andre delane av Gudmund Knudsens utgreiing litt seinare. Det har eg stor forståing for. Det viktige no, det som hastar – og det proposisjonen også omhandlar – er nedsetjinga av krav til minste aksjekapital. Derfor blir det etter vår meining litt useriøst å plukke ut enkeltelement i ei stor utgreiing, utan å ta for seg heile rapporten til Knudsen.

Eg har, som sagt, stor tru på at eit redusert krav til minste aksjekapital vil ha stor betydning for fleire nyetableringar. Det gav eg også uttrykk for i vår, da Stortinget behandla saka sist. I den same debatten bad eg om at regjeringa likevel kunne vurdere om «aksjekapitalkravet kan vurderast særskilt og fremjast raskt for Stortinget». Det har me no fått, og eg ser fram til å ta fatt på heile rapporten til advokat Gudmund Knudsen for å gjere forenklingar og modernisering for norsk næringsliv.

Hans Frode Kielland Asmyhr (FrP) [16:49:22]: Saksordføreren sa i sitt innlegg at dette var et viktig tiltak for å forenkle og modernisere rammevilkårene for norsk næringsliv, og det er vi alle enige om. Men det er grunn til å minne om at dette har tatt lang tid for den sittende regjeringen å erkjenne. Som saksordføreren helt sikkert husker fra tidligere stortingsperioder, har det ikke akkurat vært en stor interesse fra den sittende regjeringen for å komme med forslag til forenklinger og modernisering når det gjelder dette spørsmålet eller andre spørsmål som er viktige for norsk næringsliv.

Nå har regjeringen kommet med dette med forenklet revisjonsplikt for mindre aksjeselskaper, og så kommer man med dette nå, men det er grunn til å minne om at

dette hadde ikke regjeringen kommet med uten et betydelig press fra næringslivets organisasjoner og fra opposisjonen i Stortinget. Derfor er det bare å ønske regjeringen velkommen til Stortinget med tilsvarende tiltak. Det gjelder formuesskatten f.eks., oppbevaringsplikt – det er en lang liste med tiltak som raskt kan gjennomføres dersom regjeringen virkelig er interessert i å modernisere regelverket for norsk næringsliv. Jeg føler at det er viktig at man får presisert dette etter saksordføreren innlegg, slik at vi får frem hvordan denne saken har vært behandlet tidligere.

Presidenten: Presidenten er usikker på om representanten Kielland Asmyhr vil ta opp det forslaget som står i innstillingen.

Hans Frode Kielland Asmyhr (FrP) (fra salen): Det gjør representanten Oktay Dahl.

Presidenten: Det vil representanten Kielland Asmyhr ikke gjøre, men det kommer da André Oktay Dahl til å gjøre, som er neste taler.

André Oktay Dahl (H) [16:51:34]: Representanten Kielland Asmyhr hadde lyst til å ta opp forslaget, men vi ble enige om jeg skulle gjøre det på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre – så det er hermed gjort.

Jeg er enig med foregående taler i at det er et bedre-enn-aldri-forslag som kommer nå, men da skal vi jo ikke klage på at ting endelig skjer. Dette er bra. Men det minner om at vi muligens bør vurdere igjen det forslaget Høyre hadde tidligere, nemlig om å ha en permanent selskapsrettskommisjon som hele tiden løpende kan vurdere behovet for justeringer i forhold til næringslivets behov, fordi denne type tematikk i konkurranse med alle de andre oppgavene som Justisdepartementet har, sannsynligvis ikke har høyeste prioritet.

Det er et greit utgangspunkt å nevne at revisjonsplikten for småbedriftene gjelder særlig i de første leveårene for en bedrift helt til den passerer 5 mill. kr. Men det som debatteres i dag, er forenklinger som gjelder akkurat i det øyeblikket man skal etablere seg, altså før driften er i gang. Nå vil gründerne trenge mindre kapital enn tidligere, og det senker terskelen for å starte en bedrift. Det er noe det norske samfunnet vil ha behov for også på lang sikt, og det vil kanskje senere komme til å redusere kravet til aksjekapital enda mer.

Mindretallet i komiteen har et forslag som vil hjelpe gründerne enda mer. Fortsatt er det nemlig sånn at man må involvere en revisor, som skal ha betaling, når man etablerer et aksjeselskap. Det må lages en åpningsbalanse som viser selskapets eiendeler og gjeld idet selskapet stiftes. Denne åpningsbalansen må bekreftes av en revisor, selv om akkurat den samme informasjonen om eiendeler og gjeld allerede står i et annet dokument som man også må lage, nemlig selve stiftelsesdokumentet.

Som saksordføreren viste til, ble det i Knudsen-utredningen foreslått å ta bort denne dobbelrapporteringen. Det var det bred støtte for i høringen, til og med blant dem som kontrollerer selskapenes skatteforhold. Derfor fore-

slår Fremskrittspartiet og Høyre at gründerne som stifter selskap med bare kontanter, skal få slippe å lage denne åpningsbalansen. Da sparer de ikke bare papirarbeid, men også kostnader til revisor. Vi tror det er noen titalls millioner å spare for gründerne her, og det er en lettelse vi synes de fortjener allerede nå. Vi er inne i en tid hvor vi ser at resten av Europa sliter med økonomien. Da er det enda viktigere at vi så raskt som mulig foretar de justeringer og regelverksendringer som kan gjøre at flere bedrifter ser dagens lys i Norge, slik at vi har mer å møte den nedgangen med som vi også kan få inn over landets grenser, med den finanskrisen vi nå ser bre seg med stadig alvorligere fart i Europa.

Ellers er Høyre glad for at man omsider fikk fremlagt dette forslaget, men vi håper også at man kan vurdere seriøst det mindretallsforslaget som dessverre blir nedstemt i dag.

Presidenten: Representanten André Oktay Dahl har tatt opp det forslaget han refererte til.

Kjell Ingolf Ropstad (KrF) [16:54:37]: «Et enklere Norge» er et kjært sentrums- og Kristelig Folkeparti-slagord og er noe Kristelig Folkeparti er opptatt av. Vi er opptatt av å forenkle og gjøre det enklere å senke terskelen for å starte og etablere bedrifter. Som vi vet, er Norge et land som er preget av mange små og mellomstore bedrifter. Derfor er det å kunne gjøre det enkelt for dem som ønsker å starte sin egen lille bedrift, viktig.

Når vi i dag diskuterer aksjekapitalen til aksjeselskap, er det viktig å tenke på hva som er alternativet til å etablere et aksjeselskap. Når en vet at det blir stadig flere som velger å registrere foretak i utlandet, kan det forslaget som er til behandling i dag, være et av de forslagene som er med på å sikre at man får redusert de såkalte NUF-ene, og kanskje får flere aksjeselskap her. Som saksordføreren var inne på i sitt innlegg, ser en allerede den tendensen. En ser også at nettopp et senket krav til aksjekapital i Sverige har bidratt til at det har blitt mange flere nye etableringer av bedrifter. Det er en effekt som en vet vil komme i Norge også, og derfor er Kristelig Folkeparti glad for det forslaget som nå foreligger.

Vi tror at dette kan bidra til at det blir enklere, billigere og bedre å etablere aksjeselskap i Norge. Kristelig Folkeparti ønsker som sagt et enklere Norge. Derfor må kampen for forenkling fortsette. Derfor er vi også glad for at regjeringen viser til den videre behandling av Knudsen-utredningen, og at det vil komme flere forslag der.

I Norge har vi flere hundre tusen små bedrifter som rammes hardt av et unødigg detaljert rapporteringssystem og et komplisert regelverk. 80 pst. av norske bedrifter har under fem ansatte. Skjemaveldet er særlig et problem for gründerne. Kristelig Folkeparti vil avskaffe unødvendige lover og regler og forenkle rapporteringen for næringslivet. Kristelig Folkeparti ønsker en forenklet aksjelov for småbedrifter, og vi vil innføre solnedgangslovgivning både statlig og kommunalt. Reglene og lovene skal gjelde i maksimum ti år før de eventuelt må vedtas på nytt.

Kristelig Folkeparti støtter regjeringens forslag, og i til-

legg vil vi også stemme for forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre.

Statsråd Grete Faremo [16:57:12]: Jeg er glad for at komiteen enstemmig slutter seg til forslaget om å redusere kravet til minste aksjekapital i aksjeloven, samt til forslagene om at innskutt aksjekapital kan benyttes til å dekke utgifter til stiftelsen av aksjeselskapet, og at finansinstitusjonen – og ikke bare revisorer – kan bekrefte innskutt aksjekapital. Samlet representerer disse forslagene muligheter for å spare betydelige beløp for den som vil stifte aksjeselskap. Mens det i dag koster minst 100 000 kr pluss stiftelsesutgifter å etablere et aksjeselskap, kan man i framtiden etablere et aksjeselskap for 30 000 kr, inkludert stiftelsesutgifter. Aksjeselskapsformen er den mest brukte foretaksformen i Norge. Per i dag er det over 200 000 registrerte aksjeselskaper i landet. Derfor har reglene i aksjeloven stor betydning for de næringsdrivende. Størsteparten av aksjeselskapene er små og mellomstore bedrifter. Jeg håper de endringene som er foreslått, gir grobunn for nyetableringer.

Dette forslaget er del av et større prosjekt der formålet er å forenkle og modernisere aksjeloven. Advokat Gudmund Knudsen har på vegne av Justisdepartementet utredet forenklinger av aksjeloven. Utredningen om forenkling og modernisering av aksjeloven ble avgitt 7. januar i år. Selv om utredningen gjelder alle aksjeselskaper og foreslår endringer i aksjeloven uten hensyn til selskapenes størrelse, tok utredningsarbeidet særlig sikte på de små aksjeselskapenes behov. I utredningen fremmes det også andre viktige forslag til forenkling og modernisering av aksjeloven, bl.a. enklere regler for stiftelse av aksjeselskap og regler som gir selskapene større frihet til å velge hvordan de vil organisere seg. Det foreslås også enkelte oppmykninger i reglene om kreditt til egne aksjeeiere og selskapets erverv av egne aksjer.

Utredningen var på høring fram til 19. april i år, og det var stor interesse for dette arbeidet blant høringsinstansene. Størst oppmerksomhet var det om forslaget om å sette ned kravet til minste aksjekapital for aksjeselskapene. Her var det for det første bred støtte i høringsrunden og for det annet et klart uttalt ønske fra næringslivet om at denne endringen måtte komme raskt.

Det er lett å forstå dette ønsket. Mange europeiske land har de siste årene revidert sin selskapsrett, herunder senket kravet til minste aksjekapital. Det er ønskelig at norsk rett på dette punktet blir mer konkurransedyktig. Det vil være til fordel både for de næringsdrivende og for det offentlige at næringsvirksomhet skjer innenfor rammene av aksjeloven framfor gjennom norskregistrerte utenlandske foretak. Dette hensynet har også vært fremme i høringen.

Forslaget om at aksjeinnskuddet kan gå til dekning av stiftelsesutgiftene og forslaget om at også finansinstitusjoner kan bekrefte at selskapet har mottatt aksjeinnskuddet, fikk også bred støtte i høringsrunden. Disse forslagene står i en viss sammenheng med forslaget om å sette ned kravet til minste aksjekapital, fordi forslagene samlet gjør stiftelsen av aksjeselskapet enklere og billigere. På denne bakgrunn var det fornuftig å behandle disse tre forslagene

separat fra resten av forslagene i utredningen. Det muliggjorde en raskere behandling. Regjeringen vil komme tilbake med en egen proposisjon om de øvrige forslagene i Knudsen-utredningen.

I Soria Moria II-erklæringen er forenklinger for næringslivet – særlig rettet mot små og mellomstore bedrifter – uttrykkelig nevnt, og regjeringens arbeid med aksjeloven er en oppfølging av dette.

Forenklingsarbeidet må også ses i sammenheng med andre tiltak fra regjeringen. Her nevner jeg særlig de nye reglene om unntak fra revisjonsplikten for små aksjeselskaper som trådte i kraft 1. mai i år. Dessuten peker jeg på arbeidet med å legge bedre til rette for elektronisk rapportering gjennom Altinn. Regjeringen har også lagt fram et tallfestet mål for å redusere kostnadene for bedriftene.

Samlet representerer de tiltakene jeg har gjennomgått ovenfor, betydelige forenklinger og besparelser for aksjeselskapene, og de bidrar også til at norske regler blir konkurransedyktige. I Sverige var det en klar økning i etableringen av aksjeselskaper etter at kravet til minste aksjekapital der ble senket fra 100 000 til 50 000 kr. Jeg håper at vi vil se en tilsvarende utvikling i Norge.

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

Ingrid Heggø (A) [17:02:15]: Eg viser til saksordføreren sin gode gjennomgang av endringane som ligg ved her, og er til liks med komiteen svært fornøgd med at vi får på plass endå eit forenklingsvedtak.

Forenklingsmåla som regjeringa har sett, er faktisk på heile 10 mrd. kr innan 2015, og vi har som målsetjing å ta halvparten i denne perioden.

Nedsetjing av aksjekapitalen frå 100 000 kr til 30 000 kr er eit viktig og riktig grep. Det vil sannsynlegvis medføra – som fleire har sagt her – at talet på NUF-ar vert kraftig redusert, noko som eg trur at alle her i salen finn svært ynskjeleg.

Det at ein òg kan nytta av aksjekapitalen til stiftelseskostnadene, underbyggjer også at kravet i realiteten er ytterlegare senka enn dei 30 000 kr som vi har sagt. Det at ein finansinstitusjon kan stadfesta i staden for revisor når det er snakk om aksjekapital i klingande mynt, er nok òg alle her i salen – kanskje med unntak av om det finst ein revisor her – einige om.

Arbeidet med forenklingssmål er eit arbeid som denne regjeringa har sett høgt på dagsordenen, og som det vert jobba med kontinuerleg. Reduksjon i talet på skjema, og mindre arbeid med skjema, bidreg til verdiskaping. Eg vil her dra fram det framifrå arbeidet som er gjort med Altinn I og Altinn II. Det er ei betydeleg forenkling, via elektronisk rapportering, vi her snakkar om.

Bortfallet av revisjonsplikta for små aksjeselskap er eit anna forenklingstiltak, som til og med fekk skryt og vart omtala av NHO-direktøren som «tidenes forenklingstiltak». Eg vil seia meg samd med ein samla komité, som seier at Noreg skal vera eit land der det er attraktivt å etablere aksjeselskap, og at dette tiltaket gjer det både billigare, enklare og betre å etablere eit aksjeselskap.

Avslutningsvis vil eg seia noko som gjeld konkurransekraft. Det er viktig at det er enkelt og greitt å etablere eit aksjeselskap, men det beste målet for god konkurransekraft er at ein har konkurransedyktige bedrifter og lønnsame arbeidsplassar, og det har vi i Noreg i dag.

I dag var eg på ein konferanse som LO, Norsk Industri og Energi Norge hadde vedrørende «felles plattform for verdiskaping». Der var Trond Giske ein av foredragshaldarane, og han kunne fortelja at såg ein på talet på arbeidsplassar innanfor industri og bergverk, så hadde det auka med 20 000 – eg meiner han sa i siste halvår. Eg synest det er svært gledeleg å ha med seg at også denne næringa aukar. Samtidig veit vi òg at nedgangen i konjunkturutsette næringar snudde i byrjinga av 2010, og sidan har trenden gått oppover. Dette er eg svært glad for.

Så ser eg fram til ein vidare diskusjon om andre forenklingstiltak, som vi sikkert skal ha både i denne komiteen og i andre komitear.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 6. (Votering, se side 1234)

Sak nr. 7 [17:05:16]

Innstilling fra justiskomiteen om anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2012–2020 (Innst. 82 S (2011–2012), jf. Prop. 146 S (2010–2011))

Presidenten: Etter ønske fra komiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til 40 minutter og fordeles med inntil 5 minutter til hvert parti og inntil 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Sigvald Oppebøen Hansen (A) [17:06:12] (ordfører for saka): I dag behandlar me ei lenge etterlengta sak, nemleg saka om anskaffing av nye redningshelikoptre. I dag kjem me til å vedta å gå til anskaffing av 16 nye redningshelikoptre, moderne, allvørs søk- og redningshelikoptre til Fastlands-Noreg, som erstatning for dagens Sea King-helikoptre.

Dette betyr ei betydeleg investering i redning og beredskap i Noreg når ein får full innføring av dei nye helikoptra innan 2020. Slik sett gjer me i dag eit viktig vedtak for å styrkje og forbetre redningshelikoptertjenesta si viktigaste oppgåve for å løyse samfunnsoppgåver som søk, redning, luftambulans og andre viktige oppgåver.

I tillegg vil Stortinget òg vedta ein opsjon på inntil seks helikoptre for framtidig behov og for å møte behov for redningskapasitet i nordområda.

Den totale ramma for anskaffinga er på 16,8 mrd. kr, som òg inkluderer investeringar til m.a. utstyr og reservedelar og infrastrukturinvesteringar til m.a. bygg og landingsplassar.

Når det gjeld kravspesifikasjonar til dei nye helikoptra, ligg det betydelege rekkeviddekrav, betre allvørsegenskapar og større hastigheit enn kva som er tilfellet for dagens Sea King. Slik sett vil dei nye helikoptra kunne tilby større tryggleik for fiskarar og andre som bevegar seg langt frå kystlina, og i nordområda. Bete søkjeutstyr vil i tillegg leggje til rette for at folk i nød kan lokaliserast betre.

Det er grunn til å nemne at sysselmannens helikoptertjeneste på Svalbard òg blir styrkt med to store helikoptre. I dag er situasjonen på Svalbard slik at sysselmannen disponerer eit stort og eit mellomstort helikopter.

Det har vore ein diskusjon omkring det at departementet planlegg ein anbudsprosess som er open for alle helikopterandidatar som fyller dei fastsette krava – både sivilt og militært registrerte fartøy. Ja – men eg har vanskar med å forstå at dette vil svekke beredskapen, slik enkelte hevdar.

Årsaka til at departementet går inn for både sivilt og militært registrerte helikopter i anbudsprosessen, er nemleg at ein på den måten vil ein få ein breiast mogleg konkurranse, som i neste omgang kan bli til gunst for staten. Lat meg òg leggje til at uansett val av helikopter er det allereie bestemt at det er Forsvaret som skal operere framtidens redningshelikopter. Dette har me gode erfaringar med, ikkje minst med tanke på at det militært operative regelverket er under full nasjonal kontroll og kan tillate flyging under svært krevjande forhold. Slik sett er dette ein suksessfaktor, med tanke på at redningshelikoptra også skal hjelpe den sivile luftambulansetenesta med oppdrag når denne har avgrensingar på grunn av været.

Mange har vore bekymra for framdrifta i denne saka. Det er fleire årsaker til at ting tek tid – ikkje minst at det tok tid for ESA å behandle spørsmål som var innklaga, men også den eksterne kvalitetssikringa av prosjektet. Men eg skal la det liggje no. I dag er det all grunn til å vere tilfreds med at det no blir teke viktige grep for å setje fortgang i arbeidet med å skifte ut den gamle Sea King-flåten med nye og moderne allvørs søk- og redningshelikoptre som har større hastigheit, større lyftekapasitet og lengre rekkevidde. For alle dei som ferdast langs kysten – fiskarar, skipsfarten, og dei som er knytte til offshore-aktivitet i ei eller anna form – må dagen i dag vere ein gledas dag. Dei grepa me no gjer, vil auke tryggleiken betydeleg, og fleire liv kan bli redda dersom uhellet skulle oppstå.

Eg er glad for at eg kan leggje fram ei samrøystes innstilling for Stortinget i dag. Det er viktig at Stortinget står samla bak denne store investeringa. Framstegspartiet har i innstillinga kome med enkelte mindretalsframlegg, men eg reknar med at dei sjølve vil gjere greie for desse seinare i debatten.

Ulf Leirstein (FrP) [17:11:17]: La meg aller først få takke saksordføreren for godt samarbeid om saken.

Dette er en viktig sak. Til tross for viktigheten har den tatt lang tid. Gjennom flere år har vi opplevd manglende

fremdrift i saken om anskaffelse av nye redningshelikoptre. La meg bl.a. vise til at saken også ble debattert i Stortinget i mai 2002, hvor det ble foretatt en grundig gjennomgang av de utfordringer redningshelikoptertjenesten sto overfor da, og i et fremtidig perspektiv.

La meg understreke at kvaliteten på redningshelikoptertjenesten i mange tilfeller er avgjørende for om liv kan reddes eller ei. Mange som har sitt daglige virke langs kysten, på offshoreinstallasjoner, som en del av fiskeflåten eller i annen aktivitet, setter sin lit til at de skal kunne hjelpes og reddes når ulykken inntreffer. Hvis man i tillegg ser de store verdiene som disse menneskene er med på å fremskaffe for nasjonen Norge, er dette noe av det viktigste fokus i denne sak.

For Fremskrittspartiet har det eneste riktige fokus vært – og er – de rent redningsfaglige. Jeg konstaterer at mange velger å snakke mye om kostnader knyttet til denne anskaffelsen, men min klare oppfatning er at det viktigste å fokusere på er de behov redningstjenesten samlet sett har.

La meg så vise til regjeringens saksfremlegg hvor man henviser til en ekstern kvalitetssikrer, EKS. Denne har gjort en beregning av hvorvidt det vil være mest fornuftig å la Forsvaret fortsette å drifte helikopterbasene i fremtiden, eller om sivile kan gjøre det. Utredningen er svært viktig og en sentral analyse før det treffes en endelig beslutning. I denne sammenheng kan det vises til at man nå skal treffe beslutninger for 30 år fremover. Det er da viktig at man har et best mulig avgjørelsesgrunnlag. Det vises for øvrig til at EKS ikke konkluderer med at Forsvaret er en foretrukket aktør til drift av redningshelikoptertjenesten.

Når det gjelder rapporten fra EKS, er den unntatt offentlig av departementet og har således kun vært tilgjengelig for justiskomiteens medlemmer. Rapporten ble gjort tilgjengelig for komiteens medlemmer først på slutten av komiteens behandling. Rapporten burde ha vært fremlagt på et tidligere tidspunkt. Rapporten burde i stedet vært offentliggjort, da dette er en sak av stor allmenn og offentlig interesse.

Fremskrittspartiet mener man må åpne for sivile tilbydere av noen baser i redningstjenesten. Et problem med redningstjenesten er at det samlede utgiftsbildet er svært uoversiktlig. Hva en god redningstjeneste koster, er derfor uklart. Derfor mener vi at man må åpne for konkurranse. Det vil gjøre det mulig å sammenlikne utgiftene ved de ulike baser og således danne seg et bilde av hvor mye det faktisk koster. I den grad dagens redningstjeneste ikke opptrer effektivt nok med de ressurser som tildeles, vil det således være mulig å gjøre endringer i driften, slik at tjenesten oppnår bedre resultater.

La meg så si noen ord om den samlede helikopterberedskapen i Norge. Dette er særlig viktig sett i sammenheng med hendelsene 22. juli i år, hvor det viste seg at politiet og Forsvaret brukte for lang tid på å få helikoptre med i aksjonen som pågikk. Derfor mener Fremskrittspartiet at vi må få en utredning hvor det legges en plan for den samlede beredskap sett under ett, og hvor redningshelikoptre kunne spille en rolle også knyttet til politiets utrykningsberedskap. Man kunne tenke seg at to til tre he-

likoptre blir pansret og således kunne være i stand til å settes inn til personellforflytning dersom det skulle være behov fra politiets side. I dag er redningstjenestens lokalteter spredt på en god måte over hele landet og således svært egnet til å ha en slik støttefunksjon overfor politiet.

La meg så kommentere basestrukturen i redningstjenesten. Basen på Banak i Finnmark ligger inne i landet og således langt fra kysten. Dette kan ha avgjørende betydning for dem som trenger hurtig hjelp på sjøen. Dersom man blir liggende i vannet utenfor kysten, er sjansen for å overleve lenge relativt liten. Hvis en base ligger ved kysten, vil tiden som går før helikopteret kommer frem, kunne minimeres betraktelig. Det er også viktig å ta inn over seg hvilken aktivitet man vil se i havområdene utenfor Finnmark i tiden som kommer. Delelinjeavtalen mellom Norge og Russland åpner for langt større trafikk i disse områdene.

Videre kan man påpeke den store avstanden mellom basen i Bodø og basen på Banak. Disse to basene danner beredskapen for hele Nord-Norge og dermed også nordområdene. Dette tilsier at man bl.a. må se på mulighet for å etablere ny base for redningstjenesten lokalisert i Tromsø. Forholdene som jeg nå har påpekt, taler for at man ser på basestrukturen på nytt. Vi fremmer derfor forslag om at vi ønsker en egen sak med vurdering av hvordan den fremtidige basestrukturen skal være utformet.

La meg avslutningsvis bruke et par ord på den prosjektorganisasjonen som nå er opprettet, og skal utvides for å anskaffe nye helikoptre. Det er per dato brukt over 100 mill. kr på prosessen. Over 30 personer jobber med prosjektet, og flere skal det bli. Nå skal kontorfasilitetene for prosjektet bygges ut for 20 mill. kr. Jeg håper statsråden tar dette på største alvor og ser på om dette omfanget er nødvendig, og at man går igjennom måten man har valgt å organisere prosjektet på.

Jeg tar opp de forslag Fremskrittspartiet har fremmet i innstillingen fra komiteen.

Presidenten: Representanten Ulf Leirstein har tatt opp de forslag han refererte til.

Anders B. Werp (H) [17:16:39]: Kjøp av redningshelikoptre er en svært viktig beslutning. Den har stor betydning for et stort antall mennesker. Fiskere, sjømenn, friluftinteresserte, ansatte på plattformene og ellers i maritim sektor er avhengig av en funksjonell redningstjeneste.

Erfaringene fra det siste tiåret har med all mulig tydelighet vist at vi må ha et langsiktig perspektiv ved slike investeringer. Da avgjørelsen om å skaffe Sea King ble gjort, var det nok ikke mange som forventet at de skulle brukes til nærmere 2020.

I de kommende årene er det etter all sannsynlighet kun Norge som vil ha Sea King som sitt hovedredningshelikopter. Dette vanskeliggjør reparasjoner og vedlikehold, i tillegg til at det vil være færre tilgjengelige tekniske oppgraderinger enn på andre helikoptre. Videre medfører vedlikehold at antallet operative redningshelikoptre til enhver tid er lavere enn det som er optimalt. Det er vik-

tig at prosessen videre gjennomføres raskt, slik at nye redningshelikoptre er operative så tidlig som mulig.

Det er tidligere gjennomført flere utredninger om behovet for nye redningshelikoptre. Prosessen med anskaffelse av nye redningshelikoptre ble startet i 1997, da Fostervoll-utvalget påpekte gapet mellom det Sea King-flåten er i stand til å utføre, og det som bør forventes av framtidens materiell. Det vil altså trolig gå mer enn 20 år fra denne erkjennelsen før nye og moderne redningshelikoptre er operative.

I komiteens behandling av saken har man også tatt opp drøfting rundt konkurranseutsetting av enkelte av basene og selve basestrukturen. Fra Høyres side har vi ikke gått inn på den debatten nå, men vi har dermed heller ikke lukket døren for de debattene. Vi har tatt hensyn til at den videre framdriften i saken er viktig, og at vi da ønsker å sette fokus på at det nå er anskaffelsen som er det sentrale.

Sommerens grufulle handlinger lærte oss at samspillet mellom nød- og beredskapsstatene må bli bedre. Materiell og personell må brukes på tvers av sektorene. Samtredning og felles øvelser må prioriteres. Høyre støtter derfor vurderingen som er gjort om at redningshelikoptrene må fungere innenfor et flerbrukskonsept.

For Høyre er det avgjørende at den videre prosessen gjennomføres så hurtig som mulig innen forsvarlige rammer.

Jenny Klinge (Sp) [17:19:35]: Temaet beredskap er eit viktig og aktuelt tema. Vi har lenge hatt ein prosess gåande med mål om å kjøpe nye redningshelikoptre. Der står vi no, klare til å bruke 16,8 mrd. kr på ei investering vi skal leve med i 30 år.

Det er eit stort og særst viktig lyft for å vidareføre og forbetre ein god beredskap når vêret herjar som verst og forholda for å fly med helikoptre er som dårlegast. Og det er ikkje så reint sjeldan i vårt langstrakte land at vi har slike forhold. Debatten endar fort med å handle om tekniske løysingar og ulike typar regelverk. Dette er sjølvsagt òg ein del av det vi må diskutere, men vi må ikkje gløyme det store biletet.

Eg tala ein gong med ein ambulansesjåfør som hadde sitt virke på 1980- og første del av 1990-talet. Han fortalde med glød om korleis Sea King-helikoptra hjelpte dei i snøstorm og skodde. Han fortalde om ulukker der skadde menneske aldri ville ha overlevd, hadde det ikkje vore for at legen kunne rekvirere desse helikoptra frå Ørland. No tek vi i løpet av få år denne beredskapen eit stort steg vidare ved å skaffe helikoptre med endå større rekkjevidd, og som fungerer endå betre når behovet er der.

Eg deler det utolmodet som opposisjonen gir uttrykk for, men viktigast er det at prosessen er ordentlig, og at resultatet er at vi får eit produkt som er det landet vårt treng.

For oss som har eit politisk engasjement for mest mogleg likeverdige tenester for innbyggjarane uansett kvar dei bur, er god beredskap i heile landet avgjerande. Ein må kunne vere trygg på at hjelpa er nær, uansett om ein er langt til havs eller oppheld seg utanfor allfarveg. Dette er

ein av faktorane som spelar inn for kor ein vel å busetje seg, eller kva slags yrke ein vel.

Det bør knapt vere grunn til å måtte minne om at mange av dei rike ressursane som er grunnlaget for velferdssamfunnet vårt, finst utanfor dei største befolkningskonsentrasjonane.

Under den opne høyringa justiskomiteen hadde om saka, vart det åtvåra mot å vente for lenge med å tilpasse og bygge ut landingsplassar for dei nye og større helikoptra ved sjukehusa. Eg er glad for at komiteen peikar på at desse tilpassingane må vere ferdige før helikoptra blir tekne i bruk, og håpar regjeringa følgjer godt opp på dette punktet.

Dag Terje Andersen hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 7. (Votering, se side 1235)

Sak nr. 8 [17:22:08]

Interpellasjon fra representanten Anders B. Werp til justisministeren:

«I forbindelse med oppløsningen av DDR klarte man å sikre en stor del av Stasi-arkivet. Dette arkivet er til dels vanskelig tilgjengelig på grunn av dets kompleksitet og format. En «nøkkel» til å binde sammen materialet finnes i Rosenholtz-kartoteket, som USAs etterretningstjeneste CIA har hånd om. Dette kartoteket inneholder tre typer registerkort, Formblatt: F-16, F-22 og statistikkort fra 1988. Alle tre typer kort er relevante for å få et komplett sett med «nøkler». CIA utleverer opplysningene om de enkelte lands agenter til de respektive land, men det enkelte land må selv ta initiativ overfor CIA til å få utlevert materialet fra Rosenholz-kartoteket.

Vil statsråden ta initiativ til å få alle opplysninger, F-16, F-22 og statistikkort 1988, om Stasis totale aktiviteter i Norge utlevert fra CIA, og hvilken tilgang til dette materialet ønsker statsråden i så fall å legge til grunn for forskere, presse og allmennhet?»

Anders B. Werp (H) [17:23:28]: Da Lund-kommisjonen la fram sin rapport i 1996, ble på mange måter lyset slått på i Politiets overvåkingstjenestes arkiver. Rapporten var og er omdiskutert, men et udiskutabelt resultat er at den med bred politisk tilslutning her i Stortinget førte til et oppgjør med påstandene om myndighetenes ulovlige overvåking av egne landsmenn under den kalde krigen.

Temaet for denne interpellasjonen kan ses som en forlengelse av denne åpenhetslinjen. Det er på tide å tenne lyset også i den norske delen av Stasi-arkivet. Men for å gjøre det må vi sikre oss at vi har nøklene til dette arkivet. Disse nøklene befinner seg i USA, hos den amerikanske etterretningsorganisasjonen CIA, og omtales som Rosenholz-arkivet.

Rosenholz-arkivet var en del av det opprinnelige Sta-

si-arkivet, men det kom under amerikansk kontroll under den kaotiske oppløsningen av DDR. Derfor må vi skille tydelig mellom Stasi-arkivet, som befinner seg i Tyskland, og Rosenholz-arkivet, som befinner seg i USA. I det tyske Stasi-arkivet befinner det seg enorme mengder materiale – 111 hyllekilometer med dokumenter. Dette materialet er til dels vanskelig tilgjengelig på grunn av dets kompleksitet og enorme omfang. For å ut få meningsfull informasjon herfra må man ha spesialkompetanse på feltet, og selv da hevdes det at man ikke kan være sikker på at man har fått ut all relevant informasjon.

Rosenholz-arkivet forbedret denne situasjonen kraftig, fordi dette arkivet inneholder registreringsnummer, kodenavn, virkelige navn og flere nøkkelopplysninger som gjør søk i Stasi-arkivet mye mer målrettede og presise.

Har dette temaet relevans i dag, vil kanskje noen spørre. Svaret er ja, i aller høyeste grad. Jeg vil nevne særlig tre grunner.

For det første er dette i ferd med å bli en del av vår nære historie. Førstegangsvelgerne ved stortingsvalget i 2009 var de første som er født etter murens fall i 1989. De har dermed ingen egne referansepunkter til den kalde krigen og den ideologiske kampen mellom demokrati og autoritær sosialisme.

En del nordmenn ble fascinert av de kulisser som ble reist av østblokken. Så ikke disse nordmennene undertrykkelsen bak disse kulissene? Trodde man at Berlinmuren ble reist for å beskytte østtyskere? Trodde man at de som ble skutt under fluktforsøk til Vesten, var fiender av den rette tro? Eller var det slik at så lenge man var overbevist om at den radikale sosialismen representerte det objektivt gode, så kunne det aksepteres noen offer på veien til målet? Det som skjedde, ble jo gjort i den rette doktrinens navn!

Og så man ikke framveksten av organisasjoner som Stasi som alarmerende? Da DDR kollapset i 1989, er det estimert at Stasi hadde 91 000 ansatte og 189 000 uoffisielle medarbeidere. Tidligere offiserer i Stasi hevder endog at det sistnevnte tallet var betydelig høyere. Stasi regnes som en av etterretningshistoriens mest effektive organisasjoner på sitt felt og den østtyske befolkningen som den mest overvåkede befolkning noensinne. Men dette var altså ikke nok til å kue befolkningens ønske om frihet i 1989.

Spørsmålene er mange. Nettopp derfor er det viktig å blottlegge og dokumentere diktaturers infiltrasjon og metoder. Den faktabaserte historiske dokumentasjonen blir et betydningsfullt hjelpemiddel i demokratiutvikling og bekjempelse av radikalisme og ekstremisme – og også en advarsel om farene ved det totalitære svermeri.

Den andre grunnen til at dette fortsatt er relevant, er den sikkerhetspolitiske dimensjonen knyttet til informasjonen i Rosenholz-arkivet. Det kan bidra til å avdekke dem som virkelig var agenter for et fremmed land på norsk jord. I den grad forholdet ikke er foreldet, må sakene etterforskes og eventuelt føres for rettsvesenet etter norske, rettsstatlige prinsipper.

For det tredje vil det være en måte å få leget en del av sårene etter den kalde krigen på. Det at man er omtalt i Stasi-arkivet, behøver ikke å innebære at man var agent. Rosenholz-arkivet kan bidra til å renske dem som har

hatt denne mistanken hengende over seg, samtidig som Rosenholz-arkivet altså også kan bidra til å avdekke dem som virkelig var agenter for et fremmed land.

Jeg tillater meg å detaljere vedrørende Rosenholz-arkivet, fordi det er viktig at presisjonsnivået i saken avspeiler dybden i temaet.

De omkring 350 000 filene i Rosenholz-arkivet er kartotek kort fra Stasis utenlandsetterretning. Under uklare forhold endte dette arkivet opp hos CIA i løpet av den tyske gjenforeningen i 1990. Arkivet var til å begynne med kun analysert i USA, men etter lengre forhandlinger fikk tyske myndigheter utlevert de filene som omhandler tyske – og kun tyske – borgere i 2003.

Rosenholz-arkivet inneholder tre typer mikrofilmede kartotek kort, som forenklet kan beskrives slik: F 16-kortene inneholdt personopplysninger for personer som enten hadde kontakt med Stasi, eller som Stasi betegnet som interessante. Dette er med andre ord ikke et entydig kartotek over agenter. F 22-kortene derimot er et kartotek over aktive agenter. Det gjør dette kartoteket særdeles interessant. Til slutt består Rosenholz-arkivet av statistikkort. Disse inneholder kodenavn, agentkategori, dato for verving, motiv for verving, yrke, slektskapsforhold m.m., samt Stasis bedømmelse av agentens kvalitet og troverdighet.

Hvilke opplysninger har så PST i dag når det gjelder innholdet av Rosenholz-arkivet? Det vet ikke undertegnede veldig klart, men på et skriftlig spørsmål fra representanten Kielland Asmyhr svarte daværende justisminister Storberget den 20. oktober i år på en måte som må tolkes dit hen at kun en liten del av Rosenholz-arkivet er utlevert fra USA hit til Norge.

Var Stasis aktiviteter i Norge så omfattende under den kalde krigen at dette har interesse i dag? Mitt svar er et ubetinget ja. Professor Helmut Müller-Enbergs regnes som en av de mest anerkjente forskerne på Stasi-arkivet. Han har foretatt en analyse av Stasis aktiviteter i Norden. Et av hans funn er antall informasjonen fra Norge og at det utgjør hele 1 886 rapporter i Stasi-arkivet. Ikke mindre enn 85 pst. av disse rapportene er knyttet til politikk, militære spørsmål og etterretningsvesen. I Norden skiller Norge seg klart ut med denne høye andelen. Det er grunn til å anta at dette var «insidere» og i liten grad emigrerte østtyskere som måtte forplikte seg til å rapportere tilbake, som gjenytelse for utdanning eller ekteskap i Norge.

Da er jeg tilbake til der interpellasjonen startet. Vi må sørge for å tenne lyset i den norske delen av Stasi-arkivet. På den måten viderefører vi linjen fra Lund-kommisjonen, samtidig som det forhåpentligvis kan bidra til å forebygge ekstreme holdninger. Derfor må regjeringen ta de nødvendige initiativ, slik at all informasjon om Stasis virksomhet i Norge blir overført hit til Norge fra amerikanske myndigheter.

Interpellasjonen dreier seg også om tilgjengelighet til materialet fra Rosenholz-arkivet for forskere, presse og allmennhet. Målet må være en tilgjengelighet basert på velprøvde regler som ivaretar rettssikkerhet, forskning og rikets sikkerhet. Særlig for forskningen er det viktig å etablere gode regler for tilgangen til materialet. For min egen

del vil jeg legge til at siktemålet i neste omgang bør være å overføre hele det norske materialet fra Rosenholz-arkivet til Stasi-arkivet i Tyskland. På den måten kan vi kanskje også bidra til den tyske forsoningsprosessen.

Det er på denne bakgrunn jeg stiller følgende spørsmål til justisministeren: Vil statsråden ta initiativ til å få alle opplysninger, inkludert F-16, F-22 og statistikkortene, om Stasis totale aktiviteter i Norge utlevert fra CIA, og hvilken tilgang til dette materialet ønsker statsråden i så fall å legge til grunn for forskere, presse og allmennhet?

Statsråd Grete Faremo [17:33:43]: Rosenholz-filene inneholder kopi av kartotekkort fra Stasis utenlandstjeneste og består av arkivreferanser, kodenavn og virkelige navn på utenlandske Stasi-agenter. Her må jeg si at jeg er virkelig imponert over interpellantens detaljerte kunnskaper om dette.

Etter det jeg har fått opplyst, er de originale kartotek-kortene ødelagt av Stasi etter Berlinmurens fall i 1989. Rosenholz-filene var i amerikansk besittelse, men ble returnert til Tyskland i 2003. Om det var, som interpellanten sa, bare det som angikk tyske agenter, eller om det var arkivet i sin helhet, må jeg ærlig innrømme at jeg så langt ikke har klart å bringe fram alle opplysninger om.

Etter å ha blitt returnert til Tyskland ble filene kontrollert med hensyn til mulige feil av Der Bundesbeauftragte für die Stasi-Unterlagen, som er en statlig tysk organisasjon for bevaring av Stasi-arkivet.

Generelt er det slik at den sikringen som skjedde av Rosenholz-filene i forbindelse med DDRs sammenbrudd og den senere arkivmessige oppbevaringen av materialet, har skjedd i regi av andre lands tjenester eller myndighetsorganer. Politiets sikkerhetstjeneste, PST, har ikke Rosenholz-filene i sitt arkiv. Jeg kommer litt tilbake til det spørsmålet senere.

I forbindelse med sammenslåingen av de to tyske statene i 1990 ble det opprettet en sentral myndighet i Tyskland som skulle ta hånd om arkivene til DDRs statssikkerhetstjeneste og utenlandsetterretning. Dette var de såkalte Stasi-arkivene. Det ble samtidig gjort kjent at Nato-landenes sikkerhetstjenester kunne få ut opplysninger fra disse arkivene.

Av riksadvokatens rapport, som er datert 29. april 1997, framgår det at Politiets overvåkingstjeneste ved fire anledninger har forespurt tyske myndigheter om mulige arkivopplysninger om til sammen 33 personer.

Fra norsk side ble spørsmålet om opplysninger fra Stasi-arkivene første gang reist i 1992 av daværende overvåkingssjef og på nytt igjen tidlig i 1994. Henvendelsene var på generelt grunnlag uten tilknytning til bestemte personer. De tyske Stasi-arkivene var bygget opp på personnavn, og det var derfor nødvendig å forespørre på konkrete navn for å få opplysninger. Fra tysk side ble det framholdt at behandlingen av Stasi-dokumentene var lovregulert, og at det i tilfelle måtte gis opplysninger om konkrete saker som var under arbeid, før de kunne ta stilling til hvorvidt informasjonen fra arkivene kunne gis.

Den 30. juni 1995 rettet daværende POT en henvendelse til tyske myndigheter om en konkret person. Henvendelsen ble gjentatt 17. august 1995. Det ble i november 1995 rettet en ny henvendelse hvor forespørselen ble utvidet til å gjelde åtte andre personer, dvs. i alt ni personer som tidligere var registrert av overvåkingsspolitiet.

Det ble i 1996 kjent at det var gjort henvendelse til tyske myndigheter om opplysninger fra Stasi-arkivene. EOS-utvalget la fram sin melding om innhenting av opplysninger fra tidligere DDR den 13. desember 1996. Den 16. desember 1996 ga statsadvokaten overvåkingssjefen ordre om at undersøkelser skulle opphøre. Videre undersøkelser opp mot Stasi-arkivene ble innstilt.

I enkelte saker i Politiets sikkerhetstjenestes arkiv finnes det imidlertid kopier av dokumenter som stammer fra Stasi arkiv, herunder fra Rosenholz-filene. Dette er dokumenter som har kommet i Politiets sikkerhetstjenestes besittelse gjennom forespørsler til samarbeidende tjenester. Bakgrunnen for sakene i daværende Politiets overvåkingstjeneste, POT, var mistanke om at norske borgere hadde vært agenter for Stasi.

I forskning på dette feltet, som på alle andre felt, er utgangspunktet at forskere må henvende seg dit hvor arkivmaterialet befinner seg. I dette tilfellet vil det si til Tyskland, hvor materialet, etter det jeg kjenner til, oppbevares av Bundesbeauftragter für die Stasi-Unterlagen, eller CIA, som også interpellanten nevnte.

Når det gjelder forskere, presse eller allmennhetens tilgang til arkivmateriale som oppbevares av utenlandske tjenester, myndighetsorganer eller arkiver, må dette naturlig nok avgjøres av disse innenfor de regler eller retningslinjer som gjelder for slike spørsmål.

I forbindelse med den internasjonale forskerkonferansen i Visby i september i år, Stasi i Norden, ble det avgitt et opprop til de nordiske regjeringene om å ta et initiativ til å be CIA utlevere Rosenholz-dokumenter til Stasi-arkivet i Berlin. Utover dette som benevnes som Manifest från Gotland, er jeg ikke kjent med konkrete henvendelser fra norske forskere om Rosenholz-filer. Jeg må i tilknytning til dette bemerke at ingen av underskriverne av manifestet, så langt jeg har sett, var fra Norge.

DDR og Stasis virksomhet mot Norge og norske borgere er en del av vår etterkrigshistorie. Materialet kan kaste nytt lys over denne delen av historien om den kalde krigen. Jeg er derfor positiv til at vi skal foreta nærmere undersøkelser om mulighetene til å hente relevant materiale til Norge.

I den forbindelse er det flere forhold som må klarlegges. Dels gjelder det å klarlegge mulighetene for at dette materialet stilles til vår disposisjon og eventuelle betingelser som stilles i den forbindelse, dels gjelder det klarlegging av framgangsmåter. Svarene på disse spørsmålene vil være bestemmende for hvordan et videre løp legges.

Slik saken står nå, kan jeg ikke se at en slik innhenting vil være en oppgave for Politiets sikkerhetstjeneste. Politiets sikkerhetstjeneste har i henhold til politiloven § 17 b oppgaver i forhold til forebygging og etterforskning av nærmere angitte straffbare handlinger. Det ligger utenfor tjenestens oppgaver å innhente materiale alene ut fra forskningsmessig interesse og som ikke er relevant til tjenestens oppgaveutførelse.

Håndtering av denne typen materiale reiser også en rekke

problemstillinger bl.a. av sikkerhetsmessige og personmessige karakter som må avklares. Det er derfor for tidlig å mene noe kvalifisert om hvordan og under hvilke forutsetninger forskere og andre eventuelt vil kunne gis tilgang.

Som det framgår av det jeg har sagt, har vi behov for å gjøre nærmere undersøkelser og vurderinger før vi konkluderer om de problemstillingene som reises i interpellasjonen.

Når det gjelder tilgangen til kopier av enkelt dokumenter som finnes i arkivene til Politiets sikkerhetstjeneste, vil spørsmålet om innsyn bli vurdert av PST i henhold til gjeldende regelverk. Når det gjelder opplysninger til bruk for forskning, vil jeg særlig peke på forvaltningsloven § 13 d, som åpner for at departementet kan bestemme at et forvaltningsorgan kan eller skal gi opplysninger til bruk for forskning, uavhengig av taushetsplikten når dette finnes rimelig og ikke medfører uforholdsmessig ulempe for andre interesser. I denne forbindelse kan det også knyttes vilkår.

Det kreves en formell henvendelse til Politiets sikkerhetstjeneste og en begrunnet innstilling fra tjenesten til Justisdepartementet. Jeg vil ta stilling til en konkret søknad når den eventuelt måtte foreligge.

Anders B. Werp (H) [17:42:51]: Jeg må nok innrømme at jeg ble litt skuffet over svaret.

Statsråden viser gode intensjoner – det skal sies. Det er bra. Men det var få spor av aktiv handling eller ønske om å løfte denne saken videre, slik som var min intensjon. Jeg skal ta det litt punktvis.

Til det første statsråden startet med, at Rosenholz-arkivene befinner seg i Stasi-arkivet i Tyskland. Dersom ikke samtlige forskere jeg har lest har uttalt seg i saken, tar feil, er situasjonen den at Rosenholz-arkivet befinner seg hos CIA. Stasi-arkivet befinner seg i Tyskland. For å få Rosenholz-arkivet må de enkelte land henvende seg til CIA for å få opplysninger vedrørende sine innbyggere, sine borgere. Tyskland har fått for de tyske borgerne, men ingen andre. Norge må foreta en aktiv handling for å få dette materialet utlevert. Og slik jeg skjønner statsråden, er dette også knyttet til NATO-medlemmer, som har den særlige muligheten.

Jeg trodde vel ærlig talt ikke det skulle være så veldig komplisert og for så vidt heller ikke så arbeidskrevende å sørge for at PST i hvert fall fikk dette inn i sine arkiver – som et første skritt – ved å henvende seg til CIA, slik at dette materialet om agentvirksomhet og Stasi-virksomhet i Norge under den kalde krigen kom under norsk tak. Det må være det første skritt. Men jeg tror ikke jeg hørte så veldig mange spor av at det skrittet kom til å bli tatt. Det er mulig jeg tar feil. Statsråden må selvfølgelig korrigere meg hvis jeg tar feil.

Gotland-manifestet er et viktig manifest som jeg tror kommer til å bli lagt merke til, og det kommer til å bli jobbet mye langs den linjen i fortsettelsen. Mange forskere på dette feltet har uttrykt en klar mening. Jeg skal ikke spekulere i hvorfor det var så få norske forskere – det overlater jeg til andre å spekulere i. Men det er et faktum, slik statsråden var inne på.

Avslutningsvis: Jeg håper at statsråden tar de nødvendige skritt, nettopp for å få dette materialet på plass i Norge

av de grunnene jeg la vekt på i min interpellasjon. Det er viktige grunner, det er viktig informasjon, og det kan også bidra til forebygging av ekstremisme i framtiden.

Statsråd Grete Faremo [17:46:05]: Jeg er enig i at dette er historisk viktig materiale og at det kan være med på å bringe nytt lys over kald krig-historien også for Norges vedkommende.

Jeg håper at bemerkningen om at interpellanten fant «få spor» til vilje til å løfte denne saken, kan forklare med at denne statsråden har sittet i stolen en måned. Dette er faktisk også en sak som jeg, sammen med tidligere justisminister Kari Gjesteby, hadde svært mye med å gjøre tilbake i den tiden da Norge som ett av flere NATO-medlemmer var opptatt av å få tilgang til denne informasjonen. Så kjenner jo mange til hvordan den oppgaven ble søkt løst, og hvorfor det derfor fikk sin bråstopp i 1996. Det er også noe av bakgrunnen for at jeg gjør oppmerksom på hva som er mandatet for PST, og at det derfor er mindre muligheter for PST til å løse oppgaver som ikke er direkte knyttet til forebygging og etterforskning av konkrete saker.

Vi ønsker å bruke noe tid på å finne den riktige formen for å ta dette videre, og det er, så vidt jeg skjønner, god kontakt med både CIA og eventuelle andre samarbeidspartnere, som det vil være viktig for oss å gå nærmere inn på. Målet må jo være å sikre tilgang på et historisk viktig materiale og så sikre at det blir belyst på en måte som sikrer den historiske verdien, men også tar vare på de sikkerhetsmessige og personmessige forhold som noen av disse sakene fortsatt inneholder. For så mye hadde jeg med denne saken å gjøre at jeg vet at dette fortsatt vil være forhold som kan være svært krevende for mange å få belyst på en grundig og god måte.

Anna Ljunggren (A) [17:48:46]: Både interpellanten og statsråden har på en god måte gjort rede for bakgrunnen for denne saken. Jeg vil jo også si at jeg er imponert over representanten Werps kunnskap på dette feltet. Men jeg synes det er underlig at dette tas opp som en interpellasjon, og ikke som et spørsmål i den ordinære spørretimen – men nok om det.

Rosenholz-filene er en samling av 38* CD-ROM-plater med omkring 350 000 filer med informasjon om et av etterretningsorganene innenfor etterretningstjenesten Stasi. Kortene ble filmet i 1988. De inneholder stort sett de virkelige navnene på agenter som arbeider for disse organene. Originalene ble ødelagt av Stasi rett etter 1989. Kartotek-kortene inneholder arkivreferanser, kodenavn og virkelige navn på utenlandske Stasi-agenter.

Rosenholz-filene endte opp hos CIA i løpet av 1990. Samme året ble det opprettet en sentral myndighet i Tyskland som skulle ta hånd om arkivene, de såkalte Stasi-arkivene. De filene som omhandler tyskere, ble returnert til Tyskland i 2003. Fra norsk side ble spørsmålet om opplysninger fra Stasi-arkivene for første gang reist i 1992. Stasi-arkivene var bygget opp rundt – stort sett – virkelige navn, og for å få utlevert opplysninger var

*Representanten sa 38, det riktige tallet skal være 381, jf. Anders B. Werp side 1217.

det nødvendig å etterspørre konkrete navn. Svaret fra tyske myndigheter var da at dokumentene var lovregulerte.

Etter det jeg har funnet ut, eller forsket meg til – om man vil – har disse filene siden mars 2004 vært åpne for publikum og kan ses på etter at man har levert en søknad. Det har tidligere vært uvisst om PST har fått oversendt alle Rosenholz-filer som omhandler nordmenn, eller bare et utvalg. Men jeg forstår nå, under denne interpellasjonen, at PST ikke har filene i sitt arkiv, men at det i enkelte saker i Politiets sikkerhetstjenestes arkiv finnes kopier av dokumenter som stammer fra Stasi-arkivet, dette etter at POT har hatt mistanke om at norske borgere hadde vært agenter for Stasi.

Nå er det jo sånn at noen utenlandske forskere har bedt Norge og de andre nordiske landene om å overlevere arkivkortene til Stasi-arkivet i Berlin, slik at det blir mulig å skrive denne delen av vår historie.

For ettertiden kan det være interessant å få forsket på disse såkalte Rosenholz-filene. Jeg mener at tiden er inne for at forskere nå bør få tilgang til disse. Vi ønsker åpenhet og kunnskap om det som har skjedd, selvsagt med hensyn til personvernet, de berørtes rettssikkerhet og rikets sikkerhet. I Sverige har forskere fått dykke ned i materialet under forutsetning av å ikke avsløre navnene til de Stasi-informanter som omtales, dette fordi det vil kunne være en stor belastning, spesielt kanskje for pårørende av eventuelle avdøde, å få kjennskap til dette.

Jeg oppfatter det sånn at statsråden er positiv til å hente materialet til Norge, og at man skal vurdere dette nærmere. Det er jeg tilfreds med.

Hans Frode Kielland Asmyhr (FrP) [17:52:56]:

Også jeg vil berømme interpellanten for å ha satt seg grundig inn i denne problemstillingen. Jeg vil også benytte anledningen til å berømme deler av pressen, som har bidratt til å grave frem denne interessante saken.

Det at ikke minst norske borgere kan ha gjort seg skyldige i å overlevere informasjon, sensitive norske opplysninger eller andre norske opplysninger, til andre lands sikkerhetstjenester, er en mørk del av vår historie, og det er viktig at flest mulig opplysninger om det som skjedde i denne tiden, kommer frem. Derfor tror jeg at denne interpellasjonen er viktig. Det blir poengtert hvor viktig det er av historiske grunner, men også at det er viktig at vi får frem hvordan norske borgere har forholdt seg til andre lands sikkerhetstjenester.

Som interpellanten nevnte i sitt innlegg, stilte jeg den 12. oktober i år et skriftlig spørsmål til daværende justisminister Knut Storberget om det samme. Mitt spørsmål gikk på hvorvidt disse opplysninger fantes i norske arkiver, og om norske myndigheter ville bidra til at de ble utlevert til Berlin, slik at forskere kunne nyttiggjøre seg dette materialet. Ikke minst spurte jeg om hva ansvarlige myndigheter har gjort i forhold til norske borgere som er omtalt i filene. Det er ganske interessant at daværende justisminister Knut Storberget valgte ikke å besvare det siste spørsmålet. Det var interessant.

Jeg forstår statsråd Faremo dit hen etter denne debatten så langt – og jeg ber henne bekrefte det nok en gang i sitt siste innlegg – at norske myndigheter nå vil gjøre alt de kan for å få tak i disse opplysningene og bidra til

at forskere kan få tilgang til dem. Hvis den forståelsen er riktig, er jeg godt fornøyd. Jeg vil også si at det er viktig at det nå, så lenge etter DDRs oppløsning, også kan fremkomme opplysninger om hvilken rolle norske borgere har hatt i forhold til DDRs hemmelige tjenester, Stasi, og hvordan våre sikkerhetstjenester har forholdt seg til disse aktivitetene fra norske borgeres side.

Jeg vil be om at vi blir underrettet når norske myndigheter har fått tak i disse opplysningene, slik at vi kan følge opp dette videre.

André Oktay Dahl (H) [17:57:08]: Hjemme har min ektefelle og jeg fullt av porselen, bestikk, servietter, kaffekanner, fløtemugger – til og med dopapir – fra Palatz der Republik. Vi har «Auferstanden aus Ruinen» på cd og på YouTube, og vi har signerte bilder av Honecker. Vi har østtyske flagg, vi har «Good bye, Lenin!», og vi har «Am kürzeren Ende der Sonnenallee», «På den korte enden av Sonnen Allé», på film. På fest synes veldig mange at dette er veldig gøy, og at det er typisk for et såpass «homofilert» hjem som vårt. Men de som kommer, vet samtidig hva som ligger der av menneskelig lidelse bak alle de tingene.

Man kan besøke Hohenschönhausen og se hva man finner der. Lukten av skrekk og angst som sitter i veggene, sitter der fortsatt. Når man går i Stasi-hovedkvarteret, som er blitt omgjort til et museum – man kan gå inn på kontoret til Erich Mielke og se hvordan alt var styrt derfra – får man et begrep om hva dette var. Man kan bare tenke seg hva DDR, med dagens teknologi, kunne ha fått til med det enorme tilfanget de hadde av mennesker som var uoffisielle medarbeidere, og som ble det frivillig fordi de ikke hadde noe bedre å gjøre. Og mennesker liker å titte, «være blomsterpotter» på naboen – det er det noen som gjør – og hvis de også får belønning for det, er det svært mange som lar seg rekruttere.

Det er en ganske stor kontrast til den ostalgien man ser i deler av Tyskland, deler av Berlin. Man ser det også i deler av den vestlige verden. Vi glemmer den kalde krigen, vi glemmer hva som skjedde. Vi ser det i denne saken; vi ser det til og med i Treholt-saken, hvor en del ting ser ut til å være glemt.

Vi er nødt til å ha mest mulig åpenhet og lære av historien, slik at vi kan se fremover. For det er jo slik at de som er under 30, har ikke et forhold til Murens fall i det hele tatt. Det er en hel generasjon som ikke har et forhold til det, annet enn bilder av folk i rare klær i pastellfarger – hvis de da hadde så mye klær i den fargen på feil side av Berlin-muren – som flyktet over da Muren falt. Desto viktigere er det med åpenhet og innsyn.

Jeg registrerer at statsråden i noen tidligere debatter i dag ikke har tegnet seg i debattene. Jeg håpet at det skulle bety at man hadde spart opp engasjementet til denne saken. Der tok jeg litt feil. Jeg deler representanten Werps oppfatning av at det ikke var spesielt klart hvor aktiv man har tenkt å være. Jeg vil oppfordre statsråden til å bruke de siste tre minutter til å være litt mindre tåkeleggende og mer klar på hva man har tenkt å gjøre, og si hvilke tidsperspektiver man ser for seg, for at man skal få mest mulig innsyn og mest mulig åpenhet om det man finner.

Jeg stiller meg spørsmålet: Hvem er det det eventuelt

vil være en belastning for? Hvem er det det er en belastning for, det som eventuelt kan være å finne av informasjon? Det er et ganske grunnleggende spørsmål som vi bør stille oss. Jeg synes statsråden bør konkretisere hva hun la i: Hvem er det det vil være en belastning for at man får mer innsyn for forskere med flere?

Jeg vil avslutte med å gjenta noen av spørsmålene som både Werp og representanten Kielland Asmyhr stilte: Har norske myndigheter tenkt å gjøre alt man kan, og det raskt? Det kan man svare ja eller nei på. Når det gjelder forskere med flere – da understreker jeg med flere – ser man for seg at flere skal kunne få innsyn? Dette er ikke bare et forskningsprosjekt i den grad det eventuelt finnes mennesker i Norge i dag som har hatt nær befatning med Stasi. Det ville jeg like å vite, på samme måte som jeg ville like å vite om noen har samarbeidet på en uheldig måte med andre typer ideologier. Så jeg ber om at statsrådets avslutningsinnlegg er vesentlig mindre innpakket, og at hun svarer klart og tydelig på hvor aktive norske myndigheter har tenkt å være i forhold til å gjøre noe med det som interpellanten, med all honnør, har tatt opp i dag.

Ingjerd Schou (H) [18:01:47]: Jeg hørte representanten Kielland Asmyhr hadde hørt at statsråden ville gjøre alt statsråden kunne gjøre for at dette skulle bli kjent. Det hørte ikke jeg. Jeg hørte at statsråden ville vurdere, hvis det kom en søknad. Statsråden har også understreket at dette ikke er noen oppgave for PST. Da tør jeg minne om at det kanskje bør være en oppgave for regjeringen. Det er regjeringen som sitter her, det er statsråden som sitter her, og dette er en sak under overskriften: Hvis vi skal forstå fremtiden, så må vi også forstå historien.

Det er 66 år siden annen verdenskrig. Dette er et område som ikke har vært belyst i den norske historien, men der den norske regjeringen ved henvendelse til USA kan få ta del i de opplysningene som måtte være av Stasi-virksomhet i Norge. Under overskriften «åpenhet» i det å forebygge ekstremisme burde dette være en for opplagt sak til at denne interpellasjonen burde vært nødvendig.

Statsråden henviser til 1996 og historien den gangen. Det er mange år siden – 15, hvis jeg ikke tar helt feil. Dette materialet har altså vært tilgjengelig, og veldig mange land har benyttet seg av muligheten til å få dette tilsendt ved å henvende seg.

I Tyskland er det slik at hver enkelt borger har rett til innsyn i de dokumentene som det østtyske Ministeriet for statsikkerhet måtte ha opprettet og arkivert om vedkommende. Mer enn en halv million mennesker har siden 1992 gjort bruk av denne muligheten. I Norge skal vi altså ikke ha denne muligheten. Vi skal ikke ha den åpenheten. I 2011 må jeg si at det er en manglende åpenhet som jeg skulle ønske at vi hadde vært foruten.

Stasis virksomhet var omfattende – 91 000 ansatte og 189 000 uoffisielle medarbeidere – og det er hevdet i forskningsrapporter at det var mer enn 2 millioner informanter. Den østtyske befolkningen er og var den mest overvåkede. Jeg var i Berlin for kort tid siden og besøkte Hohenschönhausen, som tidligere var et fengsel, men som i dag er et museum. Det er mange kvartaler, og det er enormt stort, men det eksisterte ikke på noe kart. Det

hadde torturmetoder og overvåkningsmetoder, som var de aller verste, mot dem som tenkte annerledes. Folk bare forsvant. Dette var i Berlin.

At virksomheten også har hatt sitt fotfeste i Norge, understrekes i rapporter som også er fremkommet. I dag er dette materialet tilgjengelig i Tyskland og i USA, men denne åpenheten må norske myndigheter fremvise at de faktisk ønsker. At PST antas å ha en liten andel av dette materialet, det får så være, men det er regjeringen som sitter her. Norge skiller seg også slik sett ut med den høye andelen av informasjon og rapporter om både politikk, militæret og etterretningsvesenet. Det er grunn til å anta at dette var insidere – og i liten grad emigrerte østtyskere som måtte forplikte seg til å rapportere tilbake, som gjenytelse for utdanning eller kjærlighet og ekteskap i Norge.

Sett fra mitt ståsted forventer jeg at regjeringen tar et initiativ overfor de amerikanske myndighetene for å få utlevert fra Rosenholz-arkivet alle de tre kartotekkortene som er omtalt, og som nettopp omhandler Stasis aktivitet i Norge. Det er flere begrunnelser for dette. Det ene er at de som eventuelt måtte være berørt, må få anledning til å vite: Er jeg omtalt der, eller er jeg ikke? Dessuten er det viktig etterretningsinformasjon. Det gir kunnskap om vår tidligere historie, og hvordan også vårt land var en del av det vi liker å tenke på som ikke-eksisterende i Norge.

Dessuten er det en viktig historisk dokumentasjon. Det er viktig både for forskere og for presse, men også for allmennheten at vi får tilgjengelighet til dette. Når så mange som en halv million mennesker i Tyskland har spurt, vil det forholdsvis selvfølgelig ikke være på langt nær så mange i Norge. Men for dem det gjelder, er det viktig. Når vi får åpenhet om dette, kan vårt land med verdighet si at vi har turt å gå inn i alle de forholdene som vi i dag ikke liker å tenke på. Regjeringen har et ansvar, og jeg liker dårlig formuleringen: Dette ligger ikke inne i PSTs mandat. Det er regjeringens ansvar å fremvise den åpenheten vi søker å etterstrebe, og som skal prege vårt samfunn.

A k h t a r C h a u d h r y hadde her overtatt presidentplassen.

Lars Myraune (H) [18:06:53]: Interpellanten tar opp et veldig viktig spørsmål, som vi nok har ansett som viktig over noe tid. Men vi synes i hvert fall nå at det er behov for at vi begynner å komme litt mer til bunns i det.

Det gjelder mulighetene til å få innsyn i Stasi, hvilke metoder de brukte, hvordan de opererte i Norge, og ikke minst hvilke nordmenn som eventuelt var involvert. Vi vet selvfølgelig en god del om metodene. Vi vet at de var grundige, i samsvar med tyske tradisjoner. Vi vet at de hadde et enormt apparat til oppgaven. Vi vet også at beskrivelser i planer og referater var svært detaljerte.

Vi som var i offiserskorpset på 1970- og 1980-tallet, var kjent med at vi var spesielt overvåket, og at vi var på en liste som ville blitt benyttet ved en konflikt som hadde ført til at østsiden hadde vunnet over vestsiden i Europa. Ved en senere anledning fikk jeg mulighet til å få innsikt i hva det betydde.

Som lærer på Luftkrigsskolen hadde jeg med meg en gruppe kadetter over til Øst-Tyskland på midten av

1980-tallet. Den behandlingen vi fikk ved Checkpoint Charlie, var av en sånn karakter at det ikke var fritt for at enkelte følte ikke bare ubehag, men også frykt for hva vi kunne risikere. Det var ikke behagelig.

På 1990-tallet tjenestegjorde jeg i Tyskland i en annen NATO-avdeling, og gjennom tyske kollegaer fikk jeg innblikk i mye av det som skjedde ved overtakelsen i DDR, etter kollapsen i 1989. Vi fikk da en bekreftelse på at den frykten som mange hadde, var reell.

Et medlem av maktapparatet den gangen var for det første svært overrasket over den humane behandlingen de fikk, ikke minst den humane behandlingen som menige soldater i forsvaret hadde fått. Det var ikke vanlig i deres hverdag. Han sa – direkte: Dere skal være glad for at det var vi som tapte denne kampen, og ikke dere. Han bekreftet at samtlige fra et visst nivå i offiserskorpset i hele Europa/NATO ville blitt likvidert. Det var en helt klar grunnsetning i deres formål. Så her er det mye stoff som kan ha stor interesse for Norge som nasjon.

Noen år senere fikk jeg anledning til å bli gitt en spesiell orientering ved CIA-hovedkvarteret i Washington. Jeg fikk innblikk i hvilke metoder de brukte, og hvilke arkiver de også håndterte. Det må jeg få lov å si: Det var uhyre interessant. Derfor vil jeg si at det å få innblikk i det de sitter på i dag, med deler av dette Stasi-arkivet, ville være av stor interesse.

André Oktay Dahl nevnte hvilke suvenirer han har hjemme hos seg. Jeg har en hotellnøkkel fra Vilnius – der jeg var like etter Murens fall – som jeg har tatt vare på. Det var et svært hotell, og i samtlige nøkler var det en mikrofon. Den nøkkelen er hjemme hos meg i dag – så det ble ikke observert noe særlig den gangen. Men det viser at man hadde et apparat, det var nok ikke bare Stasi, men vi vet at Stasi hadde stor innflytelse også i de baltiske landene.

Statsråden gir uttrykk for at dette er interessant både av historiske, av sikkerhetsmessige og også av personellmessige grunner. Jeg er enig i det. Jeg forstår statsråden slik at hun er positiv til å ta initiativ for å skaffe til veie dette materialet. Det synes jeg er veldig fint. Hun nevnte at den personellmessige biten kanskje kan være sårbar. Ja, det kan så være, men det er ikke urimelig å tro, med den høye aktiviteten som Stasi hadde også i Norge på den tiden, at det var nordmenn involvert. I alle fall for historiens del synes jeg vi fortjener å få rede på hvordan dette foregikk på den tiden.

Igjen vil jeg gjenta: Jeg håper at statsråden har et åpent sinn og tar dette opp på bred basis.

Dag Terje Andersen hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Michael Tetzschner (H) [18:11:56]: Jeg vil begynne med å takke for at interpellanten har satt en viktig sak og et sakskompleks på dagsordenen.

Det jeg synes gjennomsyrrer interpellantens tilnærming, er at sannheten må søkes også når den kan være ubehagelig, fordi vi har en plikt til å søke kunnskap og sannhet om vårt eget samfunn.

Situasjonen er nemlig den, som det også er redegjort for, at informasjonen finnes. Det krever ikke store administrative ressurser å systematisere – hvis vi ønsker det som nasjon – de opplysninger som andre, utenforstående, allerede har samlet om oss. Da skulle det være noe til beskjedenhet at Norge ikke er interessert i de opplysningene som har vært utenlands i mange år, nærmere bestemt i Øst-Tyskland.

Vi skylder også dem som levde i denne perioden, og som personlig hadde ofre, å skaffe oss riktig og korrekt historisk kunnskap om hva som skjedde i den langvarige perioden som vi i dag kaller den kalde krigen.

De to innleggene fra statsråden var litt forskjellige. Det første ga ikke særlig håp om noen aktiv holdning. Det andre innlegget var noe mer imøtekommende. Så er vi i den heldige situasjon at statsråden har et tredje innlegg til å informere oss om med hvilken foroverlenthet hun vil arbeide videre med dette temaet. Det hadde vært bra om vi hadde fått en klarere retningsanviser fra statsråden om hvor hun står.

Jeg har lyst til å trekke frem det forhold at andre land i samme situasjon har hatt en mer aktiv bruk og gjennomgang av denne kunnskapen. Jeg vil særlig peke på at Danmark har etablert et forskningsssenter for kald krig-studier knyttet til Syddansk Universitet. Man har ikke der vært så veldig opptatt av navn, men vært mer opptatt av de mekanismer og prosesser som gjorde at landets borgere ble utsatt for påvirkning og fristelser som eventuelt gjorde at man bisto andre makter med informasjon om sitt eget samfunn.

Så legger jeg vekt på at vi lever fortsatt ikke i en fullstendig uskyldig tilværelse. Vi har også i dag utfordringer innenfor etterretning. Det finnes også trusler, selv i Europa. Så systemsvakheter som også kommer frem hvis man ser sin egen kontraspionasje fra utsiden, er veldig viktige opplysninger for å bygge en fremtidsrettet sikkerhetstjeneste i Norge. Det er bare ved å se hvordan andre lands spionasjevirksomhet lyktes i å komme gjennom vår kontraspionasje, at vi får kartlagt hvilke strukturelle svakheter man hadde den gangen, og forsikre oss om at disse svakhetene fortsatt ikke er til stede.

Så er det i tillegg mange interessante sosiologiske studier man kan gjøre av hvilke sosiale betingelser som må være til stede for å få den type medløperi i kombinasjon med et overvåkingstrykk.

Det vesentlige er at vi som nasjon fremover blir bedre i stand til å forstå hvilke prosesser som kan sette nasjonen i fare. Derfor mener vi også at vi ikke har noen moralsk rett til å nekte at denne kunnskapen blir lagt frem på bordet for det norske folk.

Jeg etterlyser en noe sterkere uttalelse fra statsråden om med hvilken kraft hun vil forfølge dette temaet i sin embetsførelse. Jeg kunne også tenke meg å høre om statsråden vil vurdere lignende initiativer innenfor forskningen av den typen og med den organisering som man har hatt i Danmark. Vi trenger et mer presist trusselbilde av hva som truet oss før, for å kunne forebygge gjentakelser for fremtiden.

Anders B. Werp (H) [18:16:56]: Jeg takker for de innleggene som har vært i denne interpellasjonsdebatten. Det viser et stort engasjement og mye kunnskap og følelser knyttet til dette spørsmålet. Det overrasker ikke.

Jeg skal ta opp noen av de hovedpoengene jeg mener er viktige i sakens videre utvikling, for jeg forutsetter at saken utvikler seg videre på en positiv måte.

Statsråden var inne på PSTs ansvar. Jeg er helt enig med representanten Schou, som peker på at her i denne sal snakker vi om regjeringens ansvar, regjeringens initiativ og regjeringens oppfølging.

Vi har også hørt flere innlegg der man har tatt opp åpenhetsbegrepet. Jeg synes det er grunn til å peke på den åpenhetslinjen som Lund-kommisjonen la til grunn. Den bør videreføres i denne saken, selv om vi på mange måter kanskje kan speilvende situasjonen. For den gangen var det snakk om å avdekke myndighetenes mulige ulovlige overvåkning av egne borgere. Denne gangen er vi i en annen situasjon, hvor åpenheten skal brukes til å avdekke reelle agenter. Jeg kan ikke se at åpenhetsbegrepet skulle få noen mindre betydning av den grunn, heller ikke etter det vi alle sammen i denne sal – på forskjellige arenaer og på forskjellige måter – har understreket, at etter sommerens hendelser er det kanskje viktigere enn noensinne med åpenhet, at vi møter ekstremisme med kunnskap, og at det er med basis i historien vi skal bygge framtiden. Da settes Rosenholz-arkivet inn i en rett sammenheng, i et overordnet perspektiv.

Da velger jeg også å legge større vekt på statsrådets siste innlegg, innlegg nr. 2, enn det første innlegget, for jeg mente der å se antydninger og spore til mer vilje til å følge saken og få disse opplysningene fra Rosenholz-arkivet under et norsk tak enn det vi kanskje kunne høre i det første innlegget.

Dette dreier seg også om en helt annen dimensjon, nemlig det å lege sår. Disse opplysningene vil også kunne gi dokumentasjon for dem som føler seg mistenkeliggjort fordi de er nevnt i Stasi-arkiv-sammenheng. Nå kan man med Rosenholz-arkivet få kunnskap om de var agenter eller ikke var det. Det er med på å dempe konflikter og lege sår.

Så til tilgjengeligheten til informasjonen helt til slutt. Det gleder meg å høre representanten Ljunggren, som legger stor vekt på nettopp forskernes tilgang til opplysningene – jeg kan for øvrig opplyse representanten om at det er 381 cd-er Rosenholz-arkivet består av, ikke 38. Åpenhet er en nøkkel til nettopp å få ut de positive effektene kunnskap gir oss. Derfor må det også være en del av regjeringens politikk.

Presidenten: Før statsråd Grete Faremo får ordet til sitt sluttinnlegg, vil presidenten gjøre oppmerksom på at den innkalte vararepresentanten for Sogn og Fjordane fylke, Jacob *Nødseth*, har tatt sete.

Statsråd Grete Faremo [18:20:58]: Jeg må innrømme at det er ikke første gang at jeg som sørlending har blitt beskyldt for å være litt forsiktig i språkbruken. Jeg vil derfor raskt understreke at jeg synes dette er viktig historisk

materiale. Det er materiale som kan gi viktig innsyn i en viktig epoke.

Innsyn er viktig for flere og av mange grunner. Når representanten Oktay Dahl spurte hva jeg mente med å vise også til personvern, har jeg lyst til å si at innsyn er viktig for den det gjelder, som ønsker å vite mer om opplysninger om eventuelt seg selv i arkivene. Det er også viktig for offentligheten. Men så er det likevel vanskelig, tror jeg, for enkeltpersoner og familier med den usikkerheten som kan ligge i at familien blir konfrontert med en historie de kanskje ønsket glemt.

Jeg sa at jeg ser ikke PST brukt for dette viktige arbeidet. Deres mandat er å forebygge og bekjempe kriminalitet, og jeg våget også å trekke fram det faktum at bruken av POT i 1996 faktisk endte med full stopp. For meg er det derfor slik at representanten Schou slår inn åpne dører. Det er selvsagt departementets ansvar å ta et initiativ når det gjelder å avklare mulighetene for hvordan få tilgang, hvor få tilgang og når. Det er ennå ikke helt klart definert hvordan dette initiativet skal tas. Forskere vil allerede i dag kunne søke om innsyn i relevant materiale, om det er ønskelig, i PST, for som sagt er det deler av dette materialet som kan være der på grunn av etterforskning i enkeltsaker.

Etter full stopp i 1996 har det vært mange regjeringer som ikke har sett tiden som den rette til å ta opp igjen denne saken. Jeg har lovet nå at det vil vi gjøre. Om det også er mulig å hente inspirasjon fra våre naboland, vil vi se nærmere på, og jeg kan love at jeg gjør dette med stor kraft.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 8 avsluttet.

Etter at det var ringt til votering, uttalte **presidenten:** Vi er da klare til å gå til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt 26 forslag. Det er

- forslagene nr. 1–14, fra Bent Høie på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslagene nr. 15 og 16, fra Bent Høie på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre
- forslagene nr. 17 og 18, fra Per Arne Olsen på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti
- forslagene nr. 19, 20 og 21, fra Per Arne Olsen på vegne av Fremskrittspartiet
- forslag nr. 22, fra Abid Q. Raja på vegne av Venstre
- forslagene nr. 23–26, fra Per Arne Olsen på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre

Forslagene nr. 21–26 er omdelt på representantenes plasser i salen.

Det voteses først over forslag nr. 19, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ledig kapasitet som eksisterer hos private rusinstitusjoner blir benyttet.»

Venstre har varslet at de vil støtte forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 23 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.29.59)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 20, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak som sikrer private skatteyttere fradrag for kostnader til omsorgstilpasning av egen bolig.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 80 mot 23 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.30.16)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 21, fra Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre en ordning med psykiatriambulans som dekker hele landet.»

Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre har varslet at de vil støtte forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.30.36)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 17, fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av vårsesjonen 2012 legge frem en sak som belyser tilstanden til norske helsebygg og medisinsk teknisk utstyr, samt et forslag til finansiering av vedlikeholdsetterslepet.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ble med 73 mot 29 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.30.55)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 18, fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2013 fremme forslag om en tannhelseform med utgangspunkt i etablering av en takordning for utgifter relatert til sykdom i munnhulen.»

Venstre har varslet at de støtter forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ble med 72 mot 30 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.31.15)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 15, fra Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene går gjennom sin virksomhet med tanke på effektivisering og konkurranseutsetting av tjenester som ligger utenfor kjernevirksomheten for å frigjøre midler til pasientbehandling. Dette kan for eksempel være renhold, vaskeri, vaktmestertjenester etc.»

Venstre har varslet at de støtter forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 60 mot 42 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.31.33)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 16, fra Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen øke den innsatsstyrte finansieringen (ISF) i sykehusene til 50 prosent.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 61 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.31.48)

Presidenten: Det votes så over forslagene nr. 1 og 3–14, fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen vurdere om det skal opprettes en tilskuddsordning som stimulerer kommunene til å knytte til seg personer med klinisk ernæringsfaglig kompetanse.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen vurdere ISF-refusjon for fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kapasitet som eksisterer hos private og ideelle opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, blir benyttet.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjøre NOKLUS til en fast post på statsbudsjettet og sikre en årlig bevilgning som er tilstrekkelig til å finansiere deltakelse av alle landets sykehjem.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber regjeringen endre nødvendig regelverk slik at også private og ideelle aktører kan søke om investeringstilskudd til bygging av sykehjemsplasser på lik linje med kommunene.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber regjeringen pålegge kommunene å føre statistikk med ventelister for sykehjemsplass i den enkelte kommune.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber regjeringen etablere en egen tilskuddsordning for bygging og drift av hospice i Norge innen 1. juni 2012.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber regjeringen snarest sette inn nødvendige virkemidler for å kunne rekruttere og beholde vitenskapelig personell ved de odontologiske lærestedene.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber regjeringen kartlegge årsakene til den høye forekomsten av medikamentell behandling av ADD/ADHD, samt analysere hvorfor det er så store fylkesvise variasjoner.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme en sak for Stortinget i løpet av våren 2012 som omhandler fremtidig strategi for legemiddelpolitikken i Norge.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012 fremme forslag om å overføre legemidler fra individuell refusjon til blåreseptordningen ut fra helse- og samfunnsmessige analyser.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utføres samfunnsøkonomiske og helseøkonomiske analyser knyttet til innføring av nye legemidler med sikte på raskere innføring og bruk av innovative legemidler i Norge.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre tydelige nasjonale retningslinjer for bruk av nye innovative legemidler.»

Venstre har varslet at de støtter forslagene.

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 54 mot 48 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 18.32.12)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 2, fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med en ny nasjonal helse- og sykehusplan i 2012, som forankrer utviklingen av spesialisthelsetjenesten både lokalt og nasjonalt og behandles av Stortinget. Denne planen skal inneholde en fremdriftsplan for avvikling av de regionale helseforetakene, oversikt over investerings- og vedlikeholdsbehovet i sektoren, et nytt investeringsregime og minimumskrav til hva ulike typer sykehus skal inneholde av funksjoner, samt utviklin-

gen av prehospitaltjenester, herunder luftambulansetjenesten.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 18.32.29)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 22, fra Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med en ny nasjonal helse- og sykehusplan i 2012, som forankrer utviklingen av spesialisthelsetjenesten både lokalt og nasjonalt. Planen skal behandles av Stortinget og inneholde en oversikt over investerings- og vedlikeholdsbehovet i sektoren, et nytt investeringsregime og minimumskrav til hva ulike typer sykehus skal inneholde av funksjoner, samt utviklingen av prehospitaltjenester, herunder luftambulansetjeneste.»

Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil nå støtte det forslaget subsidiært.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Venstre ble med 55 mot 47 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 18.32.53)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 23–26, fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Forslag nr. 23 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Helsedirektorates anbefalte forløpstider for pasienter med kreft eller mistanke om kreft gjøres førende for spesialisthelsetjenestens fastsettelse av den individuelle medisinske tidsfristen etter pasientrettighetsloven, slik at pasienten får en juridisk rettighet. Avvik fra forløpstidene skal begrunnes medisinsk og journalføres.»

Forslag nr. 24 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en strategi for å hindre at den halvparten av pasientene som har kreft, med diffuse symptomer ikke får en forlenget ventetid som følge av de nye forløpstidene for pasienter med klar mistanke om kreft.»

Forslag nr. 25 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kravet om at brystrekonstruksjon skal være en del av brystkreftbehandlingen som følges opp med en tidsfrist på 6 måneder, med mindre det er en medisinsk begrunnelse for å vente lengre. Fristen inngår som en del av den individuelle medisinske tidsfristen etter pasientrettighetsloven.»

Forslag nr. 26 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en ny nasjonal kreftplan i løpet av 2012.»

Votering:

(Voteringsutskrift kl. 18.33.15)

Forslagene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 53 mot 48 stemmer ikke bifalt.

Komiteen hadde innstilt:

I

På statsbudsjettet for 2012 bevilges under:

| Kap. | Post | Formål | Kroner | Kroner |
|----------|------|--|-------------|--------|
| Utgifter | | | | |
| 700 | | Helse- og omsorgsdepartementet | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 182 139 000 | |
| 702 | | Beredskap | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i> | 34 047 000 | |
| | 70 | Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> | 3 310 000 | |
| 703 | | Internasjonalt samarbeid | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i> | 55 729 000 | |
| | 70 | Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i> | 14 309 000 | |
| 710 | | Nasjonalt folkehelseinstitutt | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 569 200 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 536 096 000 | |
| | 45 | Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> . | 18 003 000 | |
| 711 | | Ernæring og mattrygghet | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 19 637 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i> | 11 446 000 | |
| | 70 | Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> | 1 040 000 | |
| | 74 | Skolefrukt, <i>kan overføres</i> | 18 378 000 | |
| 712 | | Bioteknologinemnda | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 8 452 000 | |
| 715 | | Statens strålevern | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 74 679 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 42 850 000 | |
| 716 | | Statens institutt for rusmiddelforskning | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 38 573 000 | |
| 718 | | Rusmiddelforebygging | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 97 113 000 | |
| | 63 | Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i> | 15 462 000 | |
| | 70 | Andre tilskudd, <i>kan overføres</i> | 101 908 000 | |
| 719 | | Annet folkehelsearbeid | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i> | 82 098 000 | |
| | 60 | Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i> | 5 677 000 | |
| | 70 | Smittevern mv., <i>kan overføres</i> | 15 487 000 | |
| | 73 | Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i> | 33 470 000 | |
| | 79 | Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> | 7 839 000 | |

| Kap. | Post | Formål | Kroner | Kroner |
|------|------|---|----------------|--------|
| 720 | | Helsedirektoratet | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 878 633 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 140 603 000 | |
| | 22 | Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i> | 48 193 000 | |
| | 70 | Refusjon helsehjelp i utlandet | 8 248 000 | |
| 721 | | Statens helsetilsyn | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 89 122 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 6 186 000 | |
| 722 | | Norsk pasientskadeerstatning | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 131 668 000 | |
| | 70 | Advokatutgifter | 31 853 000 | |
| | 71 | Særskilte tilskudd | 1 855 000 | |
| 723 | | Pasientskadenemnda | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 43 552 000 | |
| 724 | | Statens autorisasjonskontor for helsepersonell | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 34 569 000 | |
| 725 | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 137 338 000 | |
| 726 | | Statens helsepersonellnemnd | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 8 025 000 | |
| 728 | | Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostiknemnda | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 3 098 000 | |
| 729 | | Pasient- og brukerombud | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 56 915 000 | |
| 732 | | Regionale helseforetak | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i> | 8 607 000 | |
| | 70 | Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i> | 410 608 000 | |
| | 72 | Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i> | 44 296 293 000 | |
| | 73 | Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i> | 15 522 238 000 | |
| | 74 | Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i> .. | 11 766 085 000 | |
| | 75 | Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i> | 10 417 141 000 | |
| | 76 | Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i> | 15 657 084 000 | |
| | 77 | Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i> | 2 843 994 000 | |
| | 78 | Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i> | 933 642 000 | |
| | 79 | Raskere tilbake, <i>kan overføres</i> | 514 013 000 | |
| | 82 | Investeringslån, <i>kan overføres</i> | 2 050 000 000 | |
| | 83 | Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i> . | 51 000 000 | |
| | 86 | Driftskreditter | 1 730 000 000 | |
| 733 | | Habilitering og rehabilitering | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i> | 18 711 000 | |
| | 70 | Behandlingsreiser til utlandet | 109 957 000 | |
| | 72 | Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i> | 30 442 000 | |
| | 79 | Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i> | 16 565 000 | |

| Kap. | Post | Formål | Kroner | Kroner |
|------|------|--|-------------|--------|
| 734 | | Særskilte tilskudd til psykiske helse og rustiltak | | |
| | 1 | Driftsutgifter Kontrollkomisjonene | 37 811 000 | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 9 485 000 | |
| | 70 | Tvunget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket | 2 255 000 | |
| | 71 | Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede | 69 582 000 | |
| | 72 | Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus | 46 454 000 | |
| 750 | | Statens legemiddelverk | | |
| | 1 | Driftsutgifter | 220 659 000 | |
| 751 | | Legemiddeltiltak | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i> | 11 926 000 | |
| | 70 | Tilskudd | 60 990 000 | |
| 761 | | Omsorgstjeneste | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i> | 143 461 000 | |
| | 60 | Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i> | 193 425 000 | |
| | 61 | Vertskommuner | 958 903 000 | |
| | 62 | Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i> | 150 000 000 | |
| | 66 | Brukerstyrt personlig assistanse | 87 334 000 | |
| | 67 | Utviklingstiltak | 136 712 000 | |
| | 71 | Frivillig arbeid mv. | 30 247 000 | |
| | 72 | Landsbystiftelsen | 65 613 000 | |
| | 73 | Særlige omsorgsbehov | 20 387 000 | |
| | 75 | Andre kompetansetiltak | 9 557 000 | |
| | 79 | Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i> | 13 391 000 | |
| 762 | | Primærhelsetjeneste | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i> | 30 979 000 | |
| | 50 | Samisk helse | 13 200 000 | |
| | 60 | Forebyggende helsetjenester | 26 381 000 | |
| | 61 | Fengselshelsetjeneste | 126 800 000 | |
| | 62 | Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732 postene 70 og 76</i> | 131 000 000 | |
| | 63 | Allmennlegetjenester | 67 000 000 | |
| | 70 | Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i> | 28 903 000 | |
| | 71 | Frivillig arbeid mv. | 6 054 000 | |
| | 73 | Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i> | 25 823 000 | |
| | 74 | Stiftelsen Amatheia | 15 361 000 | |
| 763 | | Rustiltak | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i> | 61 287 000 | |
| | 61 | Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i> | 419 602 000 | |
| | 71 | Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> | 170 521 000 | |
| | 72 | Kompetansesentra mv. | 88 371 000 | |
| 764 | | Psykisk helse | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i> | 85 061 000 | |
| | 60 | Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i> | 205 600 000 | |
| | 72 | Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i> | 368 594 000 | |
| | 73 | Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i> | 112 906 000 | |
| 769 | | Utredningsvirksomhet mv. | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i> | 31 866 000 | |

| Kap. | Post | Formål | Kroner | Kroner |
|------|------|---|---------------|-----------------|
| | 70 | Utredningsvirksomhet mv., <i>kan nyttes under post 21</i> | 4 464 000 | |
| 770 | | Tannhelsetjenester | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i> | 13 237 000 | |
| | 70 | Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> | 115 981 000 | |
| 780 | | Forskning | | |
| | 50 | Norges forskningsråd mv. | 284 141 000 | |
| 781 | | Forsøk og utvikling mv. | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i> | 63 619 000 | |
| | 70 | Norsk Helsenet SF | 40 394 000 | |
| | 79 | Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i> | 48 669 000 | |
| 782 | | Helseregistre | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter | 16 485 000 | |
| | 70 | Tilskudd | 33 676 000 | |
| 783 | | Personell | | |
| | 21 | Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i> | 26 787 000 | |
| | 61 | Turnustjeneste | 125 134 000 | |
| | 79 | Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i> | 28 763 000 | |
| 2711 | | Spesialisthelsetjeneste mv. | | |
| | 70 | Spesialisthjelp | 1 470 000 000 | |
| | 71 | Psykologhjelp | 212 000 000 | |
| | 72 | Tannlegehjelp | 1 618 000 000 | |
| | 76 | Private laboratorier og røntgeninstitut | 430 000 000 | |
| 2751 | | Legemidler mv. | | |
| | 70 | Legemidler | 8 199 000 000 | |
| | 71 | Legeerklæringer | 11 000 000 | |
| | 72 | Medisinsk forbruksmaterieil | 1 595 000 000 | |
| 2752 | | Refusjon av egenbetaling | | |
| | 70 | Egenandelstak 1 | 4 164 600 000 | |
| | 71 | Egenandelstak 2 | 185 000 000 | |
| 2755 | | Helsetjenester i kommunene mv. | | |
| | 62 | Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i> | 265 000 000 | |
| | 70 | Allmennlegehjelp | 3 664 100 000 | |
| | 71 | Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i> | 1 755 000 000 | |
| | 72 | Jordmorhjelp | 45 600 000 | |
| | 73 | Kiropraktorbehandling | 126 000 000 | |
| | 75 | Logopedisk og ortoptisk behandling | 89 000 000 | |
| 2756 | | Helsehjelp i utlandet | | |
| | 70 | Helsehjelp i utlandet | 50 000 000 | |
| 2790 | | Andre helsetiltak | | |
| | 70 | Bidrag | 229 837 000 | |
| | | Totale utgifter | | 139 177 168 000 |

| Kap. | Post | Formål | Kroner | Kroner |
|------------------|------|---|-------------|---------------|
| Inntekter | | | | |
| 3703 | 3 | Internasjonalt samarbeid Refusjon fra Utenriksdepartementet | 2 619 000 | |
| 3710 | 2 | Nasjonalt folkehelseinstitutt Diverse inntekter | 185 895 000 | |
| | 3 | Vaksinesalg | 99 300 000 | |
| 3711 | 2 | Ernæring og mattrygghet Diverse inntekter | 200 000 | |
| 3715 | 2 | Statens strålevern Diverse inntekter | 39 749 000 | |
| | 4 | Gebyrinntekter | 4 196 000 | |
| | 5 | Oppdragsinntekter | 5 352 000 | |
| 3716 | 2 | Statens institutt for rusmiddelforskning Diverse inntekter | 3 318 000 | |
| 3718 | 4 | Rusmiddelforebygging Gebyrinntekter | 1 599 000 | |
| 3720 | 2 | Helsedirektoratet Diverse inntekter | 2 559 000 | |
| | 3 | Refusjon helsehjelp i utlandet | 8 248 000 | |
| | 4 | Gebyrinntekter | 3 031 000 | |
| 3722 | 2 | Norsk pasientskadeerstatning Diverse inntekter | 1 240 000 | |
| | 50 | Premie fra private | 17 900 000 | |
| 3723 | 50 | Pasientskadenemnda Premie fra private | 500 000 | |
| 3724 | 4 | Statens autorisasjonskontor for helsepersonell Gebyrinntekter | 25 692 000 | |
| 3725 | 2 | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Diverse inntekter | 132 000 | |
| 3732 | 80 | Regionale helseforetak Renter på investeringslån | 481 000 000 | |
| | 85 | Avdrag på investeringslån fom. 2008 | 151 000 000 | |
| 3750 | 2 | Statens legemiddelverk Diverse inntekter | 2 101 000 | |
| | 4 | Registreringsgebyr | 124 510 000 | |
| | 6 | Refusjonsgebyr | 2 646 000 | |
| 3751 | 3 | Legemiddeltiltak Tilbakebetaling av lån | 187 000 | |
| | | Totale inntekter | | 1 162 974 000 |

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 kan:

| overskride bevilgningen under | mot tilsvarende merinntekter under |
|-------------------------------|------------------------------------|
| kap. 700 post 1 | kap. 3700 post 2 |
| kap. 703 postene 21, 60 og 70 | kap. 3703 post 3 |
| kap. 710 post 1 | kap. 3710 post 2 |
| kap. 710 post 21 | kap. 3710 postene 2 og 3 |
| kap. 715 postene 1 og 21 | kap. 3715 postene 2, 4 og 5 |
| kap. 716 post 1 | kap. 3716 post 2 |
| kap. 720 postene 1 og 21 | kap. 3720 postene 2 og 4 |
| kap. 720 post 70 | kap. 3720 post 3 |
| kap. 721 post 1 | kap. 3721 postene 2 og 4 |
| kap. 722 post 1 | kap. 3722 postene 2 og 50 |
| kap. 723 post 1 | kap. 3723 post 50 |
| kap. 724 post 1 | kap. 3724 post 4 |
| kap. 725 post 1 | kap. 3725 post 2 |
| kap. 750 post 1 | kap. 3750 post 2 |

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse | Samlet ramme |
|------|------|---|------------------|
| 710 | 21 | Nasjonalt folkehelseinstitutt Spesielle driftsutgifter | 180 mill. kroner |

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

| Kap. | Post | Betegnelse | Samlet ramme |
|------|------|---|----------------|
| 761 | 79 | Omsorgstjeneste Andre tilskudd | 1 mill. kroner |

Votering i sak nr. 2

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 kan gi regionale helseforetak inntil 10,362 mrd. kroner i driftskreditt.
2. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.

Presidenten: Presidenten har forstått det slik at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ønsker å gå imot innstillingen.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 54 mot 46 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 18.33.42)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:139 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borgehild Tenden om å nedsette et offentlig utvalg som skal følge opp Ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten har Per Arne Olsen satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen

1. I forbindelse med fremleggelse av statsbudsjettet å redegjøre for hvilke nye legemidler som Statens legemiddelverk anbefaler omfattet av refusjonsordningene.
2. Fremlegge forslag om en vesentlig heving av bagatellgrensen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012.
3. Legge frem forslag til et nytt beslutningssystem som sikrer raskere innføring av nye behandlingstilbud i helsetjenesten, og et mer likeverdig tilbud til pasienter i hele landet.
4. Fremlegge forslag til en handlingsplan for å redusere omfanget av feilmedisinerer, med konkrete tiltak i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Apotekenes rolle i arbeidet må omtales spesielt.
5. Vurdere om kravet om fullsortiment i apotekenes grossistledd bør avskaffes, og fremlegge vurderingen for Stortinget på egnet måte.
6. Foreslå tiltak for å videreutvikle ordningen med salg av legemidler utenfor apotek, og fremlegge saken for Stortinget på egnet måte.
7. Opprette en ny kategori for legemidler som i dag er reseptbelagte grunnet informasjonshensyn, slik at disse kan selges utenfor selvvalg i apotek med tilsvarende informasjonsplikt ved utlevering.»

Det voterer alternativt mellom dette forslaget og komiteens innstilling.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:146 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg om raskere og bedre tilgang til legemidler – vedlegges protokollen.

Presidenten: Venstre har varslet at de ønsker å støtte forslaget.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti bifaltes innstillingen med 53 mot 48 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 18.34.48)

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har representanten Per Arne Olsen satt fram to forslag på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sette i gang planlegging av etablering av diagnosesentre i Norge, herunder utredning av finansiering for diagnosetakster.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge opp til en fristetting for når pasienter kan få oppfølging ved henvisning til diagnosesentre.»

Det voterer alternativt mellom disse forslagene og komiteens innstilling.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:147 S (2010–2011) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Michael Tetzschner og Elisabeth Røbekk Nørve om opprettelsen av spesialiserte diagnosesentre – bifalles ikke.

Presidenten: Venstre har varslet at de ønsker å støtte forslagene.

Votering:

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslagene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti bifaltes innstillingen med 53 mot 48 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 18.35.36)

Votering i sak nr. 5

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

l o v

om endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff)

I

I lov 22. mai 1902 nr. 10 Alminnelig borgerlig straffelov gjøres følgende endringer:

§ 15 skal lyde:

De alminnelige straffer er:

fengsel,
forvaring,
hefte,
samfunnsstraff,
ungdomsstraff,
bøter og
rettighetstap som nevnt i §§ 29 og 33.

Ny § 18 skal lyde:

§ 18 *Den som var under 18 år på handlingstidspunktet, kan bare idømmes ubetinget fengselsstraff når det er særlig påkrevd. Fengselsstraffen kan ikke overstige 15 år.*

§ 28 annet ledd skal lyde:

Når bot ilegges i medhold av § 48 a *eller der lovbr-*

teren var under 18 år på handlingstidspunktet, fastsettes ikke fengselsstraff etter første ledd.

§ 28 a annet ledd skal lyde:

§ 28a Første ledd bokstav a kan fravikes når den straff som ellers ville ha blitt idømt, helt eller delvis ville ha vært betinget, når lovbrøyteren var under 18 år på handlingstidspunktet, og ellers når sterke grunner taler for at samfunnsstraff idømmes.

Ny § 28 c skal lyde:

§ 28 c *Ungdomsstraff med ungdomsstormøte og ungdomsplan etter konfliktrådsloven kapittel III kan idømmes i stedet for fengselsstraff når*

- a) *lovbrøyteren var under 18 år på handlingstidspunktet,*
- b) *lovbrøyteren har begått gjentatt eller alvorlig kriminalitet,*
- c) *lovbrøyteren samtykker og har bosted i Norge, og*
- d) *hensynet til straffens formål ikke med tyngde taler mot en reaksjon i frihet.*

I dom på ungdomsstraff skal retten fastsette:

- a) *En gjennomføringstid mellom seks måneder og to år. Dersom den fengselsstraff som ville ha blitt idømt uten ungdomsstraff er klart lengre enn to år, kan en gjennomføringstid på inntil tre år fastsettes.*
- b) *En subsidiær fengselsstraff, som skal svare til den fengselsstraff som ville ha blitt idømt uten ungdomsstraff. Ved fastsetting av subsidiær fengselsstraff gjelder § 25 tilsvarende.*

Når en dom på ungdomsstraff blir lest opp eller forkynt for den domfelte, skal han gjøres nærmere kjent med hva dommen går ut på, og med følgene av brudd på bestemmelsene gitt i eller i medhold av konfliktrådsloven § 25, og av at det begås en ny straffbar handling før utløpet av gjennomføringstiden.

Etter begjæring kan tingretten ved dom bestemme at hele eller deler av den subsidiære fengselsstraffen skal fullbyrdes når den domfelte har

- a) *brutt bestemmelser gitt i eller i medhold av konfliktrådsloven § 25, eller*
- b) *begått en ny straffbar handling før utløpet av gjennomføringstiden.*

Ved omgjøringen skal retten ta hensyn til ungdomsstraff som allerede er gjennomført.

Ved omgjøring etter fjerde ledd bokstav b kan retten avsi samlet dom for begge handlinger eller særskilt dom for den nye handlingen.

Begjæring etter fjerde ledd bokstav a fremmes av kriminalomsorgen. Begjæring etter fjerde ledd bokstav b fremmes av påtalemyndigheten. Begjæringen må være brakt inn for retten innen tre måneder etter utløpet av gjennomføringstiden.

Reglene om forsvarer i § 96 tredje ledd og § 99 første ledd tredje punktum og om pågripelse og varetektfengsel i straffeprosessloven kapittel 14 gjelder tilsvarende. Reglene om varsling i straffeprosessloven § 243 gjelder tilsvarende for rettsmøter om omgjøring. Kriminalomsorgen skal varsles etter de samme regler som påtalemyndigheten.

§ 39 c nytt annet ledd skal lyde:

Der siktede var under 18 år på handlingstidspunktet, kan forvaring etter første ledd ikke idømmes, med mindre det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter.

§ 53 nr. 3 bokstav c skal lyde:

- c) *at den domfelte avholder seg fra å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler og avgir nødvendige rusprøver. For domfelte som var under 18 år på handlingstidspunktet gjelder helsepersonelloven § 12 tredje ledd.*

§ 53 nr. 3 bokstav h skal lyde:

- h) *at den domfelte møter til megling i konfliktrådet etter konfliktrådsloven kapittel II og oppfyller eventuell avtale som inngås i meglingsmøte, forutsatt at både for nærmede og domfelte har samtykket til megling i konfliktrådet.*

§ 53 nr. 6 skal lyde:

6. *Kongen kan gi nærmere regler om gjennomføringen av vilkårene. Kongen kan som en prøveordning bestemme at det skal etableres narkotikaprogram med domstolskontroll for rusmiddelmissbrukere som er dømt for narkotikarelatert kriminalitet. Kongen gir nærmere bestemmelser om programmet, herunder hvem det skal gjelde for, innholdet i og gjennomføringen av det. Kriminalomsorgen har ansvaret for å følge opp domfelte som gjennomfører narkotikaprogram med domstolskontroll, program mot ruspåvirket kjøring eller som er pålagt vilkår om avholdenhet etter § 53 nr. 3 c. Straffegjennomføringsloven § 56 gjelder tilsvarende ved slikt vilkår om avholdenhet.*

II

I lov 11. juni 1971 nr. 52 om strafferegistrering gjøres følgende endringer:

§ 6 første ledd nye nr. 12 og 13 skal lyde:

12. *Betinget dom dersom lovbruddet er begått av person under 18 år mer enn 2 år før attesten blir utstedt.*
13. *Dom på ungdomsstraff eller samfunnsstraff dersom lovbruddet er begått av person under 18 år mer enn 5 år før attesten blir utstedt.*

III

I lov 13. juni 1980 nr. 24 om ligningsforvaltning gjøres følgende endring:

§ 6-13 nr. 2 bokstav e skal lyde:

- e) *konfliktrådene etter krav fra ligningsmyndighetene gi opplysninger om innholdet i avtale eller ungdomsplan inngått under megling i konfliktråd, jf. lov 15. mars 1991 nr. 3 om megling i konfliktråd.*

IV

I lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker gjøres følgende endringer:

§ 69 annet ledd nytt tredje punktum skal lyde:

For siktede som var under 18 år på handlingstidspunktet, kan prøvetiden settes til 6, 12, 18 eller 24 måneder.

§ 76 femte ledd skal lyde:

Ved rettsmøter i tingretten og lagmannsretten om fullbyrding av subsidiær fengselsstraff etter straffeloven § 28 b første ledd bokstav a eller straffeloven § 28 c fjerde ledd bokstav a, eller av reststraff etter prøveløslatelse etter straffegjennomføringsloven § 44 annet ledd, kan tilsatte i kriminalomsorgen møte. Møteretten gjelder også rettsmøter om fullbyrding av frihetsstraff skal utsettes etter § 459 første ledd, og saker som kriminalomsorgen har brakt inn for retten etter straffeloven § 54 nr. 1 og 2. Bestemmelser om påtalemyndighetens rettigheter og plikter gjelder tilsvarende.

§ 96 nytt tredje ledd skal lyde:

Der siktede var under 18 år på handlingstidspunktet og det er spørsmål om å idømme ubetinget frihetsstraff, samfunnsstraff eller ungdomsstraff, skal siktede alltid ha forsvarer.

Nåværende tredje til sjette ledd blir nye fjerde til syvende ledd.

§ 98 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Det samme gjelder siktede som var under 18 år på handlingstidspunktet, dersom det er klart at han ikke vil bli løslatt innen 12 timer etter pågripelsen.

§ 99 første ledd nytt tredje punktum skal lyde:

Der siktede var under 18 år på handlingstidspunktet og det er spørsmål om å idømme ubetinget frihetsstraff, samfunnsstraff eller ungdomsstraff, skal siktede alltid ha forsvarer.

§ 100 annet ledd nytt annet punktum skal lyde:

Når offentlig forsvarer oppnevnes etter første punktum for å delta i ungdomsstormøte, jf. straffeloven § 28 c og konfliktrådsloven § 18 tredje ledd, har fornærmede rett til å få oppnevnt bistandsadvokat.

§ 107 a første ledd ny bokstav d skal lyde:

d) *hvor offentlig forsvarer oppnevnes for å delta i ungdomsstormøte, jf. § 100 annet ledd annet punktum.*

Ny § 161 a skal lyde:

§ 161 a *Når siktede var under 18 år på handlingstidspunktet, kan det, på samme vilkår som i § 161 første ledd, foretas en personundersøkelse for mindreårige. Dersom det tas ut tiltale mot den mindreårige, skal slik personundersøkelse alltid foretas før saken pådømmes, med mindre det er åpenbart unødvendig eller saken gjelder ikke-vedtatte forelegg og påtaleunntatelse som bringes inn for retten.*

Det skal foretas en ny personundersøkelse dersom det har gått mer enn ett år fra personundersøkelsen ble foretatt til saken pådømmes, eller dersom barnets personlighet, livsforhold eller fremtidsmuligheter vesentlig er endret.

Kriminalomsorgens behandling av personopplysninger

ved personundersøkelsen reguleres av straffegjennomføringsloven kapittel 1 a, jf. personopplysningsloven. Politiets behandling av personopplysninger ved personundersøkelsen reguleres av politiregisterloven, likevel slik at politiregisterloven § 50 tredje ledd ikke er til hinder for at slike personopplysninger slettes.

Opplysningene i personundersøkelsen skal bare meddeles retten og partene i møte for stengte dører og under pålegg om taushetsplikt.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om innholdet i og gjennomføringen av personundersøkelsen.

§ 183 nytt annet og tredje ledd skal lyde:

Er den pågrepne under 18 år, må slik fremstilling skje snarest mulig og senest dagen etter pågripelsen. Ender fristen på en helgedag eller dag som etter lovgivningen er likestilt med helgedag, forlenges fristen med én dag.

Er siktede under 18 år, skal påtalemyndigheten varsle barneverntjenesten om fengslingen. Barneverntjenesten skal møte til hvert fengslingsmøte, med mindre retten finner at deltagelse utover det første fengslingsmøtet er åpenbart unødvendig. Barneverntjenesten skal uttale seg om behovet for tiltak etter barnevernloven kapittel 4 og gi informasjon om det arbeidet som pågår med å iverksette tiltak. Reglene i § 118 gjelder tilsvarende.

§ 183 nåværende annet ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 184 annet ledd annet punktum skal lyde:

Personer under 18 år skal ikke fengsles hvis det ikke er tvingende nødvendig.

§ 185 nytt annet ledd skal lyde:

Er den siktede under 18 år, skal fristen være så kort som mulig og ikke overstige to uker. Den kan forlenges ved kjennelse med inntil to uker av gangen.

§ 185 nåværende annet til femte ledd blir nye tredje til sjette ledd.

§ 186 annet ledd nytt tredje og fjerde punktum skal lyde:

Fengslede under 18 år skal kunne motta besøk av, eller sende eller motta brev fra, nær familie, med mindre det foreligger særlige omstendigheter. Bestemmelsen om rett til å motta besøk i straffegjennomføringsloven § 31 åttende ledd får tilsvarende anvendelse.

§ 186 nåværende annet ledd tredje og fjerde punktum blir nytt tredje ledd.

Nåværende tredje til femte ledd blir nye fjerde til sjette ledd.

§ 186 a første ledd annet punktum skal lyde:

Er den siktede under 18 år, kan isolasjon ikke besluttes.

§ 186 a fjerde ledd oppheves. Nåværende femte ledd blir nytt fjerde ledd.

V

I lov 15. mars 1991 nr. 3 om megling i konfliktråd gjøres følgende endringer:

Ny § 2 a skal lyde:

I hvert konfliktråd skal det være en eller flere ungdomscoordinatorer. Ungdomscoordinatoren har ansvaret for å gjennomføre ungdomsstraff etter kapittel III. § 2 første ledd annet og tredje punktum gjelder tilsvarende for ungdomscoordinatoren.

§ 5 skal lyde:

Megling i konfliktrådet etter kapittel I og II krever parternes samtykke. For gjennomføring av ungdomsstraff etter kapittel III kreves samtykke fra domfelte og domfeltes verger. Det kreves videre at de i all hovedsak er enige om det saksforholdet tvisten gjelder.

§ 6 skal lyde:

Megling foretas som regel i den kommunen hvor den påklagede eller domfelte bor eller oppholder seg.

§ 7 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Møteplikt til ungdomsstormøte fremgår av § 18.

§ 8 nytt annet ledd skal lyde:

Ved gjennomføring av ungdomsstraff har ungdomscoordinatoren ansvaret for saken fra den kommer inn til ungdomsplanen er gjennomført.

§ 10 første ledd første punktum skal lyde:

Med mindre annet er fastsatt i eller i medhold av lov, plikter meglere, ungdomscoordinatorer og andre som utfører tjeneste eller arbeid for konfliktrådet, å bevare taushet om det de i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om noens personlige forhold eller andre forhold som nevnt i forvaltningsloven § 13 første ledd.

Kapittel II overskriften skal lyde:

Kapittel II. Behandling av straffesaker vedmegling i konfliktrådet

§ 12 første ledd skal lyde:

Dersom en part er under 18 år, må også vergen samtykke til ungdomsstraff eller til at saken blir overført til megling i konfliktrådet.

Nytt kapittel III skal lyde:

Kapittel III. Gjennomføring av ungdomsstraff

§ 18 Konfliktrådet innkaller til ungdomsstormøte straks saken er overført fra domstolen etter straffeloven § 28 c.

Et ungdomsstormøte ledes av en ungdomscoordinator. Ungdomscoordinatoren innkaller alle med tilknytning til saken til ungdomsstormøtet.

Under ungdomsstormøtet skal domfelte, domfeltes verger, samt representanter fra kriminalomsorgen og politiet være til stede. Dersom vergene ikke kan eller vil være til stede, skal hjelpeverge oppnevnes etter vergemålsloven § 16. Fornærmede og fornærmedes verger har rett til å være til stede. Forsvarer og bistandsadvokat som er oppnevnt etter straffeprosessloven § 100 annet ledd og § 107 a første ledd bokstav d kan være til stede.

Ungdomscoordinatoren kan i tillegg innkalle represen-

tanter fra skole, barneverntjeneste, helsevesen eller andre med tilknytning til domfelte eller saken.

Ungdomsstormøtet kan deles opp i flere møter dersom dette er hensiktsmessig. Departementet kan gi forskrift med utfyllende bestemmelser om gjennomføringen av ungdomsstormøtet, herunder om oppdeling av ungdomsstormøtet og aktørenes oppgaver.

§ 19 Ungdomsstormøtet skal utforme en ungdomsplan. Planen kan blant annet gå ut på at domfelte skal:

- a) yte ikke-økonomisk kompensasjon til den som er påført en skade, et tap eller en annen krenkelse
- b) delta i kriminalitetsforebyggende program eller andre tilsvarende tiltak
- c) oppholde seg i institusjon eller gjennomgå annen behandling
- d) utføre samfunnsnyttig tjeneste
- e) overholde bestemmelser om oppholdssted, arbeid eller opplæring
- f) møte for politiet eller kriminalomsorgen
- g) avstå fra å bruke alkohol og andre berusende eller bedøvende midler og avgi nødvendige rusprøver etter helsepersonelloven § 12 tredje ledd
- h) overholde bestemmelser om innetid
- i) unngå kontakt med bestemte personer.

Domstolen fastsetter lengden på ungdomsstraffen som kan vare fra seks måneder til to år. Der fengselsstraffen som ellers ville blitt idømt klart ville overstige to år, kan gjennomføringstiden settes til tre år.

Ungdomsplanen skal godkjennes av ungdomscoordinatoren, domfelte og domfeltes verger. Dersom ungdomsstormøtet ikke kommer frem til en ungdomsplan, sendes saken til domstolen som bestemmer om hele eller deler av den betingede fengselsstraffen skal fullbyrdes.

§ 20 Ungdomscoordinatoren har ansvaret for gjennomføring av ungdomsplanen i samarbeid med oppfølgingsteamet. Oppfølgingsteamet ledes av ungdomscoordinatoren og består av domfelte, domfeltes verger, representanter fra kriminalomsorgen og politiet, og andre som har oppgaver i forbindelse med gjennomføringen av ungdomsplanen. Ungdomscoordinatoren kan også be andre med tilknytning til domfelte eller saken om å delta. Oppfølgingsteamet holder så mange møter som er nødvendige for forsvarlig gjennomføring av ungdomsplanen.

§ 21 Den domfelte skal under ungdomsstormøtet, i møte med oppfølgingsteamet og i andre møter eller avtaler som fremgår av ungdomsplanen

- a) møte til fastsatt tid og sted
 - b) være upåvirket av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler
 - c) oppholde seg i landet i gjennomføringstiden hvis ikke ungdomscoordinatoren gir tillatelse til noe annet
- Den domfelte skal ikke vise en atferd som kan*
- a) true sikkerheten til personer som deltar under gjennomføringen eller
 - b) påvirke miljøet på negativ måte
- Domfelte skal ikke begå nye straffbare handlinger i gjennomføringstiden.*

§ 22 Hvis det fremstår som nødvendig for å motvirke en ny straffbar handling som er rettet mot noens liv, helse eller frihet, kan ungdomscoordinatoren på ethvert tidspunkt i

løpet av gjennomføringstiden forby den domfelte å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler.

Ungdomskoordinatoren skal oppheve forbudet når det ikke lenger fremstår som nødvendig.

§ 23 Hvis det i ungdomsplanen er satt vilkår etter § 19 første ledd bokstav g eller ungdomskoordinatoren har forbudt den domfelte å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler etter § 22 første ledd, skal ungdomskoordinatoren undersøke om vilkåret eller forbudet blir overholdt. Undersøkelsen kan innebære uanmeldte besøk i hjemmet. Når det er satt rusforbud, kan ungdomskoordinatoren pålegge den domfelte å avgi urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve eller medvirke til annen undersøkelse som kan skje uten fare eller særlig ubehag. Bestemmelsen i straffeloven § 53 nr. 3 bokstav c gjelder tilsvarende der rusprøve skal avgis.

Er det grunn til å anta at den domfelte møter påvirket av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler, skal ungdomskoordinatoren snarest undersøke forholdet. Bestemmelsene om ruskontroll i første ledd tredje og fjerde punktum gjelder tilsvarende.

Tiltak som er en del av undersøkelse etter første ledd annet alternativ eller annet ledd, er ikke en del av ungdomsplanen.

§ 24 Ungdomskoordinatoren kan utsette gjennomføringen av straffen dersom den domfeltes helsetilstand tilsier det, eller det for øvrig foreligger særlig tungveiene grunner som ikke kan avhjelpe på annen måte. Når det fremstår som nødvendig for at avbruddet skal være sikkerhetsmessig forsvarlig, skal ungdomskoordinatoren, etter samtykke fra de obligatoriske deltagerne i ungdomsstormøtet og oppfølgingsteamet, fastsette slike vilkår som nevnt i § 25 første ledd.

§ 25 Hvis den domfelte forsettlig eller uaktsomt bryter bestemmelser gitt i eller i medhold av § 19 første ledd bokstav a til i, § 21 første og annet ledd eller § 22, kan ungdomskoordinatoren pålegge den domfelte å møte til samtale for å få innskjerpet kravene. Under samtalen skal den domfelte gjøres kjent med følgene av gjentatte brudd. Dersom det fremstår som nødvendig for å motvirke nye brudd, skal ungdomskoordinatoren, etter samtykke fra de obligatoriske deltagerne i ungdomsstormøtet og oppfølgingsteamet, fastsette vilkår om at den domfelte skal

- a) overholde bestemmelser om oppholdssted
- b) unnlate å ha kontakt med bestemte personer
- c) unnlate å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler, eller
- d) møte for politiet eller kriminalomsorgen.

Hvis domfelte etter at ungdomskoordinatoren har holdt bruddsamtale eller fastsatt vilkår etter første ledd, på nytt bryter kravene eller vilkår fastsatt etter første ledd bokstav a til d, kan ungdomskoordinatoren etter samtykke fra de obligatoriske deltagerne i ungdomsstormøtet og oppfølgingsteamet innkalle til et nytt ungdomsstormøte, eller overføre saken til kriminalomsorgens regionale nivå med innstilling om at saken bringes inn for retten med begjæring om at den betingede fengselsstraffen skal fullbyrdes

helt eller delvis i medhold av straffeloven § 28 c fjerde ledd.

Dersom den domfelte unnlater å møte til bruddsamtale etter første ledd, kan ungdomskoordinatoren beslutte å avbryte gjennomføringen av straffen. Det samme gjelder der domfelte, etter at bruddsamtalen er gjennomført, på nytt bryter kravene. Når ungdomskoordinatoren har overført saken til kriminalomsorgens regionale nivå med innstilling om å bringe saken inn for retten, avbrytes gjennomføringen av straffen fra det tidspunktet begjæringen er oversendt retten.

Departementet kan gi forskrifter med utfyllende bestemmelser om håndtering av brudd.

§ 26 Begår den domfelte ny straffbar handling før utløpet av gjennomføringstiden, kan påtalemyndigheten bringe saken inn for retten med begjæring om at den betingede fengselsstraffen skal fullbyrdes helt eller delvis etter straffeloven § 28 c fjerde ledd. Ungdomskoordinatoren kan, etter samtykke fra de obligatoriske deltagerne i ungdomsstormøtet og oppfølgingsteamet, anmode påtalemyndigheten om å bringe saken inn for retten.

Dersom den domfelte er siktet for en straffbar handling som kan føre til fullbyrding av den betingede fengselsstraffen etter straffeloven § 28 c fjerde ledd, kan gjennomføringen av straffen avbrytes. Når påtalemyndigheten beslutter å bringe saken inn for retten, avbrytes gjennomføringen av straffen fra det tidspunktet begjæringen er oversendt retten.

Nytt kapittel IV overskriften skal lyde:

Kapittel IV. Ikrafttredelse

Nåværende romertall II blir ny § 27 i kapittel IV.

VI

I lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester gjøres følgende endringer:

Ny § 3-5 skal lyde:

§ 3-5 Deltagelse i fengslingsmøter

Der barneverntjenesten er gitt melding om møte om fengsling av barn etter straffeprosessloven § 183 tredje ledd, skal barneverntjenesten møte til hvert fengslingsmøte, med mindre retten finner at deltagelse utover det første fengslingsmøtet er åpenbart unødvendig. Barneverntjenesten skal uttale seg om behovet for tiltak etter barnevernloven kapittel 4 og gi informasjon om det arbeidet som pågår med å iverksette tiltak. Reglene i straffeprosessloven § 118 gjelder tilsvarende.

VII

I lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt gjøres følgende endring:

§ 5-15 første ledd bokstav k skal lyde:

- k) fordel vunnet ved skadevolders arbeid for skadelidte, utført etter skriftlig avtale inngått ved megling i konfliktråd eller etter ungdomsplan, jf. lov om megling i konfliktråd §§ 13 og 19.

VIII

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. gjøres følgende endringer:

§ 12 tredje og fjerde ledd skal lyde:

Ved anmodning om rusprøve fra politiet, ved vilkår for påtaleunntatelse, fra kriminalomsorgen, ved vilkår for be-tinget dom, og fra ungdomsordinator, ved gjennomfø- ring av ungdomsstraff, skal lege, sykepleier og bioingeni- ør ta blodprøve eller lignende rusprøve av personer som var under 18 år på handlingstidspunktet. Plikten inntre- rer når personen møter opp til prøvetaking.

Lege, sykepleier eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første til tredje ledd av:

1. ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller av slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold.
2. person som helsepersonellet har til behandling.

Nåværende fjerde ledd blir nytt femte ledd.

IX

I lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. gjøres følgende endringer:

§ 6 nytt tredje ledd skal lyde:

Isaker der domfelte er under 18 år, skal det sendes kopi av alle avgjørelser truffet av lokalt nivå til regionalt nivå.

§ 10 nytt fjerde ledd skal lyde:

For domfelte under 18 år skal personundersøkelse som er foretatt etter straffeprosessloven § 161 a, danne grunn- lag for valg av gjennomføringsform og andre avgjørelser om straffegjennomføringen. Det skal foretas en ny per- sonundersøkelse dersom det har gått mer enn ett år fra personundersøkelsen ble foretatt til straffegjennomføring iverksettes, eller dersom barnets personlighet, livsforhold eller fremtidsmuligheter vesentlig er endret.

Ny § 10 a skal lyde:

§ 10 a Særregler for unge innsatte

Når noen under 18 år innsettes i fengsel, skal opphol- det tilrettelegges etter deres behov. Enheter som oppret- tes spesielt for innsatte under 18 år skal ha et tverretattlig team som skal ivareta de unges behov under straffegjenn- omføringen og forberede tiden etter løslatelse.

Kriminalomsorgen gir utfyllende bestemmelser om krav til fengsel som benyttes til innsatte under 18 år; krav til ansattes utdanning, samt til det tverretattlige teamets sammensetning, funksjon og arbeidsoppgaver.

§ 11 nytt femte ledd skal lyde:

Kriminalomsorgen skal alltid vurdere å innsette dom- felte under 18 år i fengsel med lavere sikkerhetsnivå eller i overgangsbolig.

§ 16 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Kriminalomsorgen skal alltid vurdere om vilkårene for

å overføre domfelte under 18 år til gjennomføring av straf- fen utenfor fengsel er oppfylt når halvdel av straffetiden er gjennomført.

Nåværende annet punktum blir nytt tredje punktum.

§ 16 annet ledd nytt annet, tredje og fjerde punktum skal lyde:

Kriminalomsorgen skal alltid vurdere om domfelte under 18 år oppfyller vilkårene for å gjennomføre straf- fen utenfor fengsel med elektronisk kontroll. For domfelte under 18 år gjelder ikke vilkåret om at den idømte feng- selsstraff eller resterende tid frem til forventet prøveløs- latelse er inntil 4 måneder. Kriminalomsorgen kan gi for- skrift med utfyllende bestemmelser om bruk av elektronisk kontroll.

Nåværende annet punktum blir nytt femte punktum.

§ 31 nytt åttende ledd skal lyde:

Innsatte under 18 år kan motta besøk av nær fami- lie som tar opphold i nær tilknytning til fengslet for inn- til tre dager av gangen dersom det er sikkerhetsmessig forsvarlig. Kriminalomsorgen gir forskrift om gjennomfø- ring av, og økonomiske bidrag til, besøk fra innsattes nære familie.

§ 37 skal lyde:

§ 37 Utelukkelse fra fellesskapet som forebyggende tiltak

Kriminalomsorgen kan beslutte at en innsatt helt eller delvis skal utelukkes fra fellesskapet med andre innsatte dersom det er nødvendig for å

- a) hindre at innsatte til tross for skriftlig advarsel fort- setter å påvirke miljøet i fengslet på en særlig negativ måte,
- b) hindre innsatte i å skade seg selv eller øve vold eller fremsette trusler mot andre,
- c) hindre betydelig materiell skade,
- d) hindre straffbare handlinger, eller
- e) opprettholde ro, orden og sikkerhet.

For innsatte under 18 år gjelder bestemmelsene i første ledd bokstav b til e tilsvarende, likevel slik at utelukkelse bare kan besluttes dersom det er strengt nødvendig og mindre inngripende tiltak forges har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelige.

Kriminalomsorgen skal beslutte delvis utelukkelse der- som dette er tilstrekkelig for å forebygge handlinger etter første ledd bokstavene a til e og annet ledd.

Hel eller delvis utelukkelse etter første, andre eller tred- je ledd skal ikke opprettholdes lenger enn nødvendig, og kriminalomsorgen skal fortløpende vurdere om det fortsatt er grunnlag for utelukkelsen.

Dersom hel utelukkelse fra fellesskapet overstiger 14 dager, skal regionalt nivå ta stilling til om den innsatte fort- satt skal utelukkes. Dersom utelukkelsen samlet overstiger 42 dager, skal tiltaket meldes til Kriminalomsorgens sent- rale forvaltning. Melding skal deretter gis til Kriminalom- sorgens sentrale forvaltning med 14 dagers mellomrom. Utelukkelse etter første ledd bokstavene a til e kan bare

strekke seg utover ett år dersom innsatte selv ønsker det. *Beslutning om utelukkelse av person under 18 år skal omgående meldes til regionalt nivå. Kriminalomsorgen skal fortløpende vurdere om det er grunnlag for å opprettholde tiltaket. Dersom utelukkelsen overstiger 3 dager, skal saken oversendes regionalt nivå til ny vurdering. Dersom utelukkelsen overstiger 5 dager, skal det sendes melding til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. Hel utelukkelse av innsatte under 18 år kan under enhver omstendighet ikke overstige 7 dager.*

Dersom delvis utelukkelse fra fellesskapet overstiger 30 dager, skal tiltaket meldes til regionalt nivå. *Dersom delvis utelukkelse fellesskapet av en innsatt under 18 år overstiger 7 dager, skal Kriminalomsorgens sentrale forvaltning ta stilling til om den innsatte fortsatt skal utelukkes. Melding skal deretter gis til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning med 7 dagers mellomrom.*

Utelukkelse skal brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Innsatte som er helt utelukket fra fellesskapet, skal flere ganger daglig tilses av tilsatte. Lege skal varsles om utelukkelsen uten ugrunnet opphold. *Innsatte under 18 år skal ha kontinuerlig tilsyn.*

Kriminalomsorgen kan beslutte at alle eller enkelte innsatte helt eller delvis skal utelukkes fra fellesskapet dersom det er sannsynlig at et ubestemt antall innsatte har begått eller er i ferd med å begå handlinger som nevnt i første ledd, eller dersom akutte bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det nødvendig. Slik utelukkelse kan opprettholdes i inntil 3 døgn. Regionalt nivå kan forlenge utelukkelsen med inntil 3 døgn dersom særlige grunner gjør det påkrevet. *For innsatte under 18 år gjelder tiende ledd.*

Kriminalomsorgen kan beslutte at en innsatt skal utelukkes helt eller delvis fra fellesskapet dersom bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det påkrevet, eller dersom den innsatte selv ønsker det. *For innsatte under 18 år gjelder tiende ledd.*

Kriminalomsorgen kan beslutte at innsatte under 18 år skal utelukkes helt eller delvis dersom akutte bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det strengt nødvendig, eller dersom innsatte selv ønsker det og det anses strengt nødvendig. Mindre inngripende tiltak må forgeses har vært forsøkt eller være åpenbart utilstrekkelige. Beslutning om utelukkelse av person under 18 år skal omgående meldes til regionalt nivå. Slik utelukkelse kan opprettholdes i inntil 2 døgn. Regionalt nivå kan forlenge utelukkelsen med inntil 2 døgn dersom særlige grunner gjør det påkrevet. I så fall skal det samtidig sendes melding til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. Utelukkelse skal brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Innsatte under 18 år skal ha kontinuerlig tilsyn. Kriminalomsorgen kan gi nærmere regler om utelukkelse av innsatte under 18 år, samt om tiltak for å avhjelpe mulige negative skadevirkninger av slik.

§ 17 annet ledd skal anvendes ved utelukkelse fra fellesskapet i avdelinger som nevnt i § 10 annet ledd.

§ 38 tredje, fjerde og nytt femte ledd skal lyde:

For innsatte under 18 år kan tvangsmidler bare benyttes dersom det er tvingende nødvendig, og mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelige. Tvangsmidler skal brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Uttalelse fra lege skal så vidt mulig innhentes og tas i betraktning ved vurderingen av om det skal besluttes bruk av sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng. Innsatte under 18 år skal ha kontinuerlig tilsyn. Kriminalomsorgen skal fortløpende vurdere om det er grunnlag for å opprettholde tiltaket.

Bruk av sikkerhetsseng som overstiger 24 timer, skal meldes til regionalt nivå som tar stilling til om tiltaket skal opprettholdes. Spørsmålet skal vurderes på nytt etter 24 timer. Tiltaket skal meldes til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning når bruk av sikkerhetsseng overstiger 3 døgn. *For innsatte under 18 år skal bruk av sikkerhetsseng omgående meldes til regionalt nivå, som tar stilling til om tiltaket skal opprettholdes. Tiltaket skal meldes til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning når bruk av sikkerhetsseng overstiger 24 timer.*

Bruk av sikkerhetscelle som overstiger 3 døgn, skal meldes til regionalt nivå som tar stilling til om tiltaket skal opprettholdes. Tiltaket skal meldes til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning når bruk av sikkerhetscelle overstiger 6 døgn. *For innsatte under 18 år skal bruk av sikkerhetscelle som overstiger 24 timer, meldes til regionalt nivå, som tar stilling til om tiltaket skal opprettholdes. Tiltaket skal meldes til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning når bruk av sikkerhetscelle overstiger 3 døgn.*

§ 39 nytt annet punktum skal lyde:

Umiddelbar utelukkelse fra fellesskapet kan ikke benyttes på innsatte under 18 år.

§ 40 nytt tiende ledd skal lyde:

Reaksjonene i annet ledd og fjerde ledd annet og tredje punktum kan ikke brukes overfor innsatte under 18 år. Departementet kan gi forskrift med utfyllende bestemmelser om mindre inngripende reaksjoner ved brudd på straffegjennomføringen for denne gruppen innsatte.

X

I lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff gjøres følgende endringer:

§ 29 første ledd skal lyde:

- Straffene er
- a) fengsel, jf. kapittel 6,
 - b) forvaring, jf. kapittel 7,
 - c) samfunnsstraff, jf. kapittel 8,
 - d) ungdomsstraff, jf. kapittel 8 a,
 - e) bot, jf. kapittel 9, og
 - f) rettighetstap, jf. kapittel 10.

§ 30 første ledd bokstav g skal lyde:

- g) overføring av saken til megling i konfliktråd etter konfliktrådsloven kapittel II, jf. straffeprosessloven § 71 a.

§ 37 første ledd bokstav d skal lyde:

- d) avstå fra å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler og avgi nødvendige rusprøver. For domfelte som var under 18 år på handlingstidspunktet gjelder helsepersonelloven § 12 tredje ledd.

§ 37 første ledd bokstav i skal lyde:

- i) møte til megling i konfliktrådet etter konfliktrådsloven kapittel II og oppfylle eventuelle avtaler som inngås i meglingsmøte, forutsatt at både fornærmede og domfelte har samtykket til megling i konfliktrådet, eller

§ 40 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Er siktede under 18 år, kan forvaring ikke idømmes, med mindre det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter.

§ 48 annet ledd skal lyde:

Første ledd bokstav a kan fravikes når den straff som ellers ville ha blitt idømt, helt eller delvis ville ha vært betinget, når lovbrøyteren er under 18 år, og ellers når sterke grunner taler for at samfunnsstraff idømmes.

Nytt kapittel 8 a skal lyde:

Kapitel 8 a Ungdomsstraff

§ 52 a Vilkår for å idømme ungdomsstraff

Ungdomsstraff med ungdomsstormøte og ungdomsplan etter konfliktrådsloven kapittel III kan idømmes i stedet for fengselsstraff når

- lovbrøyteren var under 18 år på handlingstidspunktet,*
- lovbrøyteren har begått gjentatt eller alvorlig kriminalitet,*
- lovbrøyteren samtykker og har bosted i Norge, og*
- hensynet til straffens formål ikke med tyngde taler mot en reaksjon i frihet.*

§ 52 b Gjennomføringstid og subsidiær fengselsstraff

I dom på ungdomsstraff skal retten fastsette:

- En gjennomføringstid mellom seks måneder og to år. Dersom den fengselsstraff som ville ha blitt idømt uten ungdomsstraff er klart lengre enn to år, kan en gjennomføringstid på inntil tre år fastsettes.*
- En subsidiær fengselsstraff, som skal svare til den fengselsstraff som ville ha blitt idømt uten ungdomsstraff. Ved fastsetting av subsidiær fengselsstraff gjelder § 31 tilsvarende.*

Når en dom på ungdomsstraff blir lest opp eller forkynt for den domfelte, skal han gjøres nærmere kjent med hva dommen går ut på, og med følgene av brudd på bestemmelsene gitt i eller i medhold av konfliktrådsloven § 25, og av at det begås en ny straffbar handling før utløpet av gjennomføringstiden.

§ 52 c Brudd på vilkår for ungdomsstraff

Etter begjæring kan tingretten ved dom bestemme at hele eller deler av den subsidiære fengselsstraffen skal fullbyrdes når den domfelte har

- brutt bestemmelser gitt i eller i medhold av konfliktrådsloven § 25, eller*

- begått en ny straffbar handling før utløpet av gjennomføringstiden.*

Ved omgjøringen skal retten ta hensyn til ungdomsstraff som allerede er gjennomført.

Ved omgjøring etter første ledd bokstav b kan retten avsi samlet dom for begge handlinger eller særskilt dom for den nye handlingen.

Begjæring etter første ledd bokstav a fremmes av kriminalomsorgen. Begjæring etter første ledd bokstav b fremmes av påtalemyndigheten. Begjæringen må være brakt inn for retten innen 3 måneder etter utløpet av gjennomføringstiden.

Reglene om forsvarer og om pågripelse og varetektsfengsel i straffeprosessloven § 96 tredje ledd og § 99 første ledd tredje punktum og kapittel 14 gjelder tilsvarende. Reglene om varsling i straffeprosessloven § 243 gjelder tilsvarende for rettsmøter om omgjøring. Kriminalomsorgen skal varsles etter de samme regler som påtalemyndigheten.

§ 53 nytt fjerde ledd skal lyde:

Dersom lovbrøyteren var under 18 år på handlingstidspunktet, kan retten bestemme at fullbyrdingen av straffen utsettes i en prøvetid (betinget bot). Prøvetiden skal i alminnelighet være to år. Fullbyrdingsutsettelse gis på den grunnvilkår at den domfelte ikke begår en ny straffbar handling i prøvetiden. I tillegg kan retten fastsette særvilkår som nevnt i § 36 og § 37 bokstav a til i. Den siktede skal få uttale seg om særvilkår før de fastsettes. Ved forelegg gjelder reglene om betinget bot tilsvarende så langt de passer.

§ 55 tredje ledd skal lyde:

Er bot ilagt et foretak etter § 27 eller lovbrøyter som var under 18 år på handlingstidspunktet, fastsettes ikke fengselsstraff etter første ledd.

§ 78 bokstav h og ny bokstav i skal lyde:

- det er gode utsikter til rehabilitering,*
- lovbrøyteren var under 18 år på handlingstidspunktet.*

XI

I lov 28. mai 2010 nr. 16 om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten gjøres følgende endringer:

§ 40 nr. 2 skal lyde:

- Med mindre annet fremgår av nr. 5, 6 eller 7, skal det i ordinær politiattest oppgis
 - dom på betinget og ubetinget fengsel,
 - dom på forvaring, eventuelt sikring,
 - dom på samfunnsstraff, eventuelt samfunnstjeneste,
 - dom på ungdomsstraff,
 - dom på rettighetstap,
 - bot for lovbrudd med øvre strafferamme på fengsel i mer enn 6 måneder, og
 - dom på overføring til tvunget psykisk helsevern eller tvungen omsorg, eventuelt sikring.

§ 40 nr. 6 skal lyde:

- I ordinær politiattest skal det ikke oppgis

- a) dom på betinget fengsel eller bot, dersom lovbruddet er begått mer enn 2 år før utstedelsen av person under 18 år, *eller*
 b) dom på ungdomsstraff eller samfunnsstraff, dersom lovbruddet er begått mer enn 5 år før utstedelsen av person under 18 år.

XII

I lov 17. desember 2010 nr. 85 om endringer i forvaltningsloven og straffegjennomføringsloven (behandling av personopplysninger i kriminalomsorgen, innsyn i benådningssaker m.m.) gjøres følgende endringer i avsnitt II om endringer i lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv.:

§ 4 c første ledd bokstav e og ny bokstav f skal lyde:

- e) varsle fornærmede eller dennes etterlatte, jf. § 7 b,
 f) gjennomføre personundersøkelser, jf. straffeprosessloven kapittel 14.

§ 4 d første ledd bokstav d og ny bokstav e skal lyde:

- d) domfeltes eller innsattes barn og barnets pårørende eller andre omsorgspersoner,
 e) siktede eller tiltalte som underlegges personundersøkelse.

XIII

Ikrafttredelses- og overgangsregler

1. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.
2. Kongen kan gi nærmere overgangsregler.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

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

Votering i sak nr. 6

Presidenten: Under debatten har representanten André Oktay Dahl satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre. Forslaget lyder:

«Aksjeloven § 2-8 første ledd skal lyde:

Dersom aksjeinnskudd skal gjøres med andre eidelere enn penger, skal stifterne utarbeide og datere og undertegne en åpningsbalanse som skal vedlegges stiftelsesdokumentet.»

Venstre og Kristelig Folkeparti har varslet at de ønsker å støtte forslaget.

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 51 mot 49 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.36.37)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

I o v

om endringer i aksjeloven mv. (nedsettelse av kravet til minste aksjekapital mv.)

I

I lov 13. juni 1997 nr. 44 om aksjeselskaper gjøres følgende endringer:

§ 2-5 første ledd første punktum skal lyde:

Selskapet kan dekke utgifter ved stiftelsen i den utstrekning utgiftene ikke overstiger aksjeinnskuddet.

§ 2-8 tredje ledd annet punktum oppheves.

§ 2-8 fjerde ledd nytt annet punktum skal lyde:

Dette gjelder likevel ikke så langt aksjeinnskudd skal brukes til dekning av stiftelsesutgifter i samsvar med § 2-5.

§ 2-18 annet ledd nytt femte punktum skal lyde:

Skal aksjeinnskuddene utelukkende gjøres opp med penger, kan bekreftelsen gis av en finansinstitusjon.

§ 2-19 første ledd første punktum skal lyde:

Styrets medlemmer og revisor *eller finansinstitusjon som har avgitt bekreftelse etter § 2-18 annet ledd*, er solidarisk ansvarlig for det som måtte mangle av *aksjeinnskudd* som i meldingen til Foretaksregisteret er oppgitt og bekreftet innbetalt eller gjort opp på annen måte.

§ 3-1 første ledd skal lyde:

(1) Et aksjeselskap skal ha en aksjekapital på minst 30 000 norske kroner.

§ 10-9 annet ledd fjerde og femte punktum skal lyde:

Skal aksjeinnskuddene utelukkende gjøres opp med penger, kan bekreftelsen gis av en finansinstitusjon. § 2-19 gjelder tilsvarende.

II

I lov 13. juni 1997 nr. 45 om allmennaksjeselskaper gjøres følgende endringer:

§ 2-5 første ledd første punktum skal lyde:

Selskapet kan dekke utgifter ved stiftelsen i den utstrekning utgiftene ikke overstiger aksjeinnskuddet.

§ 2-8 tredje ledd annet punktum oppheves.

§ 2-8 fjerde ledd nytt annet punktum skal lyde:

Dette gjelder likevel ikke så langt aksjeinnskudd skal brukes til dekning av stiftelsesutgifter i samsvar med § 2-5.

§ 2-18 annet ledd skal lyde:

Før selskapet meldes til Foretaksregisteret skal aksjeinnskudd være ytet fullt ut. Herunder skal resultatet av teknisk bistand, forsknings- og utviklingsarbeider mv være stilt til rådighet for selskapet. I meldingen til Foretaksregisteret skal det opplyses om at selskapet har mottatt aksjeinnskuddene. Dette skal bekreftes av revisor. *Skal aksjeinnskuddene utelukkende gjøres opp med penger, kan bekreftelsen gis av en finansinstitusjon.*

§ 2-19 første ledd første punktum skal lyde:

Styrets medlemmer og revisor *eller finansinstitusjon som har avgitt bekreftelse etter § 2-18 annet ledd*, er solidarisk ansvarlig for det som måtte mangle av aksjeinnskudd som i meldingen til Foretaksregisteret er oppgitt og bekreftet innbetalt eller gjort opp på annen måte.

§ 10-9 annet ledd fjerde og femte punktum skal lyde:

Skal aksjeinnskuddene utelukkende gjøres opp med penger, kan bekreftelsen gis av en finansinstitusjon. § 2-19 gjelder tilsvarende.

III

I lov 21. juni 1985 nr. 78 om registrering av foretak gjøres følgende endring:

§ 4-4 bokstav e første punktum skal lyde:

Erklæring fra revisor, *eller eventuelt erklæring fra en finansinstitusjon*, om at de opplysninger som er gitt om innbetaling av aksjekapital, selskapskapital i kommandittselskap, jf. § 3-3 nr. 6 og 7, grunnkapital i stiftelse og innskuddskapital i samvirkeforetak, statsforetak, interkommunalt selskap, regionalt helseforetak og helseforetak er riktige.

IV

1. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. De enkelte bestemmelser kan settes i kraft til forskjellig tid.
2. Kongen kan gi overgangsregler.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

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

Votering i sak nr. 7

Presidenten: Til denne saken er det satt fram tre forslag. Det er forslagene nr. 1–3, fra Ulf Leirstein på vegne av Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede en ordning hvor tre av basene i redningstjenesten konkurransesettes, under samme kvalitetskrav som det Forsvaret opererer under i dag.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede den samlede helikopterkapasiteten i Norge og eventuelt sikre at noen av de nye helikoptrene i redningstjenesten kan brukes til støtte for personelltransport for politiet.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med egen sak med vurdering av hvordan den fremtidige basestrukturen skal være utformet.»

Votering:

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 79 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 18.37.32)

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget samtykker i at Justis- og politidepartementet kan:

1. Innenfor en kostnadsramme på 16 800 mill. kroner:
 - a. Inngå kontrakt om anskaffelse av inntil 16 redningshelikoptre i klassen 10–20 tonn med tilhørende reservedeler, utstyrs- og treningspakker til Fastlands-Norge for planlagt innføring i perioden 2016–2020. Kontrakten skal også omfatte en opsjon på ytterligere inntil seks redningshelikoptre av samme type.
 - b. Gjennomføre infrastrukturtiltak, herunder bygningsmessige tilpasninger til valgt helikoptertype ved flere baser, samt tilpasning av landingsmulighetene ved sykehus som benyttes av dagens redningshelikoptre.
2. Inngå kontrakt om langsiktig vedlikeholds- og logistikkavtale til understøttelse av helikoptrenes drift innenfor et uendret bevilgningsnivå på vedkommende budsjettpost i hele avtaleperioden.

3. Innenfor en samlet ramme på 1 300 mill. kroner inngå kontrakt om en tjenesteleveranse for Svalbard av to store redningshelikoptre tilsvarende dagens Super Puma med tjenestestart 1. april 2014 og med varighet på seks år og opsjon på ytterligere fire år.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: I sak nr. 8 foreligger det ikke noe vote-ringstema.

Sak nr. 9 [18:37:55]

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat. Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 18.38.
