

Møte torsdag den 19. mars 2015 kl. 10

President: Ole mic Thom messen

Dagsorden (nr. 56):

1. Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren:

«I Bergens Tidende 8. februar 2015 kunne ein lese om kvinna i slutten av 90-åra som døde i ambulansen etter å ha blitt skriva ut frå sjukehuset for tredje gong på kort tid. Stadig fleire eldre opplever å bli sendt mellom sjukeheim og sjukehus. Det kan skape uverdige situasjonar, og er ei utvikling som må stoppast. I pasient- og brukaromboda si årsmelding for 2014 er det dokumentert at sjukeheimstilbodet har store og alvorlege manglar som fører til at enkeltmenneske ikkje får nødvendig helsehjelp, og grunnleggjande rettstryggleiksgarantiar er tilsidesett. Omboda etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sjukeheimstilbodet i Noreg samsvarer med pasient- og brukarrettighetslova sine grunnleggjande formål, som er lik tilgang på tenester, tenester av god kvalitet som òg varetek respekten for den enkelte.

Kva vil regjeringa gjere for å sikre kvalitet og verdigheit i sjukeheimstilbodet og unngå unødig transport av sjuke eldre?»

2. Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Andelen barn med overvekt er på ca. 15 pst. i Norge. Antall fedmeoperasjoner for voksne har økt betydelig i Norge de siste årene, fra 24 inngrep i 2003 til 1 890 i 2012. Familiebasert atferdsbehandling har vist seg å være et lovende behandlingstilbud for barn og unge med alvorlig overvekt. Spesialpoliklinikker som tilbyr denne behandlingen, mangler i dag ressurser til å gi tilstrekkelig opplæring av helsesøstre og andre helsearbeidere i primærhelsetjenesten. Dette går ut over kvaliteten, helheten og effekten på behandlingen. Ressursmangel hindrer spesialisthelsetjenesten i å gi kompetanseheving til kommunene for tidlig intervensjon og forebygging av sykkelig overvekt, spesielt blant barn og unge.

Vil statsråden sørge for en finansiering som sikrer alvorlig overvektige barn og unge et godt og helhetlig behandlingstilbud, og styrke det forebyggende arbeidet?»

3. Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Gjennom mer enn 25 år har Senter for Krisepsykologi i Bergen tilført krise- og sorgfeltet kompetanse som har bedret ivaretagelse av barn, voksne og familier både i Norge og internasjonalt. Senteret er en unik blanding av klinisk praksis, forskning og utadrettet informasjon og veiledning. På oppdrag fra Helsedirektoratet har de arbeidet spesielt med etterlatte, overlevende og pårørende etter 22. juli. Senteret har erfaring fra alle større ulykker i Norge og katastrofehendelser som jordskjelv, terror og krigssituasjoner rundt om i verden. Senteret har vært drevet som en non-profit stiftelse, men ønsker å bli et offentlig kompetansesenter

for å sikre rekruttering av nye forskere, bedre koordinering og veiledning, samt bli en del av nasjonal kriseberedskap.

Vil statsråden sørge for etablering av et nasjonalt senter for krisepsykologi?»

4. Referat

Presidenten: Representantene Marianne Aasen, Morten Wold, Geir S. Toskedal og Sveinung Rotevatn, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger fire permisjonssøknader:

- fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe om permisjon for representanten Ingebjørg Amanda Godskesen i tiden fra og med 24. mars til og med 26. mars for å delta i møte i Europarådets parlamentariske forsamling i Paris og i Nordisk råds minisessjon i København
- fra representantene Jan-Henrik Fredriksen og Janne Sjelmo Nordås samt fra den møtende vararepresentant for Troms fylke Sigmund Steinnes om permisjon i tiden fra og med 24. mars til og med 26. mars – alle for å delta på reise med Stortingets delegasjon for arktisk parlamentarisk samarbeid til Tromsø, Karasjok og Kautokeino

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

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

For Aust-Agder fylke: Lene Langemyr

For Finnmark fylke: Ronny Berg

For Nordland fylke: Willfred Nordlund

For Troms fylke: Christin Kristoffersen

Presidenten: Representanten Janne Sjelmo Nordås vil fremsette et representantforslag.

Janne Sjelmo Nordås (Sp) [10:02:18]: På vegne av stortingsrepresentantene Marit Arnstad, Jenny Klinge, Geir Pollestad og meg selv foreslår jeg en egen stortingsmelding om norsk luftfart.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1 [10:02:41]

Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren:

«I Bergens Tidende 8. februar 2015 kunne ein lese om kvinna i slutten av 90-åra som døde i ambulansen etter å ha blitt skriva ut frå sjukehuset for tredje gong på kort tid. Stadig fleire eldre opplever å bli sendt mellom sjukeheim og sjukehus. Det kan skape uverdige situasjonar, og er ei utvikling som må stoppast. I pasient- og brukaromboda si årsmelding for 2014 er det dokumentert at sjukeheimstilbodet har store og alvorlege manglar som fører til at en-

keltmenneske ikkje får nødvendig helsehjelp, og grunnleggjande rettstryggleiksgarantiar er tilsidesett. Omboda etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sjukeheimstilbodet i Noreg samsvarer med pasient- og brukarrettighetslova sine grunnleggjande formål, som er lik tilgang på tenester, tenester av god kvalitet som òg varetek respekten for den enkelte.

Kva vil regjeringa gjere for å sikre kvalitet og verdigheit i sjukeheimstilbodet og unngå unødig transport av sjuke eldre?»

Kjersti Toppe (Sp) [10:04:12]: Føremålet med Samhandlingsreforma var å utvikla koordinerte tenester og behandling av pasientar på tvers av finansiering og ansvarsnivå. Folk skulle få eit godt og forsvarleg helsetilbod der dei bur. Pasientforløpet mellom sjukehus og kommune skulle gjerast enklare og saumlaust.

Samhandlingsreforma vart implementert 1. januar 2012. Mykje har gått som planlagt. Utviklingstala for både ressursinnsats- og aktivitetsutvikling viser at det har vore noko sterkare vekst i primærhelsetenesta enn i spesialisthelsetenesta etter reforma. Tal for årsverktutvikling viser at den medisinskfaglege kompetansen har vorte styrkt i kommunane. Det er bygd fleire frisklivssentralar og døgntilbod for omgåande hjelp.

Men på andre område er det grunn til bekymring. Det gjeld i første rekkje samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane og tilbodet til pasientar som vert skrivne ut frå sjukehus. Kvart år sidan 2012 har talet på opphald for utskrivingsklare pasientar på sjukehus auka kraftig. Det var mellom tre og fire gonger så mange utskrivingsklare pasientar på sjukehus i 2014 som i 2011. Omfanget av liggjedagar for utskrivingsklare pasientar på sjukehus har auka med 36 pst. berre frå 2013 til 2014. Trass i auken i utskrivingsklare pasientar har det vore ein tydeleg nedgang i liggjedøgn og gjennomsnittleg liggjetid på sjukehus for dei same pasientane. Liggjetida har gått ned frå 8,9 dagar i 2010 til 6,7 dagar i 2013. Talet på reinleggjarar etter utskriving har òg auka. Dette indikerer at pasientane er sjukare og har høgare omsorgsbehov ved utskriving enn tidlegare. Kommunane rapporterer òg at pasientane dei mottar, er sjukare enn før.

Frå 2012 måtte kommunane betala sjukehusa 4 255 kr for kvart liggjedøgn pasientar som er definerte som ferdigbehandla og utskrivingsklare, oppheld seg på sjukehus. Tilbodet til desse pasientane er vorte løyst på ulikt vis i kommunane, men det har vore ein tydeleg vekst i korttids plassar og i heimesjukepleien. Men det alvorlege er at denne veksten langt frå held tritt med den auken ein ser av utskrivingsklare frå sjukehusa. Det synest klart at kommunane er under press frå sjukehusa til å ta seg av sjukare pasientar, utan at kommunane har ressursar til å byggja opp eit verdig og godt alternativt tilbod lokalt.

Helsedirektoratet understrekar at tilgjengeleg informasjon indikerer at det er vorte gjennomført ein betydeleg innsats i både kommunar og føretak for å gi pasientar og innbyggjarar behandling og omsorg av høg kvalitet, men at forbetringsarbeidet for meir heilskapleg, koordinert pasientbehandling og enklare pasientforløp må fortsetja og

tilleggjast vekt og betyding. Helsedirektoratet skriv i sin rapport om samhandlingsstatistikk frå 2013–2014 at det er alvorleg når ein fjerdedel av sjukepleiarane i kommunane meiner at samarbeidet med helseføretaka har vorte meir anstrengt etter reforma, og at det er avdekt alvorleg svikt i implementeringa av dei systema som er vedtatt og lagde til grunn for pasienthandteringa. Kontrollkommissjonen i Trondheim har nyleg avdekt at alvorleg sjuke og pleietrengjande pasientar der vert sende heim frå sjukehus utan at kommunen er varsla. Revisjonen i Trondheim dokumenterer at avvika der har fått alvorlege konsekvensar for pasientane.

Fleire medieoppslag underbyggjer òg at liknande forhold skjer andre plassar i landet. Faktum er at ein svært uheldig, uønskt og paradoksal effekt av Samhandlingsreforma er at eldre, sjuke pasientar med store behov har vorte sende heim utan at heimetenesta i kommunen har fått beskjed. Baksida ved Samhandlingsreforma er at eldre sjuke pasientar i større grad enn før synest å verta transporterte mellom sjukehus og sjukeheim, ikkje på grunn av medisinskfaglege eller pleiemessige forhold, men på grunn av økonomi. Pasientar over heile landet vert sende ut av sjukehus tidlegare enn før, dei ligg kortare tid på sjukehus før dei vert definerte som utskrivingsklare, og dei hamnar oftare tilbake på sjukehus etter utskriving. Det dreier seg om 7 000 fleire reinlagde i 2014 enn i 2011.

I Bergens Tidende 8. februar 2015 kan ein lesa om ei kvinne i slutten av 90-åra som døyr i ambulansen på veg til sjukeheimen, etter sitt tredje sjukehusopphald på få månader. Det er heilt uverdige å senda menneske som ei pakke fram og tilbake på denne måten, uttalte pasient- og brukarombodet i Hordaland, som i etterkant vart kontakta av familien til kvinna. Familien var opprørt. Dei er blant mange som har tatt kontakt med pasient- og brukaromboda. Dei reagerer på at svært gamle familiemedlemmer vert sende fram og tilbake mellom sjukehus og sjukeheim. Mange har passert 90 år og har få år igjen å leva. Det er ei kjend sak at transport av eldre skrøpelege i seg sjølv kan føra til – som oftast – at den eldre vert forvirra. Difor er unødig transport svært viktig å unngå. At skrøpelege eldre vert flytta fram og tilbake mellom helseinstitusjonar og døyr under transport eller like etter transport til sjukeheim, er ein uverdige situasjon som burde opprøra fleire. Det er innlysande at Samhandlingsreforma når det gjeld utskrivingsklare pasientar, ikkje har vore vellykka. Betalingsplikta har ført til at sjukehusa har endra utskrivingspraksis for å tena pengar. Det er dei eldre, svake pasientane som betaler prisen.

Det er tid for handling. For å unngå uverdige transport av sjuke menneske og hindra ei utvikling med økonomisk initiert utskriving frå sjukehus må ein ta grep. For det første må ein påleggja sjukehusa å endra den nye og harde utskrivingspraksisen som er etablert etter 2012. For det andre bør betalingsplikta fjernast. Ho verkar, slik situasjonen er, mot si hensikt. For det tredje må kapasitet og kvalitet i eldreomsorga verta styrkt. Grunnbemanninga må opp. Fleire legar må arbeida på sjukeheim. Sjukepleiarkompetansen må aukast. Ei viktig årsak til at sjuke eldre vert unødig innlagde på sjukehus, er at kompetansen eller bemanninga ikkje er tilstrekkeleg på den sjukeheimen der dei

bur. Det einaste forsvarlege i mange situasjonar er å leggja pasienten inn, fordi alternativet hadde vore verre.

Pasient- og brukaromboda registrerte i 2014 1 209 saker om sjukeheimar. Dette er ein auke frå året før på 35 pst. Pasient- og brukaromboda fortel i årsrapporten for 2014 om mangel på sjukeheims plassar, dårleg kvalitet på helsehjelpa og uverdige tenester. Sjukeheimstilbodet har store og alvorlege manglar som fører til at enkeltmenneske ikkje får nødvendig helsehjelp, og grunnleggjande retts-sikkerheitsgarantiar vert ifølgje pasient- og brukaromboda sette til side. Det er riktignok variasjonar i kvaliteten på sjukeheimstilbodet, vert det påpeikt, men slike variasjonar er i seg sjølv eit signal om at det krevst endringar og ei meir målretta styring. For dei som mottar eit utilstrekkeleg tilbod, er det lita trøyst i at andre får god hjelp. Omboda etterlyser konkrete tiltak for å sikra at sjukeheimstilbodet i Noreg samsvarer med pasient- og brukarrettslovas grunnleggjande føremål.

Skal vi få Samhandlingsreforma til å fungera etter intensjonen, må ho òg fungera for utskrivningsklare pasientar. Då må vi stoppa opp og fokusera på den reelle situasjonen i kommunane og starta satsinga der behovet er størst.

Norsk senter for menneskerettigheter utgir kvart år ei årbok over menneskeretts situasjonen i Noreg. I årboka frå 2013 kom det fram at det er store menneskerettslege utfordringar på norske sjukeheimar. I årboka står det bl.a.:

«Både forskning og tilsynsrapporter fra 2013, samt stadig tilbakevendende og graverende saker i media, indikerer at beboere på sykehjem opplever manglende omsorg og mangel på nødvendig helsehjelp.»

Mangelfull pleie, underernæring, tvang og overgrep finn altså stad. Dårlig tid og underbemanning er faktorar som skårar høgast når ein spør dei tilsette kva årsaka til forsømmingar kan vera.

Vi skal sjølv sagt få fram det gode arbeidet som skjer der ute, men vi treng ein debatt om tilbodet til våre skrøpelege eldre. Spørsmålet mitt er kva regjeringa vil gjera for å sikra kvalitet og verdigheit i sjukeheimstilbodet og unngå unødig transport av sjuke eldre.

Statsråd Bent Høie [10:14:37]: Interpellantens innlegg var et sjeldent sterkt oppgjør med egen regjering's viktigste helsereform og evnen til å gjennomføre denne. Det er sjelden en hører så kraftig oppgjør med egen politikk. Men jeg vil også takke representanten Toppe for å sette viktige spørsmål på dagsordenen. Problemstillingen som reises, er veldig sammensatt. Det handler både om sykehusenes utskrivningspraksis og om kvaliteten på tilbudet i kommunene.

Samhandlingsreformens intensjon var rett behandling på rett sted til rett tid. Tre år etter at reformen ble innført, er det betimelig å spørre om vi er på rett vei, og hva vi eventuelt må gjøre for å justere kursen. Et hovedmål var mer helhetlige pasientforløp, men flere studier peker på at noen pasientgrupper har fått et mer oppstykket forløp. Vi vet at antall liggedager etter at pasienten er definert som utskrivningsklar, har gått ned etter at reformen ble innført. Det var en ønsket utvikling, men det har hele tiden vært en forutsetning at pasientene skal få et forsvarlig tilbud i

kommunene. Vi vet at det er noe nedgang i liggetiden før pasienten blir meldt utskrivningsklar. Det kan innebære at tolkningen av hva som er en utskrivningsklar pasient, har endret seg noen steder. Det har også vært en økning i antall pasienter som må legges inn igjen på sykehus innen 30 dager. Økningen kan skyldes at pasientene skrives ut for tidlig og/eller at kommunene ikke er klare til å ta imot dem. Det er også studier som viser at pasienter som skrives ut til kommunene, generelt er sykere enn tidligere, og at kompleksiteten i oppgavene for helse- og omsorgstjenesten i kommunene har økt.

På bakgrunn av den dokumentasjonen som jeg har nevnt, må vi spørre om definisjonen av «utskrivningsklar» har endret seg etter at kommunene fikk betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Vi må også stille spørsmål om kommunene tar imot pasienter uten å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi et forsvarlig tilbud. Og endelig må vi spørre om sykehus og kommuner samhandler godt nok om utskrivningsklare pasienter. Noen steder er det svært bra, men det er for store variasjoner mellom helseregionene når det gjelder antall liggedager for utskrivningsklare pasienter og antall reinnleggelser. Variasjonen kan skyldes ulikhet knyttet til geografi og kultur og organisatoriske og kompetansemessige forskjeller mellom områdene.

Det er spesialisthelsetjenesten som avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Kommunen skal, etter at sykehuset har sendt varsel om at pasienten er utskrivningsklar, straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Både sykehuset og de kommunale helse- og omsorgstjenestene har plikt til å yte forsvarlige tjenester til pasientene. Dersom kommunen ikke er i stand til å motta pasienten når han eller hun er ferdigbehandlet, må kommunen bruke midlene som er tildelt, til å betale for at pasienten blir liggende på sykehuset fram til kommunen selv har et forsvarlig tilbud. Dette er midler som kommunene fikk overført til rammen, fra spesialisthelsetjenesten i 2012, til sammen 560 mill. kr. Pengene skulle kommunene bruke til å bygge opp kommunale tilbud eller å betale for døgnopphold i spesialisthelsetjenesten til kommunene hadde gode tilbud selv.

Det er per i dag ikke dokumentasjon og datagrunnlag for å hevde at ordningen gjør at pasienten får uforsvarlig behandling, men vi har behov for mer og bedre kunnskap, og dette tar jeg på største alvor. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bedt om, og fått, vurderinger av situasjonen og hvilke udekkede kunnskapsbehov de mener foreligger, både fra Helsedirektoratet og fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet gjennomfører i 2014 og 2015 landsomfattende tilsyn med samhandlingen om utskrivningsklare pasienter. Tre pilottilsyn er gjennomført. Helsetilsynet melder at deres hovedinntrykk er at det er mottatt få eller ingen klage- eller tilsynssaker om utskrivningsklare pasienter.

Det er behov for å se nærmere på organiseringen av det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. Før samhandlingsreformen ble flere pasienter liggende på sykehus inntil de kunne skrives ut direkte til hjemmet. I dag blir mange pasienter tilbudt kommunale institusjonsopphold før de skrives ut videre, til hjemmet. Vi ser at kommuner omgjør langtidsplasser til korttidsplasser på sykehjem for

å kunne gi utskrivningsklare pasienter et korttidsopphold til de er friske nok til å kunne følges opp hjemme.

Disse endringene fører til et mer oppstykket pasientforløp. Dette er uheldig for alle pasientene, ikke minst for eldre og skrøpelige mennesker. Kommunene har de siste årene satset på utbygging av hjemmetjenester. Med en styrket hjemmetjeneste kan flere overføres direkte fra sykehus til hjemmet.

Det er fra flere hold reist spørsmål om kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til pasienter som skrives ut fra sykehuset til kommunale tjenester. Ofte er dette pasienter med komplekse og sammensatte lidelser og med stor risiko for komplikasjoner. For å finne gode tiltak trenger vi også mer kunnskap om tilbudet og kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å bedre kvaliteten i helse- og omsorgssektoren vil regjeringen sette i gang et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid for sykehjem og hjemmetjenesten. Vi kommer tilbake til hvordan dette skal innrettes.

Kompetanse er en hovedutfordring i de kommunale tilbudene. Regjeringen har også varslet at det skal utvikles en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, som kalles Kompetanseløft 2020. Planen skal bidra til en faglig sterk omsorgstjeneste med tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Personer med sammensatte behov skal ha tjenester med tilstrekkelig kvalitet som er godt koordinert både innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og mellom tjenestenivåene. I løpet av våren legger regjeringen fram stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste. Kommunens tilbud til dem som er sykest, er tema i meldingen.

Samhandlingsreformen har vært rettet mot samarbeid mellom sykehus og de kommunale tjenestene, og reformen har også ført til ønskede endringer. Men det er helt klart at vi ikke er i mål. Nå må vi i økende grad se på den interne samhandlingen i kommunene, sånn at kommunene kan ivareta pasientene med sammensatte behov på en bedre måte.

Interpellanten spør først og fremst om tjenestetilbudet i sykehjem, men det kommunale tilbudet handler også om tilbudet til personer som følges opp i egne hjem eller i omsorgsbolig. I den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten drøfter vi også hva som skal gjøres for at denne gruppen pasienter skal få tryggere tjenester av god kvalitet.

For at kommunene skal klare å gi gode tilbud og samarbeide godt med sykehusene ved utskrivning av pasienter med sammensatte behov, må også samhandlingen innad i kommunene fungere. Gode kommunale tilbud forutsetter god ledelse, riktig kompetanse, koordinering og samarbeid innad i kommunen og ikke minst også brukervedvirkning. De tilgjengelige ressursene må utnyttes bedre for at de som trenger det, skal få et bedre tilbud. Det krever at vi må jobbe annerledes og på nye måter. Det handler om riktig kompetanse, om god organisering og selvfølgelig om brukervedvirkning. Men for å komme dit må vi også ha god ledelse som evner å bygge en kultur som motiverer medarbeiderne, og som hele tiden er innrettet på å yte det beste for pasientene.

Jeg vil løfte fram et godt eksempel. Det er prosjektet med læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene, som er et samarbeid mellom KS, departementet og Kunnskapsenteret. Per i dag er det 50 kommuner som er med i nettverket, og de støtter hverandre i å utvikle gode pasientforløp i kommunen. Målet er å bli bedre til å planlegge og strukturere oppfølgingen av pasienter etter at de er skrevet ut fra sykehus.

Jeg vil forsikre interpellanten om at regjeringen arbeider målrettet for å sikre trygghet, kvalitet og verdighet for mennesker som mottar helse- og omsorgstjenester. Vi er godt på vei, men det gjenstår mye arbeid.

Meldingene som regjeringen skal legge fram for Stortinget i 2015, utgjør nettopp en helhetlig politikk på helsefeltet og vil peke ut retningen for framtidens helse- og omsorgspolitik. Vi har startet arbeidet med å rette opp de feilene som ble gjort, og vi har startet arbeidet med å bygge opp kompetanse og kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, som må på plass nettopp for at kommunene skal være i stand til å løse de nye oppgavene som de har fått som følge av Samhandlingsreformen. Vår hovedkritikk mot reformen den gang de rød-grønne partiene valgte å kjøre den gjennom i Stortinget, uten å samhandle med opposisjonen, var nettopp at kommunene ikke var godt nok forberedt på konsekvensene av reformen. Det ser vi dessverre resultatene av i dag.

Kjersti Toppe (Sp) [10:25:00]: Eg vil takka statsråden for svaret. Eg vert møtt med at eg i dag har gått kraftig ut mot politikken til eiga regjering – det synest eg er veldig enkelt å møta denne interpellasjonen med. Eg understreka i innlegget mitt – og eg har vore ein forkjempar for Samhandlingsreforma heile vegen: Intensjonen med ho er det som er viktig å få realisert. Men når vi ser at denne intensjonen ikkje vert følgd opp, og det som skjer der ute, ikkje er i tråd med det som er dei ønskete måla, er det nødvendig å ta det opp i Stortinget.

Det var jo ein grunn til at vi ikkje innførte heile Samhandlingsreforma for alle pasientgrupper, bl.a. ikkje for rus- og psykiatripasientar, nettopp for å sjå effekten av og få erfaring med bl.a. dei økonomiske incentiva. Eg har heller ikkje høyr t eitt einaste politiske parti – verken frå noverande opposisjon eller frå noverande posisjon – gå ut og vera kritiske til betalingsplikta. Ho står framleis, trass i regjeringsskiftet. Poenget mitt er at økonomiske incentiv verkar, men vi veit ikkje alltid korleis dei verkar. Eg meiner at betalingsplikta no verkar mot si hensikt.

Statsråden har mange gode spørsmål knytte til om definisjonen av utskrivningsklare har endra seg, om kommunane klarer å ta imot dei sjukare pasientane, og om samhandlinga er god nok. Eg meiner at vi har statistikk og så mange tilbakemeldingar utanfrå at svaret eigentleg er ganske innlysande.

Så til organiseringa av det kommunale tilbodet. Eg er heilt einig med statsråden i at vi òg må sjå på dei som bur heime, sjølvst. Men når det gjeld sjukeheim, tar eg dette opp spesielt, for det er der samhandlinga om eit institusjonstilbod skjer oftast.

Statsråden viser til å auka kompetanse og kapasitet, or-

ganisering og leing. Eg er heilt einig, men det var eitt ord som statsråden ikkje brukte – det var «kapasiteten». Det er jo grunnbemanninga som må opp. Er ein éin sjukepleiar på 32 pasientar ei natt og ein pasient vert dårleg, gjer ein ikkje noko anna enn å ringja til legevakta og få han lagt inn. Så grunnbemanninga, kapasiteten, er òg viktig å ha med, for dette heng veldig tett saman.

Statsråd Bent Høie [10:28:16]: Det var på ingen som helst måte min intensjon å kritisere interpellanten for å ta opp dette spørsmålet – tvert imot roste jeg interpellanten for å løfte en viktig diskusjon. Det må likevel være helt på sin plass å minne om hvem som har ansvaret for at denne reformen ble gjennomført på den måten som den ble. Det er en reform der en ba om samhandling, men den gangen ønsket en ikke å samhandle med opposisjonen, som nettopp hadde en del av de innvendingene som en i dag ser resultatene av.

Jeg er helt enig i at kapasitet er viktig. Jeg snakket også om kapasitet i mitt innlegg. Det handler om kapasitet når det gjelder plasser, for det vi ser, er at Samhandlingsreformen utfordrer kommunene på muligheten til å gi et godt tilbud også til de andre innbyggerne, f.eks. til dem som har behov for sykehjemsplasser. Derfor er jeg veldig glad for at den økningen i investeringstilskuddet som vi klarte å få til i vårt første budsjett, gir resultater. Den kartleggingen som KS har gjort nå i år, som et resultat av et initiativ fra oss, viser at kommunene i den neste fireårsperioden har planer om å øke kapasiteten på heldøgns pleie og omsorg med 4 000 plasser. Det som ble gjort på det området i den forrige fireårsperioden, var i underkant av 600 plasser. I den perioden som vi nå går inn i – den neste fireårsperioden – vil det ikke være noen særlig økning i antall innbyggere over 80 år. Det betyr at denne kapasitetsøkningen nettopp vil bidra til å møte noen av de utfordringene som kommunene står i, som følge av Samhandlingsreformen, og også å kunne avhjelpe den situasjonen vi er i, at altfor mange i dag står i kø og venter på heldøgns pleie og omsorg.

Så handler det også om kapasitet når det gjelder bemanning. Da er det viktig ikke bare å telle antall hender, men også å være opptatt av kompetansen på tjenesten. For det vi ser, er at de kommunene som har et bevisst forhold til ikke bare å telle antallet som jobber på en institusjon, men også å vurdere kompetansen, får en helt annen kvalitet på tjenesten. Derfor prioriterer vi fra regjeringens side også å støtte kommunene økonomisk med i overkant av 400 mill. kr årlig til å bygge opp kompetansen på tjenestene – til å gi etter- og videreutdanning også på høyere nivå.

Så er det riktig at rus og psykiatri ikke var en del av de økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen, men i går fikk vi også dommen over resultatene av det, nemlig at årsverkene innenfor rus og psykisk helse i kommunene gikk ned i det siste året med rød-grønn regjering. Dette er også noe av det som det ble advart mot, som følge av en del av de virkemidlene som ble lagt inn i reformen.

Ruth Grung (A) [10:31:40]: Først vil jeg takke representanten Kjersti Toppe for at hun nok en gang – hun er

usedvanlig dyktig på å løfte viktige problemstillinger – tar tak i noe som blir kjent etter hvert som årsmeldingene fra pasient- og brukerombudene kommer fra det ganske land, nemlig at det med utskrivningsklare pasienter er en utfordring. Det har vi egentlig blitt klar over når vi har besøkt kommunene, f.eks. at rutiner med at de skrives ut på fredag skaper store problemer. Så den dialogen er ikke god nok.

Så vil jeg presisere at får vi veldig gode tilbakemeldinger på Samhandlingsreformen. Det gjelder i omtrent alle kommuner jeg besøker, og det gjelder spesielt når jeg oppsøker dem som jobber innenfor helsefeltet i kommunen. Det er litt verre når jeg snakker med folk på rådmanns- og politikernivå, for de ser utfordringene når det gjelder finansiering og resultater. Men alle mener at det er langt bedre for de fleste pasienter å få bo i sitt eget hjem så lenge som mulig, at vi tilpasser omsorgstilbudet på den måten, at sykehjem er bedre for svært syke eldre mennesker, og de har også bygget ut veldig mange gode tilbud innenfor palliativ behandling, hvor familier på en annen måte kan være til stede, og at de føler at de har ro rundt seg ved avslutningen av sitt liv.

Det er viktig for Arbeiderpartiet å presisere at Samhandlingsreformen har vært vellykket, men det er et utrolig tungt løft som gjenstår og en lang vei å gå for å få alle kommuner opp og stå, og vi har noen kommuner som er langt bedre enn andre. I mitt eget fylke vil jeg spesielt framheve Fjell kommune, som har vært en pioner på dette området. Denne uken var jeg på besøk i Kvinnherad, og de rapporterer at det har blitt mer attraktivt å jobbe i kommunen enn på sykehus. Det har også noe å gjøre med at de har klart å knekke koden om hvor det er attraktivt å jobbe og bygge opp kompetanse.

Jeg reagerer litt på at ministeren viser til ansvaret som Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV hadde i forrige periode, for ansvaret for å sørge for at de fortsatt klarer å ha framdrift når det gjelder å bygge ut et godt tilbud lokalt, har ministeren i dag.

En av utfordringene har vært å få tak i nok leger som har kompetanse på geriatri og eldre, og som er til stede på sykehjemmene, sånn at vi slipper å ha den uverdige transporten fram og tilbake.

Da vi behandlet langtidsplanen for utdanning og forskning, la vi fra Arbeiderpartiets side bl.a. vekt på å øke kapasiteten på utdanning av leger, men også på å se på innholdet. Og når en ser på innholdet i den opplæringen som leger får, er det veldig attraktive praksisutplasseringer når det gjelder sykehus, men det er nesten ingenting når det gjelder det området vi skal bygge opp, som gjelder primærhelse, sykehjem, helsestasjoner osv. Her mener Arbeiderpartiet at ministeren har et ansvar for å sørge for at framtidens leger og helsearbeidere innenfor alle områder blir interessert i de nye områdene som vokser fram og blir utfordringer framover, men ikke minst også et ansvar for å sørge for at ny forskning og en ny tilnærming blir implementert, sånn at det blir best mulig kvalitet.

Representanten Toppe framhever at økonomi har konsekvenser. Ministeren var også inne på konsekvensene av at vi har satt inn økonomi knyttet til utskrivningsklare pasienter, og at det har utfordret veldig mange kommuner

at de da må ta imot pasientene tidligere enn før. Samtidig har det vært uverdig at de har blitt liggende på et sykehus, hvor helserisikoen er mye større enn hvis de hadde blitt plassert i omgivelser som gir dem en langt bedre livskvalitet, når kommunen har bygget det ut.

Tilbudet i kommunen henger jo også sammen med kommuneøkonomien. Og når vi reiser rundt i kommunene, ser vi at de sliter med å ansette personell, med drift og ikke minst med vedlikehold av bygningene.

Arbeiderpartiet ser fram til primærhelsemeldingen, når den kommer, og at regjeringen der klarer å løfte fram mange av disse problemstillingene, og ikke minst at en klarer å gjøre forholdet mellom sykehus og kommuner mer likeverdig i forhandlingene, for det er kommunen som har hovedansvaret for alle innbyggerne og rammebetingelsene for dem.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [10:37:01]: Det er et viktig tema som representanten Toppe reiser i Stortinget i dag. Som debatten viser, er det ikke bare enkelthendelser som vekker uro på dette feltet. Det foreligger en rekke rapporter og tilsyn som bekrefter at det er krevende utfordringer, kanskje særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Jeg vil også rose representanten Toppe for å reise debatten, men jeg må samtidig si at jeg har vært og er veldig skuffet over at den rød-grønne regjeringen ikke gjorde mer for å styrke omsorgen og helsetjenesten for eldre og pleietrengende da de satt i regjering. Slik sett blir dette en egenmelding fra Senterpartiet på et område man lyktes dårlig med i regjering.

Samhandlingsreformen er en riktig og viktig reform, men vi kan ikke forvente at den står støtt dersom vi ikke ruster kommunene til bedre å møte dagens og morgendagens utfordringer. Derfor er det viktig at vi anerkjenner, i mye større grad, kompleksiteten og bredden i de oppgavene som kommunene skal ivareta.

Norsk Sykepleierforbund presenterte i 2013 en rapport fra NOVA, hvor man hadde undersøkt hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehus. Den rapporten var nedstemmende, og den bekreftet det alle partier, bortsett fra de rød-grønne, forsøkte å advare mot da Samhandlingsreformen ble innført. 91 pst. av sykepleierne bekreftet at oppgavene hadde blitt svært komplekse. 65 pst. av sykepleierne pekte på at andelen ufaglærte var høy. Vi har i dag 35 000 uten helsefaglig utdanning i omsorgssektoren, og bare én av fire sykepleiere mente reformen hadde medført mer helhetlig pasientbehandling og bedre koordinering.

Fra dag én i regjering har Høyre og Fremskrittspartiet startet arbeidet med å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene for å sikre en bedre samordning av det totale helsetilbudet og for å bygge ut den viktige omsorgen for eldre og pleietrengende. Økt kapasitet og et større mangfold av tilbud til dem som trenger pleie og omsorg, er viktig, og vår regjering ser ut til å lykkes med det nødvendige taktskiftet i utbyggingen, etter en skral vekst i den rød-grønne perioden.

Kompetanse og større flerfaglighet i tjenesten er en vel-

dig viktig del av vår satsing og med tanke på hvordan vi skal løse utfordringene i kommunene. Derfor var også det noe av det første vår regjering gjorde noe med, og som vi regner med å se at det blir tatt enda viktigere grep for i den kommende primærhelsemeldingen.

Reinnleggelser i sykehus kan være et uttrykk for at pasienter skrives ut før de er ferdigbehandlet i sykehus, men reinnleggelser i sykehus kan også være del av et sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Eldre pleietrengende lever med mange diagnoser, og helsesituasjonen kan endre seg raskt. Det eksisterer på en måte en slags ubalanse mellom sykehus og kommuner mange steder – i noen tilfeller når det gjelder definisjonsmakten på «utskrivningsklar, men ikke ferdigbehandlet», og også når det gjelder kompetanse og tetthet på fagkunnskap. Det er denne regjeringen i ferd med å utjevne, og det gjøres ved å stimulere kommuner til å styrke sin kompetanse og bygge flere flerfaglige team på sykehjem og i hjemmesykepleien. Jeg er spesielt glad for at helseministeren nevnte hjemmesykepleien, for vi har lett for å snakke mye om situasjonen på norske sykehjem, men vi må ikke glemme at svært mange får veldig mye avansert helsehjelp i eget hjem.

Når Arbeiderpartiet og Senterpartiet i debatten i dag etterlyser kompetanse i kommunene, er det viktig å minne om at det var den rød-grønne regjeringen som innførte Samhandlingsreformen, men som samtidig gjorde den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven profesjonssnøytral. Det er jeg glad for at vår regjering har varslet at den vil gjøre noe med. Vi trenger jo ikke færre profesjoner eller mindre flerfaglighet i de kommunale teamene; vi trenger flere og mer. Da kan vi ikke være likegyldige til hvilke profesjoner kommunene plikter å ha på plass i sine tjenester.

For Høyre og for regjeringen er dette det utfordringsbildet vi skal løse. Derfor tar vi nå et større ansvar for eldreomsorgen i kommunene. Vi øker bevilgningene til å bygge ut kapasiteten, vi styrker tilbudene innenfor demensomsorgen, og vi stimulerer flere til et kompetanseløft.

Der den rød-grønne regjeringen – i hvert fall når det gjelder kommunale tjenester – så ut til å hvile litt på vakt, tror jeg jeg kan si at vår regjering har hatt travle dagvakter fra dag én.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [10:42:11]: Representanten Kjersti Toppe tar opp en problemstilling som vi har hørt en del om siden Samhandlingsreformen ble innført. Det er ikke det at problemstillingen er helt ny, men jeg tror vi må ta inn over oss at omfanget har økt. Dette var også en av flere advarsler som kom. Fremskrittspartiet støttet intensjonen i Samhandlingsreformen, men problemstillingen ved det å være kasteball mellom to budsjetter vet vi ganske mye om, og som vi advarte mot. Men fortsatt er det slik at Fremskrittspartiet er det eneste partiet som ønsker statlig finansiering av eldreomsorgen, nettopp for å unngå budsjettkampen mellom stat og kommune.

Når vi nå engang har denne ordningen, er det viktig å bevisstgjøre nivåene på hvilket ansvar de har. Trygghet for at mennesker som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester eller sykehustjenester blir gitt etter faglige vurder-

ringer – og ikke økonomiske – er ufravikelig. Det må det aldri bli noen diskusjon om.

Samhandlingsreformen handler om å gi behandling, pleie og omsorg på riktig nivå. Jeg mener derfor at det blir veldig spennende å følge de kommunene som blir valgt ut som forsøkskommuner med statlig finansierte omsorgstjenester.

I regjeringsplattformen står det:

«Det er behov for å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene og sikre en bedre samordning av det totale helsetilbudet. De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs og regjeringen vil gjennomføre et kompetanseløft for å styrke kvaliteten i tjenesten.»

Vi må sikre oss at kommunene har størrelse og robusthet nok til å kunne håndtere de oppgavene de er pålagt, og vi arbeider for en solid kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Dette burde i større grad vært på plass før Samhandlingsreformen ble rullet utover hele landet samtidig. Det har betydd at noen kommuner har klart dette godt, noen har slitt noe, mens andre igjen har slitt mye. Mange kommuner har gjort de samme feilene fremfor å lære av de gode eksemplene, slik som pilotkommuner ville ha bidratt med.

At kommunene nå får en bot per døgn hvor utskrivningsklare pasienter venter på en institusjonsplass, har økt trykket og ventetiden for dem som trenger avlastningsplass, korttidsplass eller langtidsplass, og vi er på etterskudd – veldig på etterskudd.

Det er antagelig flere grunner til at alvorlig syke eldre opplever å bli sendt fram og tilbake mellom sykehus og sykehjem – noen ganger fordi sykehuset kanskje skrev ut for tidlig. Det skal ikke skje. Noen ganger kan det skje fordi sykehjemmet mangler kompetansen som er nødvendig for å overta ansvaret. Dette kunne vært unngått om dialogen mellom sykehjem og sykehus var bedre, og hvis kommunene hadde vært mer ærlig på hvilken kompetanse de har eller ikke har. Her hviler det et stort ansvar på kommunene med å være ærlig på hva de kan klare og ikke kan klare. Mangler de kompetanse, må denne bygges opp for bedre å kunne oppfylle sin plikt. Økt andel faglærte i tjenestene vil bidra til økt kvalitet og til å redusere forekomsten av alvorlige hendelser.

Noen ganger oppstår komplikasjoner eller andre sykdomsbilder kort tid etter utskrivning, som sykehuset ikke kunne forutsi. Det må vi være åpne for at skjer og fortsatt vil skje.

Helse- og omsorgskomiteen har nylig vært på reise i Nord-Trøndelag. Her var dette et av temaene som ble diskutert. De var veldig klare på at det å bli kjørt fram og tilbake ikke alltid var negativt. Deres påstand var at noen har så sammensatte lidelser og plager at de trengte mye sykehusbehandling, samtidig som de mente at det ikke var bedre for pasienten å bo permanent på sykehuset. Pasienten hadde det tross alt bedre i kommunen, var deres påstand.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som er en nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgs-

tjeneste, skal fastsettes ut fra en individuell vurdering av den enkeltes behov. Til det kreves tilstrekkelig kompetanse og personell og godt koordinerte tjenester.

For å lykkes i vårt mål om en bedre samordning av det totale helsetilbudet er det avgjørende at kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider tett, og jeg forventer at dette følges opp. Selve grunntanken og det viktigste skrittet mot bedre og tryggere tjenester er at tjenestene skal bygges rundt pasientene og brukerne. Brukermedvirkning er ikke bare en lovfestet rettighet; det er også grunnleggende for å kunne yte de faglig beste tjenestene. Pårørende har også, sammen med pasienten, en medvirkningsrett dersom han eller hun ikke selv er i stand til å ivareta sine interesser. Å ta bruker- og pårørendeperspektivet på alvor betyr å lytte og bruke deres erfaringer til å forbedre tjenestene.

Olaug V. Bollestad (KrF) [10:47:23]: Samhandlingsreformen skulle være til beste for pasienten, og vi skulle sikre rett bruk av helsevesenets ressurser. Det er helt på sin plass til enhver tid å spørre om vi har nådd dette målet eller om det er noe som må justeres. Kortere liggetid i sykehus, ikke nok sykehjemsplasser eller behandlingsplasser i kommunene og mangel på kompetanse i kommunene sier bare én ting – det blir svingdørspasienter ut av det. Historien i Bergens Tidende er dessverre ikke enestående. Vi som sitter i dette hus, i denne sal, står overfor en problemstilling, og vi har den midt i fanget. Jeg hadde den også i fanget i mine år som ordfører.

Som Kristelig Folkeparti-representant er jeg veldig opptatt av å øke kapasiteten i kommunene når det gjelder antall plasser, men ikke minst også når det gjelder kompetanse. Utskrivningsklar er ikke det samme som ferdigbehandlet. Sykehuset kan altså bestemme hva pasienten skal ha av behandling i kommunen når han ikke er ferdigbehandlet. Definisjonsmakten – retten til det – ligger hos sykehuset når man er utskrivningsklar. Mitt spørsmål er: Hvor er da fastlegene, som kjenner pasienten og situasjonen rundt? Hvor er sykehjemslegene som også kjenner pasienten, kanskje bedre enn den legen som har behandlet pasienten for akkurat den lidelsen han lå inne på sykehus for?

Samhandlingsreformen har en utfordring med å få til likeverdsprinsippet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Den jobben som gjøres i kommunen, er like viktig som den som gjøres i sykehus, og det likeverdsprinsippet mangler i dag. Derfor må vi prøve å bygge opp dette på en måte som gjør at vi i framtiden skal få mindre av det kasteballprinsippet som vi ser en del av i dag. Dialogen mellom sykehus og kommuner, og ikke minst mellom fagfolk på sykehus og fagfolk i kommuner, må bli bedre. Når vi vet at legebemanningen i sykehjem er én lege per 130 pasienter, og hver av de pasientene som er i sykehjem, i gjennomsnitt har sju lidelser, kan vi tenke oss selv at det er vanskelig å få oversikt når noen kommer rett ut fra sykehus og inn i en institusjon, og det er én lege som har 129 andre pasienter med komplekse lidelser. Mens i sykehus har man én lege per 1,3 pasient, og det er ofte de pasientene man er spesialisert til å ta seg av. Når da pasientene nå i tillegg er dårligere når de blir utskrevet enn det som var vanlig før, og

en lege i sykehjem har ansvar for 130 pasienter med gjennomsnittlig sju lidelser hver, er det ikke rart at vi får den utfordringen som vi faktisk ser omtalt i Bergens Tidende. Jeg utfordrer ministeren til å se på kompetansen som er i norske sykehjem, for det er ikke tvil om at mye kan gjøres i norske sykehjem, og jeg tror at veldig mange kommuner er i stand til å gi god behandling, men da må man ha rette folk med god kompetanse, og man må kunne ha mulighet til en oversikt. Det har man ikke når man har 130 pasienter man har ansvar for. Det er der vi må sette inn støtet først, tror jeg, for å rette opp skuta, som gjelder Samhandlingsreformen, som jeg tror alle er enige om er viktig for å bruke ressursene riktig. Men da må vi også fordele ressursene riktig.

Ketil Kjenseth (V) [10:52:27]: Aller først takk til representanten Kjersti Toppe for å reise en viktig debatt om verdighet i livets siste fase. Det er jo den enkelte vi bryr oss om aller mest, og så er det de store rammene for det som vi diskuterer her i Stortinget.

Samhandlingsreformen var riktig tenkt, men også jeg vil hevde at det var på feil tidspunkt. Vi hadde – og har – feil kommunestruktur. Kompetansen i kommunene var ikke rustet for den jobben de fikk, og heller ikke kapasiteten. Så tror jeg det er sånn at resultatene vi ser i dag, også var ønsket – særlig fra Arbeiderpartiet, vil jeg hevde – for når vi hører Kjersti Toppes innlegg her i dag, tyder det jo på at de rød-grønne ikke egentlig var helt enige om alle deler av Samhandlingsreformen. Men jeg tror at Arbeiderpartiet ønsket det virkemiddelet for å strukturere kommunene på en annen måte og forhåpentlig også for å strukturere kapasiteten mellom sykehusene og kommunene. Det er jo noe av intensjonen i Samhandlingsreformen, og all ære til Arbeiderpartiet for det.

Så handler dette også om politiske prioriteringer i egen kommune. Vi skal først og fremst sette kommunene i stand til å gjøre jobben. Jeg vil igjen trekke fram min egen kommune, Gjøvik, som har et rød-grønt styre, og som i 2012 hadde 560 liggedøgn i sykehus. Det sier noe om at de ikke var rustet for å ta imot de pasientene som var ferdigbehandlet i sykehus. Så kan en se det på den måten at en erkjente at kvaliteten var bedre i sykehus, at en faktisk ville betale for at pasientene skulle ligge der. Den debatten har riktignok ikke vært noen stor politisk debatt i Gjøvik, for det som parallelt skjedde, og i forkant av dette, var jo at de rød-grønne systematisk vedtok å bygge ned antallet sykehjemsplasser og dermed sin egen kapasitet. I dag er gjennomsnittlig liggetid i sykehjem i Gjøvik seks måneder. I praksis er det et sted man dør. Det setter store krav til kompetanse når man har så syke pasienter i sykehjem. Heldigvis har Gjøvik kommune en veldig god hjemmesykepleie og kan drive god pleie og omsorg i hjemmet lenge. Det er jo i den retningen vi ønsker at en skal gå, og som mange pasienter og pårørende også ønsker seg: at en skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Underveis har Fylkesmannen hatt noen pålegg til Gjøvik kommune om å endre vedtakspraksis, fra å tildele plass når en hadde ledig plass, til å fatte vedtak når det er behov. Det har Gjøvik kommune skjerpert inn og lukket såkalte på-

legg, men det er selvfølgelig, med en så knapp kapasitet, en krevende situasjon en står i.

Så har det vært snakk om utskrivningspraksis her. Ja, det er selvfølgelig en viktig del av det når det koster 4 000 kr å la pasienter ligge i sykehus. Men jeg vil også rette søkelyset mot innskrivningspraksis, for det sier noe om hvilken kapasitet en kanskje ikke har i sykehjem og i hjemmetjeneste når en lege kanskje ikke er der, eller at sykehjemmet ikke har pleiefaglig kompetanse til å vurdere når en pasient skal innlegges i sykehus, eller ikke har kapasitet og kompetanse til å behandle i sykehjem. Her står det igjen mye jobb for å ruste kommunene. Jeg mener det er helt riktig at kommunene skal rustes for å gjøre den jobben, men det er en vei å gå. Betalingsplikten er selvfølgelig en viktig del av den diskusjonen, men enn så lenge er det et virkemiddel som er med på å reise debatten om dette, for å strukturere annerledes.

Til slutt vil jeg også peke på forholdet mellom sykehusforetak og kommuner. Da skal jeg igjen snakke litt til Gjøvik kommunes fordel, for Gjøvik kommune, med 30 000 innbyggere, har bare én kommunejurist. Når et sykehus med en stor administrasjon og mange jurister i ryggen kommer og skal forhandle avtaler, er det også der et stort misforhold i kompetanse mellom sykehus (presidenten klubber) og mellom kommunene.

Presidenten: Det smerter presidenten å avbryte når man er inne på å snakke om Gjøvik, men taletiden gjelder vel uansett.

Tove Karoline Knutsen (A) [10:57:55]: Samhandlingsreformen var en helt riktig reform. I likhet med representanten Ruth Grung har jeg fått mange gode tilbakemeldinger om at kommunene gjennom den medfølgende bevilgninga for å klare oppgavene har klart å bygge opp gode og kompetente tjenester. Det er blitt mer interessant å jobbe i kommunehelsetjenesten og i eldreomsorgen. Og som et apropos til statsråden: Vi gjorde et kompetanseløft. Vi fikk økt årsverkene med 24 000 innen pleie og omsorg, og 80 pst. av disse ansatte har faktisk relevant kompetanse. Det syns jeg er bra, men det er ikke nok.

Flere her har snakket om sine hjemkommuner eller kommuner man vet om som enten har klart seg godt eller mindre bra. Da har jeg lyst til å fortelle om mamma og Torsken kommune med under 1 000 innbyggere. Da mamma i en alder av 96 år ikke lenger kunne bo hjemme, var på sykehus og skulle tilbake, sto det et rom på sykehjemmet ledig for henne. Enhetslederen hjemme sa at det kan vi takke Samhandlingsreformen for, for gjennom Samhandlingsreformen hadde kommunen fått penger til nettopp å ordne et sånt rom for mamma – og for andre som trengte det. Kommunen kunne valgt å bruke de pengene til å la mamma ligge på sykehuset lenger, men det var ikke ei god løsning verken for mamma eller for oss. Det var bra at kommunen hadde brukt de pengene til å bygge et tilbud til mamma. Det er jeg glad for.

Jeg har også, etter hvert som jeg har vært på besøk hos mora mi, sett at sykehjemmet har fått langt flere fagutdannede enn man hadde for noen år siden. Det har å gjøre med

at man har hatt muligheten til desentralisert sykepleierutdanning, og man har kunnet ta helsefagarbeiderutdanning. Det har vært viktig for de litt voksne, særlig kvinnene, i en liten, fraflyttingstruet kommune å kunne bo i den kommunen og samtidig ta en utdanning. Det er ei viktig fortelling, som også er en del av Samhandlingsreformen. Det sier jeg ikke for å skjønne situasjonen. Vi har kjempestore oppgaver i særlig eldreomsorgen. Jeg har latt meg glede over det som er bra, men også blitt veldig frustrert over det som ikke er bra.

Vi kan spille pingpong her fra denne talerstolen om hvem som har skyld i hva – jeg tror bare at dette er et felles løft som vi må ta. Jeg tror Stein Husebø, en kjent overlege som var på en konferanse nylig her i Stortinget, sa at vi må snu hele tankegangen rundt eldreomsorgen hvis vi skal få til det vi ønsker, og så må vi handle deretter.

Statsråden snakket om at Samhandlingsreformen var tvunget gjennom mot opposisjonens vilje. Det skal jeg minne ham på når vi over påske skal snakke om fritt behandlingsvalg. Der er det ikke bare mot opposisjonens vilje, det er mot hele Helse-Norges vilje, mot mange pasienters vilje, mot flere pasientombuds vilje, så det blir hyggelig å minne statsråden om det han sa i dag, når vi skal diskutere den reformen.

Kjersti Toppe (Sp) [11:02:10]: Eg vil takka dei som har hatt ordet. For meg er dette ein veldig viktig debatt. Eg registrerer at mange når dei debatterer, ser seg bakover i tid og skal fordela skuld og ære, men dette er ein interpellasjon som er reist på bakgrunn av situasjonen her og no, tala frå forskjellige tilsyn, bl.a. pasient- og brukaromboda, pluss det som vi les om sjølv sagt, som media fortel oss.

Det er ein del ting som er vorte sagt, som eg kort vil kommentera. At det er uverdig òg at pasientar vert liggjande på sjukehus, er eg heilt einig i – det var derfor vi innførte Samhandlingsreforma. Men poenget er at no har dette snudd tvert om, og problemet er ein hardare utskrivingspraksis. Det la vi ikkje til grunn då vi innførte Samhandlingsreforma.

At reinnleggingar skal og må skje, synest eg òg er ei avsporing av debatten. Sjølv sagt skal og må mange verta lagde inn og ut på sjukehus, men når det på tre år har vorte 7 000 fleire reinnleggingar, meiner eg at det er klart at det er ei uheldig utvikling, og at mange vert såkalla svingdørpasientar. Det er akkurat den bekymringa eg tar opp i dag.

Når det gjeld kompetanse, har mange vore inne på det, og der viser tala at det har faktisk vore ein auke i helsefagleg og medisinskfagleg kompetanse i kommunane etter innføringa. Men det har ikkje halde tritt med behovet, fordi utskrivingspraksisen har vorte hardare og liggjetida har gått ned på sjukehusa.

Når det gjeld talet på korttids plassar, har det auka, sa Høie i innlegget sitt. Det er sant, men talet på langtids plassar har ikkje auka tilsvarande. Mi bekymring er at i store kommunar, slik som i Bergen, opprettar dei det eg kallar transittmottak av sjuke, dei opprettar avdelingar berre for å unngå betalinga, dei får ikkje lov til å vera der i meir enn to–tre dagar, og så skal dei vidare til ein annan kort-

tids plass. Det er ganske uverdig for sjuke eldre å oppleva å verta på ein måte ein pakke i eit system for at ein skal unngå å få rekninga. Då er det betre at dei er eit par dagar ekstra på sjukehus – det er poenget mitt.

Kommunestruktur – ja, men til representanten Kjenseth: Interpellasjonen var reist ut frå ein episode i Bergen kommune, som er ein storby.

Eg har ikkje fått svar på mi bekymring – det får eg berre avslutta med.

Statsråd Bent Høie [11:05:28]: Jeg må bare rette opp en åpenbar misforståelse for representanten Tove Karoline Knutsen: Samhandlingsreformen ble ikke presset gjennom mot opposisjonens vilje, men det var liten vilje fra regjeringen den gangen til å samhandle med opposisjonen for å gjøre reformen bedre. Et av hovedkravene som Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre hadde for å samhandle med regjeringen om Samhandlingsreformen, var å få en forpliktende opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Hadde vi fått gjennomslag for det, hadde kanskje situasjonen sett noe annerledes ut i dag. Nå er vi i gang med å forberede en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet.

Hva har vi gjort? Jo, vi har reversert den kommunale medfinansieringen, som var det største økonomiske virkemiddelet i Samhandlingsreformen. Det ble gjort fra 1. januar i år. Det baserte seg på at når det gjaldt spesielt eldre mennesker, skulle kommunene ha en betalingsplikt når de ble lagt inn på sykehus. Det er ingen ting som tyder på at eldre mennesker kommer for raskt på sykehus.

Vi har satset mer på kompetanse – mer penger, men også mer målrettet på høyere kompetanse. Vi har bedret arbeidet med å øke kapasiteten i kommunene med å øke tilskuddet som kommunene får i forbindelse med investeringer, til 50 pst. – staten tar halve regningen når kommunene utvider kapasiteten. Vi jobber med å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for pleie- og omsorgstjenestene. Vi jobber nå systematisk for å få sykehusene til i større grad å bruke de virkemidlene som ligger i Samhandlingsreformen, til faktisk å samhandle med kommunene, snakke sammen. Vi har, igjen, øremerket penger til personer som er rusavhengige i kommunene, som åpenbart ble taperne gjennom at en hadde så sterke virkemidler økonomisk på de andre pasientene. Vi har også lagt inn penger for å bygge opp tilbudet innenfor psykisk helse.

Men vi skal gjøre mer. Vi kommer snart med en primærhelsemelding, som nettopp har som hensikt å svare på de utfordringene, som jeg opplever at det er tverrpolitisk enighet om at er i den kommunale primærhelsetjenesten. Det handler om mer kompetente tjenester, bedre ledertjenester og mer teamorganisering. Vi jobber også med å få lovfestet retten til heldøgns pleie og omsorg, og ikke minst skal vi sette i gang et forsøk med statlig finansiering av pleie- og omsorgssektoren. Vi jobber også med en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet.

Så jeg tror at representanten Toppe har fått svar på sitt spørsmål gjennom de konkrete endringene som regjeringen allerede har igangsatt for å møte disse utfordringene. Men ikke minst vil en få ytterligere svar når en

får stortingsmeldingen om primærhelsetjeneste til behandling.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 1 avsluttet.

Sak nr. 2 [11:08:34]

Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Andelen barn med overvekt er på ca. 15 pst. i Norge. Antall fedmeoperasjoner for voksne har økt betydelig i Norge de siste årene, fra 24 inngrep i 2003 til 1 890 i 2012. Familiebasert atferdsbehandling har vist seg å være et lovende behandlingstilbud for barn og unge med alvorlig overvekt. Spesialpoliklinikker som tilbyr denne behandlingen, mangler i dag ressurser til å gi tilstrekkelig opplæring av helsesøstre og andre helsearbeidere i primærhelsetjenesten. Dette går ut over kvaliteten, helheten og effekten på behandlingen. Ressursmangel hindrer spesialisthelsetjenesten i å gi kompetanseheving til kommunene for tidlig intervensjon og forebygging av sykkelig overvekt, spesielt blant barn og unge.

Vil statsråden sørge for en finansiering som sikrer alvorlig overvektige barn og unge et godt og helhetlig behandlingstilbud, og styrke det forebyggende arbeidet?»

Ruth Grung (A) [11:09:48]: I Norge er mellom 15 og 20 pst. av barn og unge overvektige. Overvekt og fedme er et globalt helseproblem. Fedme øker risikoen for å utvikle type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer. Dette er også de sykdommer som preger sykdomsbildet i Norge i 2015. I tillegg til økt risiko for helseplager og tidlig død opplever alvorlig overvektige barn at de ofte blir hemmet fra å ta del i lek sammen med andre barn, og når de vokser opp og blir mer opptatt av utseendet, kan også overvekt medføre ytterligere personlige og psykiske belastninger.

Selv om det er dokumentert at tidlig innsats gir god effekt for barn med fedme, er det altfor tilfeldig hvilket tilbud overvektige barn får i dag, og det er viktig å hjelpe før de får følgesykdommer.

Ifølge Nasjonal veileder er det fastlegen og helsestasjonene som har hovedansvar for å initiere tiltak for å redusere vekt ved alvorlig fedme og ved fare for følgesykdommer, og for at barn eller ungdommer henvises til spesialisthelsetjenesten parallelt med pågående lokale tiltak.

De regionale foretakene har utviklet ulike behandlingstilbud, og resultatene viser at de har best effekt ved familiebasert atferdsbehandling av barn under ti år. Spesialisthelsetjenesten opplever at mange av dem som blir henvist, ikke har fått etablert en fast oppfølging i kommunen, og at mange barn har gått lenge uten å få tilbud. Forskning viser at det er langt vanskeligere å snu utviklingen for overvektig ungdom enn det er for barn.

Barnevektstudien er den eneste nasjonale undersøkelsen som følger utviklingen av overvekt og fedme i samme aldersgruppe over tid. Hovedfunnene er at andelen er stabil, men det er store sosioøkonomiske og geografiske skillelinjer også blant barn. Det viser seg at i Helse Sør-Øst

er andelen signifikant lavere, mens den høyeste andelen er i Helse Nord. Det viser seg også at andelen barn med overvekt er en og en halv til to ganger høyere for tredjeklassinger som bor i småkommuner, enn for dem som bor i store kommuner. Andelen er 30 pst. høyere for barn av mødre med lite utdanning enn med høyere utdanning, og 50 pst. høyere for barn av skilte foreldre. Det er ikke overraskende at det er slike sosioøkonomiske forskjeller, men jeg må jo si at jeg synes at forskjellene er særdeles signifikante.

Forskjellene gjelder også kjønn. Det er faktisk flere gutter enn jenter som rapporterer overvekt når de er 15 år. Kosthold og aktivitet virker inn på overvekt, og undersøkelsen viser at aktivitetsnivået er redusert for alle aldersgrupper. Det er redusert med omtrent 2 pst. for alle 11-, 13- og 15-åringene fra 2006 til 2010. Norge er også plassert i den dårligste tredjedelen blant OECD-landene når det gjelder fysisk aktivitet blant 11- og 15-åringene.

Familiebasert atferdsbehandling har vist seg å være et lovende behandlingstilbud for barn og unge med alvorlig overvekt. Spesialpoliklinikkene som tilbyr denne behandlingen, mangler i dag ressurser til å gi tilstrekkelig opplæring av helsesøstre og andre helsearbeidere i primærhelsetjenesten, for de er avhengige av dette samarbeidet, og behandlingen går vanligvis over flere år. Dette går ut over kvaliteten, helheten og effekten på behandlingen. Ressursmangel hindrer spesialisthelsetjenesten i å gi kompetanseheving til kommunene for tidlig intervensjon og forebygging av sykkelig overvekt, spesielt blant barn og unge.

Erfaringer viser at det er få personer med fedme som har fått tilbud om hjelp til vektreduksjon fra helsetjenesten. Det er et stort behov for å styrke kompetansen på rådgivning som er målrettet, effektiv og kunnskapsbasert. Helse- og omsorgsdepartementet har liten oversikt over det kommunale helsetilbudet på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet har heller ingen tilskuddsmidler rettet mot overvekt og fedme. Kirurgisk behandling må ses på som siste utvei. Gjennomgått kirurgi krever livslang medisinsk oppfølging.

Til tross for at intensiv livsstilsveiledning er ressurskrevende, er det dokumentert å være kostnadseffektivt. En rapport fra Kunnskapssenteret viser at kombinerte livsstilstiltak som inkluderer kostholdsendring, fysisk aktivitet og atferdsterapi, kan gi vektreduksjon. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet spørsmålet om kirurgisk behandling av fedme på sitt møte 10. februar 2014. Rådet anbefalte bl.a. at gode tilbud med ikke-kirurgiske metoder bør få økt prioritet. Rådet skal på sitt møte nå i mai behandle strukturelle tiltak og hvordan styrke ikke-operative behandlingsmetoder, særlig hos barn, unge og familier.

Parallelt med dette ser vi at antall fedmeoperasjoner for voksne har økt betydelig i Norge de siste årene, fra 24 inngrep i 2003 til 1 890 i 2012. Dette tror jeg er de tallene som gjelder for offentlige sykehustilbud. I tillegg kommer en del private. Det kan henge sammen med at vi har fått økt kvalitet på inngrepet, som gir mindre risiko og færre bivirkninger. Men for alle dem det gjelder, er det uansett et alvorlig inngrep som gjør at man må ha medisinsk oppfølging resten av livet.

Mens operative inngrep har en høy andel innsatsstyrt

finansiering, må de poliklinikkene som foretakene har etablert, konkurrere om midlene fra den generelle rammen, hvor vi vet at også rus og psykisk helse er prioritert. Det er jeg selvfølgelig tilhenger av, men det er ganske lite rom for å løfte det opp når vi ser det opp mot behovet.

Vi vet hva som virker for å unngå at barn og unge blir sykelig overvektige, og utfordrer derfor helseministeren til å ta grep og gjøre det som forskningen viser hjelper, nemlig tidlig intervensjon og forebygging. Så spørsmålet til statsråden er: Vil han sørge for en finansiering som sikrer alvorlig overvektige barn og unge et godt og helhetlig behandlingstilbud og styrke det forebyggende arbeidet?

Statsråd Bent Høie [11:16:59]: Representanten Ruth Grung mener at ressursmangel fører til at poliklinikker i spesialisthelsetjenesten som tilbyr familiebasert atferdsbehandling, ikke kan gi tilstrekkelig opplæring til helsesøstre og andre helsearbeidere i primærhelsetjenesten.

Jeg deler representantens bekymring når det gjelder overvekt hos barn. Det er viktig å styrke innsatsen på det forebyggende arbeidet, samtidig som vi gir god hjelp til dem som er rammet av overvekt og sykelig fedme. Behandling av overvekt og sykelig fedme vil ha et langsiktig perspektiv og vil i det alt vesentlige være forankret i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Behandlingen må involvere flere faggrupper og rette seg mot hele familien.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra med utredning og behandling av alvorlig overvekt med følgesykdommer. Utredningen må skje i tverrfaglige team og involvere både barn og familien. Den type tilbud er etablert flere steder i landet, f.eks. i Helse Bergen, som representanten viser til. En sånn oppfølging foregår over lang tid som et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder ressurstilgang og finansiering, vil jeg påpeke at Høyre–Fremskrittsparti-regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i sykehusbudsjettene enn det de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte år i regjering. Sykehusenes inntekter kommer til dels som en ramme og dels som aktivitetsavhengige inntekter. Mye av aktiviteten ved sykehusene, også den som er knyttet til samarbeid med helsetjenesten i kommunene, må finansieres gjennom den faste rammen. Sånn er det i dag, og sånn vil det også være i fremtiden, selv om det kan komme endringer i finansieringssystemet.

Faglig rådgivning er en lovbestemt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, eller som mottar tilskudd til virksomheten fra regionale helseforetak, skal bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at tjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Det er helseregionene som har ansvar for at dette skjer. I oppdragsdokumentet for 2015 har vi bedt dem utvikle nettopp en strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene i regionen.

Som representanten viser til, har vi gode erfaringer med familiebasert atferdsbehandling. Likevel vet vi at det kan

være vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig. Det viktigste er derfor å forebygge at barn og unge kommer i en sånn situasjon. Jeg er glad for at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i 2015 vil belyse hvordan overvekt kan forebygges, bl.a. med strukturelle tiltak. Rådet skal også se på hvordan vi kan styrke ikke-operative behandlingsmetoder særlig for barn og unge og deres familier.

I regjeringsplattformen slår vi fast at regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet, stimulere til et sunnere kosthold og legge til rette for økt fysisk aktivitet. En lettere tilgjengelig tjeneste er en forutsetning også for å komme tidlig inn med tiltak overfor barn og unge som sliter med overvekt og fedme.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og frisklivstilbud i samarbeid med barnehage, skole og nærmiljøer er viktige arenaer for dette arbeidet. I 2014 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket gjennom en økning av de frie inntektene med 180 mill. kr. Regjeringen videreførte denne satsingen i årets budsjett, men har også styrket tjenesten ytterligere med 270 mill. kr – til sammen 455 mill. kr. Styrkingen vil kunne bidra til flere årsverk, og gjennom det en mer tilgjengelig tjeneste.

Helsedirektoratet reviderer nå retningslinjer for måltider i skolen, inkludert skolefritidsordningen. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet, som ligger ved Høgskolen i Bergen, driver formidling, rådgivning og veiledning til barnehager, skoler og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen plikter å bidra i kommunens folkehelsearbeid, der ernæring og ernæringskompetanse er viktig. Regjeringen vil følge opp stortingsmeldingen Utdanning for velferd, der det legges vekt på at helse- og omsorgspersonell bør ha ernæringskompetanse.

Med hensyn til å fremme et sunt kosthold blant barn og unge vil jeg også nevne markedsføring rettet mot barn. Matvarebransjens system for selvregulering har vært i drift i over et år og skal etter planen evalueres i 2016.

Befolkningen er for lite og for sjelden i fysisk aktivitet. Utviklingen går dessverre ikke i riktig retning, heller ikke for barn og unge. Skolen omfatter alle barn og unge og kan derfor gi alle elever muligheter for fysisk aktivitet og dermed grunnlag for helse og læring. Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer elevene daglig fysisk aktivitet.

Det er også et mål å gjøre det lettere å velge en aktiv livsstil i dagligliv og fritid. Bo- og nærmiljøer må i større grad utformes slik at de innbyr til lek og fysisk utfoldelse, og det må være mulig å gå eller sykle til jobb, skole og fritidsaktiviteter.

Grunnlaget for god helse hele livet bygges i barneårene. Det er derfor utrolig viktig at vi fanger opp barn med overvekt og fedme så tidlig som mulig. Å fremme gode levevaner og forebygge overvekt er også et tema i folkehelsemeldingen som kommer snart, og tjenestetilbudet til barn og unge tas opp i meldingen om primærhelsetjenesten. Begge meldingene skal legges fram for Stortinget i vår. De er viktige både hver for seg og samlet for å gi et

bedre tilbud til barn og unge med overvekt og fedme og ikke minst for å forebygge at en kommer i den situasjonen.

Det er viktig at sykehusene hele tiden vurderer om de kan løse sine oppgaver på en bedre eller smartere måte. Mer og bedre samarbeid med helsetjenesten i kommunene er en opplagt del av dette. Helsetjenesten er i kontinuerlig utvikling, og derfor må helsemyndighetene jevnlig gå gjennom finansieringssystemet. Jeg opplever at her er det en utfordring, og derfor har jeg også gitt Helsedirektoratet et oppdrag om å gå gjennom finansieringsordningene for bl.a. å vurdere mulige utviklingsbehov knyttet til å få til bedre samarbeidsløsninger mellom sykehusene og kommunene.

Ruth Grung (A) [11:24:11]: Jeg likte best det siste som statsråden sa, om at han har gitt et oppdrag til Helsedirektoratet. For det er – og det vet alle vi som jobber innenfor helse – vanskelig å løfte opp felt som ikke er så synlige, som det feltet som jeg tar opp i denne interpellasjonen. Og da trenger de tydelige signaler og styring fra oss politikere og ikke minst fra en minister, som kan finne fram til tiltak som gjør at dette blir oppprioritert, når det er en så stor andel av ungdommene våre som sliter med det, og når ny forskning viser at ting har så positiv effekt. Men det er utrolig stor forskjell på resultatet hvis en fanger dem opp før de er ti år, enn når de er i ungdomsalder. Jeg har hatt kontakt med miljøene spesielt i Bergen, og der er det lettere å endre gutter i ungdomsskolealder enn jenter. Så det er helt avgjørende at vi klarer å sette inn tiltakene langt tidligere.

Ellers synes jeg du egentlig bare gjentok mye av det som jeg har sagt i interpellasjonen, så jeg har ikke så mange kommentarer til den delen. Men det er et utrolig stort kompetansebehov, og ikke minst forventer vi når primærhelsemeldingen og folkehelsemeldingen legges fram, at det gis tydelige signaler om fastlegenes rolle opp mot det forebyggende arbeidet, for de er jo navet knyttet opp mot denne delen.

Så avla du en liten visitt til statsbudsjettet, og da vil jeg bare minne om at Arbeiderpartiet holdt løftene sine fra valgkampen og fortsatte økningen, så vi har i alle fall lagt fram en ramme som er større enn det. Men jeg tror ikke det er der hovedutfordringen er. Hovedutfordringen er å løfte opp den kunnskapen vi har, knyttet opp mot tidlig intervensjon inn mot barn og unge, og at det får gode rammebetingelser, og ikke minst at det skal være et samspill mellom fastlege og helsesøster og det tilbudet som de får av spesialisthelsetjenesten ved poliklinikkene.

Så vil jeg ta opp en ny problemstilling, som du gjerne kan føye til når du sender over henvisning til Helsedirektoratet: Det viser seg at overvektige barn ikke har de samme rettighetene som andre diagnosegrupper når det gjelder økt antall stønadsdager. Det gjør det veldig vanskelig å drive familiebasert adferdsbehandling, hvor pasient og familie skal møte én time én gang i uken i 17 uker. Det er heller ikke hjemmel til å bruke opplæringspenger knyttet opp mot denne typen behandling. Det er vanskelig å få fri av arbeidsgiver når en er helt avhengig av at det er hele familien som endrer adferd på dette området. Så det vil jeg også ønske at du følger opp videre.

Statsråd Bent Høie [11:27:24]: Jeg enig med representanten i at det er den siste delen av mitt svar som svarer på det konkrete forslaget i interpellasjonen, men interpellasjonen inviterte også til en bredere diskusjon rundt denne problemstillingen.

Det er verdt å understreke at vi finansierer spesialisthelsetjenesten med 50 pst. basisfinansiering. Det skal gi grunnlag for å gjennomføre oppdrag som ikke også er finansiert med takster eller egne ordninger – og det ser vi at skjer. Mange steder har en etablert tilbud, bl.a., som det er vist til, i Helse Bergen, men vi ser også at finansieringsordningene har betydning for tilbudene og for hvordan tilbudene organiseres. Det er også nettopp derfor jeg har gitt dette oppdraget til direktoratet.

Det vil også bli interessant å se på de diskusjonene som skal tas i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, knyttet til anbefalte behandlingstilbud til denne pasientgruppen, for det er flere og flere som tar opp nettopp det som representanten Grung tar opp her, nemlig behovet for å jobbe mer systematisk med familiene over tid på et tidligst mulig tidspunkt.

Så er det verdt å minne om at vi i forbindelse med primærhelsemeldingen også starter opp et eget arbeid med en ungdomshelsestrategi, som også vil kunne berøre dette området.

Jeg skal ta med meg de innspillene som representanten kommer med når det gjelder opplæring og stønadsdager.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [11:29:36]: Takk til interpellanten, som tar opp et så viktig tema som alvorlig overvekt blant barn og unge. Jeg deler bekymringen og mener det er viktig å styrke innsatsen på det forebyggende arbeidet, samtidig som vi må gi god hjelp til dem som allerede er rammet av overvekt og sykkelig fedme.

Det er alvorlig at antall fedmeoperasjoner blant voksne i Norge er økende. Utviklingen forteller oss at vi har et stort behov og ansvar for økt forebygging generelt, med økt fokus på barn og unges oppvekstvilkår og helse spesielt. Jeg vil derfor i mitt innlegg nå snakke om hvordan vi bedre kan bidra med å forebygge fedme og arbeide for bedre helse for barn og unge.

Grunnlaget for god helse hele livet legges i barneårene, og det er derfor svært viktig å fange opp barn med overvekt og fedme så tidlig som mulig. Det var også interpellanten inne på. Det krever en god helsesøster- og skolehelsetjeneste og at kommunene blir flinkere til å forebygge. Kommunene må tenke mer folkehelse i sine daglige tjenestetilbud generelt, men i barnehager og skoler spesielt.

Studien Barns vekst i Norge viser at overvekt og fedme i barneårene kan ha alvorlige konsekvenser for barns helse, og at det er en risikofaktor for sykkelighet i voksen alder. Prosjektleder for Barnevekststudien, Ragnhild Hovengen, sier at i et folkehelseperspektiv må allmenne helsefremmende og holdningsskapende tiltak i barnehage, skole og nærmiljø rettes mot å forebygge overvekt blant barn med mål om å utjevne sosiale helseforskjeller fra tidlig barn-dom.

Hovengen viser også til at helsestasjoner og skolehelse-

tjenesten har unike muligheter til å fange opp barn og familier som er i risiko for å utvikle overvekt og andre helseproblemer, og at disse må gis kompetanse og handlingsrom til å ivareta sine forebyggende oppgaver blant barn og unge i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i samarbeid med barnehage, skole og nærmiljø er derfor våre viktigste arenaer for dette arbeidet. I sitt svar til interpellanten viste helseministeren til at regjeringen allerede har igangsatt et viktig arbeid med å styrke nettopp helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene.

Ernæring og ernæringskompetanse er viktig og noe som helse- og omsorgstjenesten i kommunene plikter å bidra med i sitt folkehelsearbeid. For bedre å forebygge fedme hos barn er det viktig at ernæring og barns fremtidige helse blir ivare tatt allerede under graviditet, med god oppfølging etter fødselen. En studie fra Den norske mor og barn-undersøkelsen viser også at vektøkning i svangerskapet påvirker risikoen for overvekt hos barnet. Den viser også at overvektige kvinner har større risiko for prematur fødsel. Mye kan forebygges under svangerskapet og i det første året som nyfødt, men god oppfølging i barnehage og skole er viktig. Minst like viktig er det å skape gode holdninger i familiene med tanke på gode kostholdsoppløysninger, kombinert med sunne aktiviteter.

Store deler av befolkningen er for lite fysisk aktive. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å tilrettelegge for bedre gang- og sykkelstier. Samtidig må skoler og barnehager, som omfatter alle barn og unge, gis bedre mulighet til å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet. Stadig flere barnehager tar nå heldigvis naturen i bruk. Barna får bruke kroppen sin ute i frisk luft, hoppe, springe og – ikke minst – klatre i trær. Bevegelse i terreng er bra for motorikken og gir barna gode opplevelser som gjør at de blir glade i naturen.

Her har jeg noen gode eksempler hjemmefra som jeg kunne tenkt meg å nevne, men jeg får ikke tid, ser jeg. I Sunnmørsposten, bl.a., sto det om effektiv læring med fysisk aktivitet ved en barneskole. Skolen, som de siste ti årene har hatt fysisk aktivitet som satsingsområde, kan i dag vise til økt konsentrasjon og læringseffektivitet. Skolen viser til bedre skoleresultater, økt trivsel og at det igjen bidrar til å forebygge mobbing. Skolen scårer også godt over gjennomsnittet på de nasjonale prøvene.

Ingerd Schou hadde her overtatt presidentplassen.

Morten Wold (FrP) [11:34:54]: Jeg vil rette honnør til interpellanten, Grung, for å bringe en viktig debatt opp på dagsordenen.

Fedme er en medisinsk tilstand der overflødig fett kan ha negativ effekt på helsa. En barne- og ungdomstid når man er alvorlig overvektig, kan være – bokstavelig talt – en tung belastning for den det gjelder. I 2010 var 22 pst. av landets tredjeklassinger i kategorien med fedme eller overvekt.

Jeg vet litt om hvordan det er å være stor – eller overvektig, om du vil. Det føler jeg på kroppen, og jeg kjenner meg godt igjen i utfordringene som til stadighet er

gjenstand for diskusjon. Min oppfordring er derfor: Gjør som jeg sier, ikke som jeg har gjort! Min vekt la ingen demper på mine barne- og ungdomsaktiviteter. Jeg deltok i alle. Det var først da bevegelse ble byttet ut med yrkesliv, møter og wienerbrød, de for mange kiloene kom sigende – sakte, men sikkert. Og tro meg: Livet her i dette huset kan også bidra til at det ikke er en slim-fit-modell man kikker etter hvis man stikker innom en herreforretning som har spesialisert seg på å selge klær til store gutter.

Barn som helt ned i barneskolealder daglig lever med følelsen av at kroppen ikke fungerer til det hodet ønsker å være med på av aktiviteter som andre barn og unge deltar i, som gym på skolen, løping eller dansing, har en ekstra psykisk belastning å leve med. Det er ikke gøy å delta på ballett om det ikke finnes klær i alderstilpasset størrelse å få tak i. Det er ikke morsomt for et barn til stadighet å bli plukket ut sist til laget på kanonball i gymmen fordi man ikke rører seg raskt nok eller løper fort nok. Det i seg selv oppleves som utilstrekkelighet, og man mister følelsen av å være en del av det sosiale fellesskapet. Vi vet at psykiske lidelser kan gi fedme og overvekt, samtidig som vi vet at fedme og overvekt i seg selv gir økt risiko for depresjon og psykiske lidelser.

Å behandle fedme og overvekt hos barn er ingen enkel sak. Skolen er en viktig arena for forebygging, men dette er i hovedsak et familieanliggende, og vi må nå frem til barna via foreldrene. Hele familier må omstille seg når det gjelder kosthold, men også når det gjelder fysisk aktivitet. Foreldrene må være gode rollemodeller og sette klare grenser for sine barn, og samtidig vise hvilken glede fysisk aktivitet kan gi.

Mestring gjennom morsomme hverdagsaktiviteter kan være tur i skog og mark, spille fotball på løkka og gå tur til fots eller ta sykkelen fatt for å komme seg til skolen. Det er dessverre ikke sjelden vi hører om trafikkaos rundt landets mange barne- og ungdomsskoler som følge av at foreldre henter og kjører sine barn til og fra. Dessverre gjøres dette også fordi foreldrene er bekymret for å sende barna ut i trafikken og i hverdagen generelt.

Skolen er en viktig arena, hvor det er avgjørende å gi alle barn likeverdige muligheter til daglig fysisk aktivitet, bevegelsesglede og positive opplevelser knyttet til fysisk aktivitet. Fremskrittspartiet har lenge ment at å øke graden av fysisk aktivitet i skolen er et godt folkehelseiltak for å stimulere til mer fysisk aktivitet og mestring for barn og unge. At økt fysisk aktivitet i skoletiden styrker konsentrasjonen i klassetimen, og at elevene lærer mer og dermed oppnår bedre resultater i skolen, er godt kjent i en rekke forsknings- og idrettsmiljøer.

Det absolutt beste må være om vi i størst mulig grad kan forebygge. Regjeringen har økt tilskudd til både jordmortjenesten og helsestasjonstjenestene i kommunene. På den måten er jeg glad vi kan bidra til at gravide og nybakte mødre kan få veiledning når kroppen har vært igjennom en stor påkjenning, og også bidra til økt fokus på kosthold og helse til denne gruppen – og hvor viktig kosthold og helse er for at deres barn skal få en sunn og god oppvekst.

Skolehelsetjenesten vil med økte ressurser kunne bidra

til at skoleelever kan få råd og veiledning om både kosthold og fysisk aktivitet, enten ved helsesøster på skolen eller ved hjelp av PPT i kommunen.

Jeg retter også en takk til statsråden, som ga en god redegjørelse. Jeg er selvsagt både glad for og stolt over at Høyre–Fremskrittsparti-regjeringen har tilrettelagt for betydelig vekst i sine sykehusbudsjetter, noe som kan bidra til økt oppmerksomhet om den viktige utfordringen interpellanten har reist.

Kjersti Toppe (Sp) [11:39:52]: Takk til interpellanten, som egentleg inviterer til fleire debattar, både ein debatt om korleis finansieringa av behandlinga kan påverka behandlingsvalet, og ein debatt om korleis ein generelt skal førebyggja fedme på best mogleg måte.

Fedme er eit aukande helseproblem, og stadig fleire i Noreg vert fedmeopererte. Det er eit inngrep som for få år sidan vart gjort berre hos nokre få, men no har det vorte ein ganske vanleg operasjon. Eg la merke til at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstenesta har tatt tak i denne saka, men det er grunn til å drøfta om dette er ei ønskt utvikling, eller om det må setjast i verk tiltak for at færre skal verta opererte. Effekten av fedme-kirurgi er godt dokumentert for vektta. For mange er det ei vellykka behandling, men inngrepet kan òg ha alvorlege komplikasjonar og biverknader, både på kort og på lang sikt.

Nasjonalt råd vektlegg òg betre folkehelse for å motverka fedme, og dei anbefaler at ikkje-kirurgiske behandlingsmetodar får auka prioritet. Så ser eg at dei diskuterer om indikasjonsgrensa for operasjon bør endrast, utan at dei konkluderer om det. Men dei viser til at ein har gjort det i Danmark. Der har ein auka indikasjonsgrensa frå BMI over 40 til BMI over 50.

Saka som vert tatt opp, er prinsipiell, og – som vi òg har sett – det er ikkje ein ny debatt, det med at finansiering kan påverka behandlingsval. Interpellanten tar opp at ein innan familiebasert åtferdsterapi, som er eit lovande behandlingstilbud, og som ikkje inneber noko kirurgisk inngrep, opplever mangel på ressurser til å gi tilstrekkeleg opplæring av bl.a. helsesøster fordi det er eit poliklinisk tilbud, som har ei svakare finansiering enn f.eks. ein kirurgisk intervensjon. Og dette er jo ei kjend problemstilling innan medisin: Fører finansieringa til feil val av behandling? Det synest eg det er all grunn til å sjå på. Vi veit at når ein sender ein pasient på eit kosthaldskurs, anten i privat eller i offentleg regi, må pasienten i verste fall betala sjølv.

Vi har fått oppretta frisklivssentralar – det var ein bra ting med Samhandlingsreforma – der fekk vi ein stor auke. Det vert brukt i denne samanhengen. Det er veldig bra. Men generelt sett er eg òg bekymra for behandlingstilbodet og finansieringa av ikkje-kirurgisk behandling av overvekt. Det håper eg at ein kan koma tilbake til Stortinget med og få ei ordentleg vurdering av.

Så må eg knyta nokre merknader til primærførebygginga. Kva kan vi gjera av strukturelle grep for på generelt plan å førebyggja at det er så mange som treng – eller vurderer behovet for – fedmeoperasjon?

Senterpartiet ønskjer å ta i bruk skulen som førebyggingsarena. Veldig mange har snakka om både fysisk aktivitet, kosthald og gym som viktige tiltak, og eg er heilt einig. Men så er det òg slik at regjeringspartia, med litt varierende fleirtal, har stemt ned forslag om éin time fysisk aktivitet i skulen. Ein har stemt ned forslaget om å utvikla eit skulemåltid. Då regjeringspartia kom til makta, fjerna ein gratis frukt og grønt i skulen. For meg, når eg høyrer dei fine orda om at skulen er så viktig som førebyggingsarena, hjelper det ikkje med fine ord viss ein ikkje òg stemmer for det i praksis – og syter for at det faktisk vert innført. Men eg er glad for at iallfall mange helsepolitikarar snakkar veldig bra om det viktige som skjer i skulen, for eg er heilt overtydd om at skal ein klara å redusera overvekt blant barn og unge, er ein nøydd til å gå inn og gjera tiltak i skulen, der ein når alle barn og unge, uansett bakgrunn.

Freddy de Ruiten (A) [11:45:05]: Vi er nok langt på vei enige i beskrivelsen av problemene, men når det gjelder virkemidlene, har nok historien vist oss at vi er ganske uenige.

Jeg vil gjerne fortsette litt der representanten Toppe avsluttet. Det sies fra flere hold at dette er også et familieanliggende. Ja, det er det ingen som helst tvil om, men storsamfunnet må i mye større grad på banen her for å hjelpe dem som sliter. Da er det forebygging, forebygging og forebygging som er det aller, aller viktigste.

Vi har hatt mange år med debatt om frukt og grønt i skolen. Det finnes vel knapt en sak som er blitt så latterliggjort av de nåværende regjeringspartiene, særlig da de var i opposisjon – og frukt og grønt var noe av det første som forsvant da de kom i posisjon. Det samme når det gjelder skulemåltid – debatten rundt det ble også en debatt som mer eller mindre fikk et populistisk preg fra dem som var imot en sånn type tiltak. Men når interpellanten viser hvor viktig dette er, og hvor viktig sosiale forskjeller også er som en variabel som virker inn på disse problemene, er det all mulig grunn til å peke på frukt og grønt og fysisk aktivitet i skolen som utrolig viktige virkemidler for å få ikke bare mer læring, men også bedre folkehelse hos våre barn og unge, og også i framtiden. Dette handler om prioritering, det handler om å sette folkehelse først, det handler om å sette tidlig innsats først, det handler om å prioritere mer fysisk aktivitet i skolen – ikke latterliggjøre den typen virkemidler. Da handler det om å prioritere det framfor reparasjon, framfor å vente og se – som det fortsatt er for mye av – framfor latterliggjøring av frukt og grønt, og om å likestille fysisk aktivitet i skolen med fag som f.eks. matematikk og andre teoretiske fag, som det har vært veldig mye fokus på.

Jeg gjorde et lite tankeeksperiment rett før jeg gikk opp på talerstolen. Høyresiden er jo veldig opptatt av såkalte dynamiske skatteeffekter, skatteeffekter som de fleste forskere vil hevde ikke eksisterer, i hvert fall ikke i stor grad, når det gjelder f.eks. å redusere formuesskatten for de aller rikeste her i landet. Men tenk hvilke dynamiske helseeffekter og læringseffekter en kunne hatt hvis en hadde

brukt noen av de ressursene som denne regjeringa bruker på å sponse Norges aller rikeste, på frukt og grønt i skolen og på mer fysisk aktivitet i skolen! Tenk hvilken produktivitetsvekst det ville føre med seg, og hvilke dynamiske effekter det ville føre med seg! Så dette handler faktisk om politisk prioritering også, ikke bare om fine ord.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:48:45]: Overvekt hos barn og unge er en helseutfordring. God svangerskapskontroll, helsestasjon, barnehage, skolehelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er noe vi alle er enige om at vi skal ha. I tillegg har vi i år friluftsåret, som faktisk vil være et kjempeforbyggende tiltak. Men for min del og for Kristelig Folkepartis del er dette mye mer tverrsektorielt enn kun å tenke helse. Her må vi tenke teknisk etat i kommunene, her må vi tenke plan, her må vi tenke på hvordan vi tenker samfunnet framover, for å klare å forebygge. Vi må også vende blikket mot frivillige lag og organisasjoner som kan være med og bidra. Vi må se på planleggingen vår, på boområder, på hvordan vi legger til rette i byggefelt for gode fotballøkker, for gode møteplasser, for både fysisk og psykisk aktivitet, på gang- og sykkelstier og bruk av naturområder – ikke minst i år, med friluftsåret.

Men jeg har også lyst til å ta et annet bilde. Dem vi her snakker om, hører dette veldig godt. Små gryter har også ører, er det noe som heter, og for meg er det viktig at vi møter denne gruppen med varsomhet. For er det noen som vet hva dette innebærer, er det de. Er det noen som vet at de har mislyktes, er det de.

Så får vi et spørsmål til, ikke bare om hvordan vi møter dem, men om hva vi vil gjøre. Er vi villige til å ta noen upopulære avgjørelser, som å si sukkeravgift, som å si noe om tilgjengelighet – om hvor snopet skal ligge, foran kassene i butikken? – som å si noe om omplassering av varer, som å si at magre varer kanskje skal ha en billigere status enn dyrere og fete varer, si at vi skal bruke penger på holdningskampanjer, men også gi et løft til kunnskap for dem som skal møte disse ungdommene.

Jeg er intensivsykepleier, og i fjor fikk jeg gleden av å holde innlegg på landsmøtet til intensivsykepleierne. De sa: «Det er nesten sånn at vi ikke tør å gå forbi de legene som opererer, for vi blir på en måte beskuet som litt for store, alle og enhver. De blir bare yngre og yngre, de som opereres.»

Da er spørsmålet: Har vi valgt den lettvinde løsningen? Senker vi kriteriene for operasjon uten å ta den store kampen for forebygging? Og for vår del, i dette hus, unngår vi å ta noen upopulære valg? Det er viktig at de som har veldig stor overvekt, får operasjon, men det er vel så viktig at de som er på vei til å bli så store, får en mulighet til å få god hjelp i god tid.

Så vil jeg si at jeg er veldig opptatt av hvordan vi snakker om denne pasientgruppen, og hvordan vi møter dem, så de ikke på nytt blir en tapergruppe i vårt samfunn.

Ketil Kjenseth (V) [11:53:01]: Takk til Ruth Grung for å reise en viktig debatt.

Jeg vil starte med atferdsterapi, for der er det en viktig debatt om finansiering og behandlingsmetodikk. Den

kommer til å møte oss i stor grad framover i helsepolitiske debatter, ikke minst om gruppebehandling, fordi den sannsynligvis virker godt, er effektiv og økonomisk sett lønnsom, og som vi derfor i større grad må ta i bruk. I dag er finansieringssystemet i stor grad basert på somatikk og kirurgi. Vi er nødt til å ha debatter framover om hva som er både effektive og riktige behandlingsmåter.

Et tema som ikke er drøftet så inngående her i dag, er forskning knyttet til dette. Det er også en prioritering vi gjør der, og det er ingen tvil om at vi bak oss har hatt en stor innsats når det gjelder somatikk og forskning knyttet til kirurgi, mens vi i mindre grad har prioritert den psykiske helsen. Det er også et forhold som vi er nødt til å balansere – vi må forske mer på psykisk helse og behandlingsmetoder.

Så til det forebyggende og det som har med folkehelsen å gjøre. For Venstre er tidlig innsats svært viktig. Gleden ved aktivitet tror vi at vi er nødt til å stimulere enda mer og enda tidligere enn vi gjør i dag. Skolen har vært nevnt som en arena her, og det er helt riktig at den er viktig. Men vi tror at vi allerede i barnehagen er nødt til å sette inn innsatsen. Det handler om kompetansen blant dem som jobber i barnehagen, og så er det faktisk litt en debatt om kjønn. Det er viktig ikke å bomme på betegnelsene på akkurat dette, men det er en kjensgjerning at gutter og jenter forholder seg litt ulikt til lek og fysisk aktivitet. Derfor er antallet menn som er ansatt i barnehage, også en del av debatten – for å stimulere til den fysiske aktiviteten og at en lærer seg å mestre og får glede ved aktivitet tidlig. Derfor er barnehagen minst like viktig som skolen for Venstre.

Skolefritidsordningene er også en viktig del av debatten. Noen kommuner har lyktes veldig godt med å innføre idretts-SFO eller andre aktivitetsbaserte SFO-ordninger som blir drevet av idrettslag. Det å legge til rette for at ulike organisasjoner får drive aktivitetstilbud, tror vi er viktig.

Senterpartiets Kjersti Toppe var innom debatten om én time fysisk aktivitet i skolen hver dag. Det er mulig at det er idealet. I dag er det krevende å innføre. Det er både en debatt om hvilken kompetanse vi skal ha i skolen i dag, og hvilken kompetanse vi skal prioritere, og det er krevende å rekruttere kapasitet for å ta dette i bruk. Men det å starte med flere fysioterapeuter, flere ergoterapeuter, flere idrettspedagoger inn i skolen, er helt klart prioriteringer som Venstre ønsker. Det samme gjelder naturlig nok i barnehagen.

Kristelig Folkepartis Bollestad var innom ernæring og sukker. Det er også en av de viktige debattene vi må ta. Statsråden har snakket mye om salt og fett – og all ære til ham for det – men vi må også starte debatten om mindre sukker og hvordan vi skal redusere sukkerinnholdet i maten vår. I sum handler dette også om å styrke ernæringskompetansen på ulike arenaer.

Ruth Grung (A) [11:57:53]: Tusen takk for utrolig mange gode innlegg – og ikke minst modige innspill og innlegg.

Jeg vil egentlig framheve to ting – jeg vil ikke gjenta,

for det kom så veldig mye bra – men det er to ting. Det ene gjelder det ansvaret vi har for de mest sårbare menneskene. Det er en utfordring på den ene siden å balansere den kunnskapen vi har, for å nå ut på rett måte, samtidig som vi vet at det er veldig mye kroppsfiksering – det er veldig mange ungdommer på talerstolen også, så dem får vi ta med i denne debatten – og viktig å være glad i og akseptere egen kropp. Vi må samtidig klare å sette inn forebyggende tiltak rettet mot dem med sykkelig overvekt, uten å stigmatisere.

Så var jeg også inne på at det er en del sosioøkonomiske veldig signifikante utslag. Det er viktig å utvikle en politikk for de universelle tiltakene som vi vet fungerer best, samtidig som vi må klare å treffe dem man mest trenger å prioritere.

Økonomi har vi vært inne på. Vi vet at økonomi kanskje er det beste styringsverktøyet vi har, men det er ofte også veldig snevert i en slik sammenheng.

Det andre – som også blir en utfordring for statsråden når han skal utvikle og sy sammen de meldingene som kommer i løpet av våren når det gjelder både forebygging og primærhelse – er at veldig mye av det som vi vet har effekt på helsen, ligger utenfor helseområdet. Det gjelder å klare å fange det opp, samtidig som det blir forpliktende og gir en ny retning med hensyn til å forebygge og med hensyn til å utvikle god helse.

Jeg vil takke for debatten og for et veldig bredt engasjement i salen. Det synes jeg er utrolig bra, det kjenner jeg fra andre debatter også. Jeg ser fram til de sakene som kommer i løpet av våren.

Statsråd Bent Høie [12:00:27]: Debatten har i utgangspunktet nå utviklet seg til å bli en mer generell debatt om folkehelse. Det er bra. Det er en debatt som Stortinget også får mulighet til å komme rikelig tilbake til ganske snart, når regjeringen fremmer en ny stortingsmelding om folkehelse. Meldingen vil selvfølgelig ta opp i seg mange av de problemstillingene som har vært framme i diskusjonen. Den vil også gjøre noe annet som er viktig, nemlig å likestille den psykiske helsen med den fysiske helsen. Det er like viktig å ha noen venner å snakke med når du kommer til skolen, som å gå til skolen. Det er faktisk like viktig å ha noen gode kollegaer på jobben når du kommer på jobben, som å sykle til jobben. Og det er like farlig å være ensom som å røyke.

Når vi jobber med spørsmål knyttet til å utjevne sosial ulikhet i helse, som dette i bunn og grunn ofte handler om, er det også viktig å ha med seg det perspektivet at vår psykiske helse er like viktig som vår fysiske helse, både når det gjelder livskvalitet og år til livet.

Når vi da ser på hva som er en hovedforklaring på sosial ulikhet i helse i Norge, er det veldig sterkt knyttet til utdanning. Noe av det viktigste vi derfor gjør på folkehelseområdet, er å styrke skolen. Hvis vi ser på internasjonale undersøkelser om hva som har størst betydning for at skolen skal fungere som en sosial utjevningssarena og dermed bidra til folkehelse, så er det lærerens kompetanse. Det er helt utvetydig. Det er selvfølgelig viktig både med fysisk aktivitet, måltider og frukt og grønt, men det er

ingenting som har større betydning for sosial utjevning enn lærerens kompetanse.

Da er det verdt å merke seg at det også er det som er denne regjeringens hovedsatsingsområde i skolepolitikken. Vi har økt tilskuddet til etter- og videreutdanning av lærere fra 600 mill. kr årlig til over 1,2 mrd. kr. I 2013 var det 3 900 lærere som søkte om etter- og videreutdanning. I 2014 var det oppe i 8 400. Dette er en viktig del av folkehelsepolitikken, som nettopp handler om å utjevne sosial ulikhet i helse.

Presidenten: Da er debatten i sak nr. 2 omme.

Sak nr. 3 [12:03:31]

Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Gjennom mer enn 25 år har Senter for Krisepsykologi i Bergen tilført krise- og sorgfeltet kompetanse som har bedret ivaretagelse av barn, voksne og familier både i Norge og internasjonalt. Senteret er en unik blanding av klinisk praksis, forskning og utadrettet informasjon og veiledning. På oppdrag fra Helsedirektoratet har de arbeidet spesielt med etterlatte, overlevende og pårørende etter 22. juli. Senteret har erfaring fra alle større ulykker i Norge og katastrofendelser som jordskjelv, terror og krigssituasjoner rundt om i verden. Senteret har vært drevet som en non-profit stiftelse, men ønsker å bli et offentlig kompetansesenter for å sikre rekruttering av nye forskere, bedre koordinering og veiledning, samt bli en del av nasjonal kriseberedskap.

Vil statsråden sørge for etablering av et nasjonalt senter for krisepsykologi?»

Ruth Grung (A) [12:04:48]: Trygghet er helse. Derfor var helsekomiteen tydelig på, da vi behandlet statsbudsjettet, under kapitlet om beredskap, at formålet med helseberedskapen er å verne befolkningens liv og helse og bidra til nødvendig helsehjelp ved krig og kriser og ved katastrofer i fredstid. Komiteen framhevet at helseberedskap har en dobbel funksjon. Den viktigste er å sørge for at fellesskapet har reaksjons- og håndteringsevne når alvorlige hendelser inntreffer. Den andre er å sikre at befolkningen er trygg på at myndighetene har kompetanse og kapasitet til å være der når situasjonen krever det. Trygghet er altså også helse.

Rapporten fra 22. juli-kommisjonen påpeker at vi har et læringsbehov når det gjelder oppfølging av overlevende og pårørende, systemer for varsling, kommunikasjon og informasjon og behov for nasjonale retningslinjer om samarbeid mellom nødetatene, samt behov for å videreutvikle planer, rutiner og kompetanse. Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og fylkesmennene har fått ansvar for å iverksette tiltak, men i tillegg er det behov for å styrke den nasjonale kompetansen i krisepsykologi.

Gjennom mer enn 25 år har Senter for Krisepsykologi i Bergen tilført krise- og sorgfeltet kompetanse som har bedret ivaretagelsen av barn, voksne og familier både i Norge

og internasjonalt. Senteret var de første til å belyse barns situasjon som sørgende i Norge. Fra tidlig på 1980-tallet har de forsket på barn og sorg – et rent pionerarbeid. Det har bl.a. bedret barns situasjon som pasienter eller pårørende ved intensivavdelingene. Gjennom flere år har de kartlagt situasjonen for etterlatte etter selvmord, barneulykker og plutselig spedbarnsdød, lagt grunnlaget for hva norske kommuner har å tilby, og samlet informasjon om hvordan etterlatte – både barn og voksne – opplever seg ivaretatt over det ganske land.

Senteret er en unik blanding av klinisk praksis, forskning og utadrettet informasjon og veiledning. Senteret er det norske kompetansemiljøet med mest direkte erfaring fra krise- og katastrofehandling basert på daglig arbeid med kriser og traumer. De spenner over et vidt felt, fra komplisert sorg blant barn, familier og voksne, selvmord, sosial nettverksstøtte, likemannsarbeid og barn som lever med vold i familien, til de store nasjonale og internasjonale krisene som følger av terror, krig og naturkatastrofer.

De ble engasjert av Statoil etter terrorangrepet i In Amenas, og senteret bisto etter Estonia-ulykken, diskotekbrannen i Göteborg og terrorhandlingene i Russland. Senteret har bistått ved så å si alle større katastrofer i Norge – Torghatten, Måbødalen, gisseldramaet på Torp, flyulykken på Stad, Sleipner-havariet, Åsta-ulykken, Rocknes-havariet og NOKAS-ranet, for å nevne noen. De har vært involvert i etterarbeidet etter naturkatastrofer i hele verden og drevet opplæring av helsepersonell etter krigssituasjoner i de fleste kjente krigene de siste 25 år. De gir råd om hvordan hjelpen best organiseres – for hvem, av hvem og når – og om viktige valg med hensyn til rituelle markeringer, hjelp til familier og bistand til innsatsmannskap som politi, brannfolk og helsepersonell og deres reaksjoner ved ulykker og katastrofer. På oppdrag fra Helsedirektoratet har de arbeidet spesielt med etterlatte, overlevende og pårørende etter 22. juli.

Senteret har vært drevet som en non-profit-organisasjon, og de har samarbeidet med utallige offentlige instanser og frivillige organisasjoner. De har utviklet nettsider med informasjonsmateriell, skrevet over 20 bøker – de fleste om barn, og mange er oversatt til andre språk – og nærmere 300 faglige publikasjoner. De har pågående forskningsarbeid på nettverksintervensjon for familier med en kreftsyk forelder, de forsker på etterlatte etter 22. juli og også på formidling av dødsbudskap på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Vi vet at tap og traumer kan forstyrre og ødelegge liv. I tillegg til helsekostnader og risiko for redusert livskvalitet kan det svekke arbeidsevnen og redusere mulighetene for å oppnå en utdanning en ellers ville oppnådd. Tap og traumer er derfor en folkehelseutfordring.

Sorg kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser, og sorgområdet blir gitt stadig mer oppmerksomhet. Normal sorg vil vi alle oppleve i livet, og mange opplever komplikasjoner i sorgen. Mennesker som opplever tap ved dødsfall, venter å bli møtt på en god måte, enten det er av utrykningspersonell, helsepersonell på et sykehus eller på hospits, kriseteam, kirkelig personell eller andre. De fleste klarer seg bra uten profesjonell hjelp, det må jeg også få

presisere, men vi må ha gode henvisningsrutiner for dem som trenger spesifikk hjelp, slik at de får hjelpen tidlig. Noen tap og traumer, som etter voldtekt, medfører problemer for så mange at oppfølging bør kobles på helt fra starten.

Det er altså en unik kompetanse og et unikt nettverk som er bygget opp rundt initiativtakerne Atle Dyregrov og Jakob Inge Kristoffersen siden 1988. Det er i dag 34 personer med ulik tilknytning til senteret, og de fleste er finansiert via ulike prosjekter. Det er behov for en mer systematisk oppbygging av kompetanse og rekruttering.

Norge har et unikt fagmiljø, både nasjonalt og internasjonalt, som trenger mer forutsigbare rammer for å sikre rekruttering av nye forskere, bedre koordinering og veiledning, samt bli en del av en nasjonal kriseberedskap. Det bør etableres et nasjonalt senter for krisepsykologi som bygger på dette fagmiljøet i Bergen. En offentlig grunnforskning vil gi mulighet for å tilby bedre hjelp til flere, veiledning, undervisning og å drive utviklingsarbeid på sorg-, krise- og traumefeltet. En grunnforskning vil også gi mulighet til å prioritere folkehelseperspektivet enda bedre enn de har gjort fram til nå.

Spørsmålet er: Vil statsråden sørge for etablering av et nasjonalt senter for krisepsykologi – de nærmer seg pensjonsalder?

Statsråd Bent Høie [12:11:50]: Oppfølgingen av berørte etter alvorlige hendelser er et sentralt element i samfunnets totale evne til å håndtere kriser og katastrofer. Det er en prioritert oppgave for helse- og omsorgstjenesten å sikre god oppfølging. Ulykker og andre kriser eller katastrofer, enten det er på samfunnsnivå, eller det rammer enkeltindivider og deres familier, byr på utfordringer når det gjelder oppfølging og behandling av fysiske og psykiske traumer.

Helse- og omsorgstjenestens kompetanse om oppfølging av personer utsatt for traumer ble generelt styrket i Opptappingsplanen for psykisk helse gjennom etableringen av de regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ble etablert i 2004 for å styrke kompetansen på volds- og traumefeltet.

Senter for Krisepsykologi i Bergen har vært med og organisert den faglige oppfølgingen etter flere av de store katastrofene som har rammet Norge de siste ti årene, og de har assistert ved en rekke større katastrofer også i utlandet. Senteret har bygd opp god kompetanse om kriser og komplisert sorg. For å imøtekomme behovet for tiltak i akutfasen etter 22. juli ba Helsedirektoratet om bistand fra flere fagmiljøer, bl.a. Senter for Krisepsykologi.

Jeg har merket meg senterets ønske om å bli et nasjonalt kompetansesenter for kriser og komplisert sorg. Jeg er også klar over at Helsedirektoratet, for å dra nytte av den kompetansen som senteret har, inngikk en intensjonsavtale med Senter for Krisepsykologi om å samarbeide for å utnytte senteret som et nasjonalt kompetansemiljø. På grunn av senterets organisering som aksjeselskap har det ikke vært mulig å gi direkte økonomisk støtte til senteret fra offentlige myndigheter. Etableringen av Senter for Krisepsy-

kologi som et nasjonalt kompetansesenter forutsetter derfor en endret organisasjonsform. En slik etablering er i tillegg et budsjettspørsmål. Jeg regner med at representanten har forståelse for at jeg ikke kan forskuttere budsjettene for fremtiden.

Det er svært viktig med forskning på konsekvensen av terroren 22. juli. Flere prosjekter ble satt i gang raskt etter hendelsen, med offentlig finansiering. Innenfor gjeldende budsjetttrammer har Helse- og omsorgsdepartementet sett det nødvendig å prioritere videreføring av disse prosjektene. Samtidig bør forskningsfinansiering i størst mulig grad ivaretas gjennom de ordinære systemene for forskningsfinansiering – dette for å sikre forskningens uavhengighet, krav til kvalitet, relevans og helhetlig prioritering av helse- og omsorgsforskningen. Derfor bør Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene være viktige aktører når det gjelder finansiering og forskning knyttet til 22. juli. Det bidrar til å sikre at kvalitets- og habilitetsspørsmål vurderes og ivaretas.

Denne regjeringen prioriterer psykisk helse. Vi har gjeninnført den gylne regel og sikrer med det at spesialisthelsetjenesten prioriterer psykisk helsevern og rusbehandling. Vi har styrket kommunenes frie inntekter med 100 mill. kr for å løfte det kommunale psykiske helsearbeidet, og vi har fortsatt satsingen på rekruttering av psykologer til kommunene. Samlet gir det en styrket tjeneste for mennesker med psykiske helseutfordringer, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Kompetanse, kunnskap og behandlingstilbud skal være nær der pasienten bor. Det betyr at ansatte i de distriktpsikiatriske sentrene og kommunene må ha kunnskap om behandling av traumer. Derfor har vi bevilget midler for raskere å implementere traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Dette er en behandlingsmetode for traumer som har vist seg å ha god effekt.

Vi trenger stadig mer kunnskap om hvordan vi på best mulig måte skal behandle mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Senter for Krisepsykologi har vært og er en verdifull bidragsyter til den pågående innsatsen for dem som er rammet og berørt etter 22. juli og etter andre kriser og katastrofer. Som jeg har sagt, vil en eventuell omgjøring av senteret til et nasjonalt kompetansesenter for kriser være avhengig både av senterets organisasjonsform og av den videre budsjettprosessen.

Ruth Grung (A) [12:16:35]: Takk til statsråden. Jeg tolket ham veldig positivt, for det er riktig at det er etablert ulike sentre, men det er vel få som kan måle seg med den brede kompetansen som den miljøet rundt Atle Dyregrov har bygget opp på veldig mange felt. Vi ser det også som uproblematisk at de i dag er organisert som et non-profit AS. En eller annen type organisasjonsform må en jo ha, så akkurat det å tilpasse organisasjonen ser vi altså som helt uproblematisk.

Det er også et viktig et prinsipp, sånn at det ikke blir noen misforståelse, at slike nasjonale sentre selvfølgelig skal søke om de ordinære forskningsmidlene, men det er noe med å ha den basisstøtten i bunnen, sånn at det går an å prioritere det forebyggende arbeidet og være i stand til

å gjøre det ekstraarbeidet som de fram til nå stort sett har gjort på frivillig basis. Statsråden må ikke misforstå, man trodde ikke at dette skulle bli 100 pst. finansiert, men det er snakk om den basisstøtten og at de ellers søker for prosjekter. I dag er de helt avhengig av prosjektstøtte, og det er jo litt spesielt at det er danskene som er med på å finansiere store deler av forskningsaktiviteten deres.

Helsedirektoratet har ikke bare gitt dem oppdrag, de har også utfordret dem og bedt dem om å søke om å bli et nasjonalt senter for krisepsykologi.

Så vil jeg også legge vekt på det med sorg – et ganske nytt område innen forskning – hvor det er viktig å balansere. Det har også Atle Dyregrov tatt opp, at mens vi har brukt 30–50 mill. kr – offentlige kroner – etter 22. juli på overlevelsesforskning, så er det kun brukt mindre enn 2 mill. kr på forskning på de etterlatte. Veldig mange av de etterlatte sliter fortsatt med store utfordringer, og når vi som nasjon dessverre har opplevd det vi har opplevd, er det viktig. Vi startet veldig bra, mange steder i landet ble det gitt veldig god støtte, ikke minst i den regionen jeg kommer fra. I og med at Atle Dyregrov er der, ble han koblet direkte inn. Men det er viktig at vi har følgeforskning og kan dra nytte av den, både for de direkte berørte og også i fremtiden, når tilsvarende episoder skjer, for sorg takler man ganske ulikt, og det er viktig å vite at det kan tilpasses ut fra den forutsetning som den enkelte har.

Til slutt vil jeg bare si at de fleste jeg snakker med, tror at dette senteret er offentlig finansiert.

Statsråd Bent Høie [12:19:52]: Jeg er glad for at representanten Grung oppfatter meg som positiv, for jeg er positiv til senteret og den viktige jobben som det gjør, og det betydelige kompetansemiljøet som er der. Jeg viser også til intensjonsavtalen, som også representanten Grung viste til, mellom direktoratet og senteret.

Det er noen praktiske spørsmål som er viktige i denne sammenhengen, og til slutt er det også et spørsmål om bevilgninger – å bevilge er, som sagt, noe vi gjør i forbindelse med budsjetter.

Det er også viktig at en ikke skaper et inntrykk av at senteret ikke brukes i dag, og at senteret ikke får offentlige oppdrag. Ifølge min oversikt har senteret siden 2012 fått oppdrag og fått finansiert ulike aktiviteter på til sammen 16 mill. kr. De har også – som et viktig forsknings-senter – selvfølgelig fått gjennomslag for forskningsprosjekter hos Forskningsrådet på 4,7 mill. kr, ifølge min oversikt.

Senteret har også 5,2 avtalehjemler med avtalespesialister, som også har offentlig finansiering av sine aktiviteter.

Så det foregår en betydelig aktivitet i senteret i dag som har en offentlig finansiering, men det er helt riktig at hvis senteret skal ha status som et nasjonalt kompetansesenter, vil det – på lik linje med de andre nasjonale kompetansesentrene – være knyttet til at en også får et særlig statlig tilskudd for å være det. Det er et praktisk spørsmål, men ikke minst også et økonomisk spørsmål, som vi må komme tilbake til i budsjettet.

Vi har nylig fått sluttrapporten fra koordineringsgrup-

pen for forskning knyttet til 22. juli. Der er det også en rekke anbefalinger som vi nå er nødt til å jobbe oss igjennom, for det var – etter min oppfatning – et klokt og viktig grep som regjeringen gjorde den gangen, gjennom å lage en koordineringsgruppe som sikrer at den forskningen som har foregått, og som skal foregå videre, ikke innebærer en tilleggsbelastning for dem som har vært berørt av denne hendelsen, at vi sikrer at den forskningen som foregår, er koordinert, og at forskningen foregår på en sånn måte at en bruker resultatene gjentatte ganger, sånn at en unngår å belaste unødig dem som har vært berørt av dette.

Trond Henry Blattmann (A) [12:22:46]: Jeg vil takke statsråden for et godt svar, og jeg er glad for at han vil følge opp den forskningsrapporten som kom nå. Det er veldig gode signaler.

Likevel har jeg lyst til å trekke fram Senter for Krisepsykologi og deres ønske om å bli et nasjonalt kunnskaps-senter. Jeg har fulgt denne historien helt siden det skjedde. Jeg er jo en av de etterlatte, og vi har vært i nær kontakt med Senter for Krisepsykologi helt siden dette skjedde. Der, i Bergen, er det en kompetanse på feltet komplisert sorg og traumer som er verdensledende. De har en bred forskningskompetanse, og samtidig har de et bredt samarbeid med andre forskere fra hele verden.

Jeg har selv deltatt på noen av erfaringskonferansene i forbindelse med forskningen deres, og det som er veldig interessant, er at de, i den forskningen som de har gjennomført om etterlatte, har en veldig høy svarprosent – faktisk en usedvanlig høy svarprosent. Det gjør at de resultatene som framkommer gjennom forskningen, har en validitet som er veldig stor, og som er utrolig viktig for å gjøre denne forskningen anvendbar. For hvis det er noe som er viktig når det gjelder hva som skjedde 22. juli, er det på mange måter å lære – lære hva det er som skjer over lengre tidsrom når det gjelder etterlatte, hva det er som skjer med foreldre, hva det er som skjer med søsken. Vi har også en god del forskning om overlevende, som er viktig å få med seg.

Jeg tenker også at kunnskap om dette er enormt viktig. Kunnskap trenger vi her i Norge, men den kunnskapen som Senter for Krisepsykologi får, er også viktig for resten av verden, nettopp fordi svarprosenten fra de etterlatte er så høy.

Derfor tenker jeg at å bidra til at Senter for Krisepsykologi får en mulighet til å danne dette nasjonale senteret, er utrolig viktig. Jeg hører hva statsråden sier om organisasjonsform, og det var jeg ikke klar over. Men jeg tenker: Organisasjonsform er én ting, men signaler om at et senter kan komme opp å stå, er også veldig viktig å få.

Det er også veldig spesielt for oss som er etterlatte, å oppleve at danskene finansierer en forskning på kanskje den verste terrorhendelsen vi har hatt i Norge noensinne – at det er danskene som på mange måter sørger for at Senter for Krisepsykologi får en kunnskap som vi trenger når det gjelder hvordan utviklingen er for de etterlatte.

Jeg og statsråden har snakket sammen mange ganger om dette feltet. Jeg er veldig glad for at du er opptatt av dette med oppfølging, for du har skrevet brev, som du send-

te ut sammen med kunnskapsministeren. Det var vi veldig glad for. Men vi trenger altså også hjelp av deg for å få resten av Kommune-Norge til å våkne opp, for å ta på alvor det dere faktisk skriver om viktigheten av oppfølging.

Det går ikke an å løse denne saken og se den helt isolert fra forskningen, for den forskningen vi får, må også gi kommunene syn for saken: Hvilke behov finnes der ute hos de etterlatte? Og så må vi sammen som politikere prøve å få dette til å fungere.

Men aller først: Dette med et nasjonalt senter for forskning i Bergen hadde vært veldig bra å få gode signaler om, og ikke minst bør det være mulig for Senter for Krisepsykologi å søke om offentlige midler for å gjennomføre den viktige forskningen som pågår når det gjelder de etterlatte etter 22. juli.

Presidenten: Presidenten minner om at all tale skal rettes til presidenten – ellers takk for et godt innlegg.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [12:26:53]: Hvordan vi organiserer kompetansen og forskningen om kriser, traumer og stress, er et underliggende tema i denne interpellasjonen fra Ruth Grung. Det er mange gode miljøer i Norge som arbeider med dette temaet, og noen miljøer står fram som helt unike og helt sentrale. Senter for Krisepsykologi i Bergen er et av disse, Modum Bad i Buskerud er et annet. Senteret i Bergen har en nasjonal rolle i oppfølgingen av ofre etter 22. juli-terroren, og de har også assistert ved en rekke større katastrofer i utlandet.

Det er ille at det faktisk er 25 pst. av barn, unge og voksne som utsettes for vold i løpet av sitt liv, enten det er i barndommen, eller det er i ungdommen. Omsorgssvikt og katastrofer er en del av deres hverdag. Vi vet at slike opplevelser i barndommen kan påvirke den psykologiske utviklingen, og opplevelse av traumer hos barn og unge kan gi psykiske lidelser, lærevansker, atferdsvansker, et dårlig selvbilde og problemer med å fungere i nære relasjoner.

Oppfølgingen av berørte etter alvorlige hendelser er en prioritert oppgave for helse- og omsorgstjenesten, og det er helt nødvendig å sikre en god oppfølging etter ulykker og andre kriser eller katastrofer, enten det er på samfunnsnivå, eller det rammer enkeltindivider og deres familier.

Jeg vil påpeke at i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse ble de regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress etablert, og disse sentrene samarbeider med helseforetakene. I 2004 ble det også etablert et nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, nettopp for å styrke kompetansen på dette feltet.

Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene er viktige aktører når det gjelder finansiering av forskning knyttet til 22. juli og av annen forskning når det gjelder stress og traumer. Dette bidrar til å sikre at kvalitet og habilitetsspørsmål vurderes og ivaretas når Norges forskningsråd er inne. Det er godt at det er flere fagmiljøer ved universitetene våre som forsker og underviser i katastrofe- og krisehåndtering, både på samfunnsnivå og på individnivå. Jeg tror ikke at det mangler kompetanse i Norge. Utfordringen er egentlig hverdagen som kommer, og når den som har vært gjennom en katastrofe eller krise, skal ta fatt på

skole eller arbeid. Det kritiske er kommunenes oppfølging og kompetanse på dette feltet. Derfor har regjeringen styrket kommunenes frie inntekter med over 100 mill. kr, nettopp for å løfte det kommunale psykiske helsearbeidet. Vi har også fortsatt satsingen på rekruttering av psykologer til kommunene.

Ansatte i de distriktspsykiatriske sentrene er også viktige, og kommuner må ha kunnskap om behandling av traumer. Regjeringen har også bevilget midler til kompetanseheving innen traumer i de distriktspsykiatriske sentrene.

Senteret i Bergen ønsker å bli et nasjonalt kompetansesenter for kriser og komplisert sorg. Statsråden forteller oss at siden senteret har den organiseringen det har i dag, legger det begrensninger med hensyn til å gi en direkte økonomisk støtte. Jeg regner med at representanten Grung tar dette med seg hjem til senteret.

Etablering av et senter for krisepsykologi som et nasjonalt kompetansesenter er også en budsjettsak, og jeg tror vi må vurdere det i forhold til andre prioriterte områder innen psykisk helse og ikke minst faglige anbefalinger. Vi trenger nasjonale spydspisser på disse områdene, og vi trenger kanskje ikke bare ett, men også flere.

Morten Wold (FrP) [12:31:36]: Når ulykken inntreffer og katastrofen eller krisen er et faktum, er behovet for støtte og samtaler stort. Mange er på det mest sårbare tidspunktet i sitt liv, og det utfordrer oss som samfunn på hvordan vi skal gi en oppfølging som gir trygghet og omsorg, slik at folk får den hjelpen de faktisk trenger. Når tidligere livserfaring og mestringsevne ikke er tilstrekkelig for å håndtere situasjonen, er behovet sterkt for å ha et apparat med dyktige og kompetente personer rundt seg som er forberedt og kan gi kunnskapsbasert hjelp.

De aller fleste har i løpet av sitt liv opplevd å miste en som sto dem nær, og gjennomgått sorg. Sorg har ingen diagnose – det er ingen sykdom – men kan likevel bety stor smerte for vedkommende som opplever den. Nærmere 45 000 mennesker sliter mer enn normalt med å takle sorgen. Vi kunne se på Nyhetskanalen på mandag at mange som har mistet et barn eller en nær og kjær, blir sykmeldt med en psykiatrisk diagnose fremfor å få den hjelpen de faktisk har behov for, og anerkjennelse av sorgen.

Senter for Krisepsykologi i Bergen har i en årrekke bistått mennesker som opplever kriser og traumer, spesielt tap av nære. I forbindelse med norske og internasjonale katastrofer har de bistått bedrifter, kommuner og statlige myndigheter med planlegging og gjennomføring av oppfølging for ulike grupper. De har omfattende erfaring med å gi hjelp og utvikle kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og med å spre denne kunnskapen gjennom bl.a. arrangering av kurs for flere ulike yrkesgrupper, som helsepersonell, lærere, ledere, prester, og for vanlige folk bl.a. gjennom en god og informativ nettside.

Hele landet sørget etter terroren 22. juli. Flere overlevde og var nær på katastrofen, flere mistet nære og kjære. Senter for Krisepsykologi var med på å iverksette akutttiltak gjennom sitt fagmiljø og med sin kompetanse på kriser og komplisert sorg.

Helsedirektoratet har inngått en intensjonsavtale med Senter for Krisepsykologi for å samarbeide og nytte senteret som et nasjonalt kompetansemiljø. Som helseministeren har orientert om, er senteret organisert som et aksjeselskap. Det har derfor ikke vært mulig å gi direkte økonomisk støtte til senteret fra offentlige myndigheter.

Fremskrittspartiet har gjennom år kjempet for å styrke psykisk helse. I regjering blir det nå gjennomført. For å redusere ventetidene har regjeringen bl.a. gjeninnført den gyldne regelen om at psykisk helse og rus hver for seg skal ha større vekst enn somatikk i alle helseregioner, etter at regelen ble fjernet av den rød-grønne regjeringen.

Det er ingen tvil om at Senter for Krisepsykologi innehar en betydelig kompetanse som har kommet – og vil fortsette å komme – fellesskapet til gode. Men som statsråden tydelig har gjort rede for, er senterets organisasjonsform i dag til hinder for å ta vurderingen som interpellanten etter spør. Spørsmålet om et slikt nasjonalt senter og lokaliseringen av dette, ikke minst, er det sikkert flere også som vil mene noe om. Modum Bad kan også være et aktuelt navn å spille inn i så henseende.

Olaug V. Bollestad (KrF) [12:35:13]: Krisearbeid og krisepsykologi er en sentral del av vår beredskap og vårt helsetilbud, både før og etter store katastrofer. Senter for Krisepsykologi i Bergen har hatt og vist et stort faglig nivå både på behandling, forebygging, oppfølging og forskning på svært alvorlige kriser utover det som vi kanskje kaller det ordinære. Det er vel ofte sånn at mangelen på oppfølging av kriser som har vært utover det ordinære, har gjort at personer som har gjennomlevd dem, får andre diagnoser enn det de egentlig skulle ha hatt, på grunn av mangel på oppfølging.

Norge er et lite land, og vi trenger å samle vår kunnskap og bevare den kunnskapen som dette senteret har. Dette senteret har bygd opp kunnskap og erfaring og har ervervet kunnskap over lang tid. Mange av dem nærmer seg grensen for pensjonsalder, og vi som samfunn, som en del av å tenke beredskap, har ikke råd til å miste noe av det som de har, fordi det er sentralt. Det er sentralt – jeg har selv vært leder ved et stort akuttmottak. Jeg opplevde å kunne bruke det da jeg var ordfører og et foreldrepar fra Oltedal døde, da opplevde vi at krisesenteret i Bergen kunne bidra. Det er viktig for vårt brannvesen, for vårt helsevesen, for vårt politi og for kommunene våre. De har lært politiet, de har lært brannvesenet og de har lært helsevesenet at kollegastøtteveiledning er sentralt for dem som jobber i krise, for å kunne være i stand til å møte krisene. Samtidig har senteret hatt så nær kontakt med klinikken at de har vært i stand til å gå inn og følge de tyngste pasientene eller brukerne. De har gitt oss et redskap med hensyn til hvor viktig debriefingen er, og hvor stor plass den har for at vi skal sikre beredskap.

Senteret blir brukt internasjonalt, det vet vi, både i forbindelse med tsunamien som var, og 22. juli hos oss selv. Men det som kanskje er mest sentralt, og som jeg ber statsråden om å ta med seg, er den kunnskapen de har til å gi kommunene erfaring, forskning og kunnskap om hvordan de skal behandle krisene som oppstår hos dem, når de skal

møte enkeltindivider og familier i katastrofer. Å bygge den kunnskapen som disse personene innehar, og som senteret i Bergen innehar, vil vi bruke lang tid på, og jeg tror det er unødvendig å bygge opp noe parallelt når vi innehar en kompetanse.

Så må vi se på hvordan Bergen er rustet organisasjonsmessig – om de nå heter et AS eller hva de heter. Poenget for Kristelig Folkeparti er at vi klarer å ivareta og bevare den kunnskapen som vi har her. For det er sånn at de også kan være med oss når hverdagen kommer, når de første dagene etter katastrofen har lagt seg. De kan være med og hjelpe de distriktspsykiatriske sentrene og psykologene som kommunene får, til å gå den rette veien i møte med enkeltmennesket som har opplevd en katastrofe i sitt liv – eller i en region eller nasjonalt eller internasjonalt – og det må vi evne å ivareta.

Kjersti Toppe (Sp) [12:40:21]: Det er vorte sagt så veldig mange positive ting om Senter for Krisepsykologi i Bergen, og eg skal ikkje, som ein talar litt ute i debatten, gjenta alt det, men eg kan slutta meg til alt som er vorte sagt om det unike fagmiljøet som er der, og alt dei har bidratt med – både konkrete ting og forskning. Eg forstår veldig godt bakgrunnen for interpellasjonen og deler fullt ut representanten Ruth Grungs intensjon og håp i denne saka.

Eg har lyst til å presisera at vi har behov for eit slikt nasjonalt senter. Eg er generelt opptatt av at vi ikkje er gode nok på beredskap, og at vi treng å styrkja dette, og at et nasjonalt senter, som kan vera lokalisert i Bergen, må bidra inn mot alle kommunar og òg vera eit bidrag inn mot spesialisthelsetenesta. Eg synest det er spesielt bra at senteret i dag er veldig på desse aktuelle problemstillingane, f.eks. dette med om vi treng ein sorgdiagnose. Dei er der og har kunnskap å koma med i desse viktige debattane.

Eg forstår tilbakemeldinga frå statsråden slik at dette handlar om to ting. Budsjettspørsmålet er på ein måte sjølv sagt. Når det gjeld organisering, veit ikkje eg nok om det, men eg forstår at viss det er eit aksjeselskap, er det ikkje vanleg at eit aksjeselskap kjem frå statsbudsjettet. Representanten Ruth Grungs definisjon, eit non-profit AS, er vel ei folkeleg forklaring, men eg skjønar at det må koma ei ordning på dette, formelt sett.

Eg har ikkje tenkt å seia noko meir. Eg ønskjer statsråden lykke til. Eg oppfattar også at intensjonen hans er å vurdera dette veldig seriøst, og eg håpar at Senter for Krisepsykologi kan verta eit nasjonalt senter og ein del av den nasjonale kriseberedskapen. Og for å seia éin ting heilt til slutt: Viss senteret hadde lege i Oslo, så hadde det vore det for lenge sidan.

Ruth Grung (A) [12:43:23]: Jeg skal kanskje fortsette der Kjersti Toppe avsluttet og si at det kan være en fordel, når vi har en statsråd fra Vestlandet, å se på det som skjer der.

Jeg synes det har vært veldig mange gode innlegg også i denne interpellasjonen, og jeg er ganske trygg på at statsråden har fått med seg innspillet. Jeg opplevde også hans

første svar som ganske tydelig, at han i utgangspunktet synes at miljøet senteret representerer, er noe som kan bygges videre på, og som bør tas vare på.

Når det gjelder den praktiske organisasjonsformen, må man egentlig velge det som er mulig når man opererer utenfor, og da blir det ofte et AS med et ideelt formål. Så det regner en med skal være relativt enkelt å tilrettelegge, slik at man får en organisasjonsform som er tilpasset det som er nødvendig når det gjelder å få en basisstøtte og være et nasjonalt forskningscenter.

Jeg vil også løfte fram noe som jeg hørte om da jeg var på psykiatriken i Stavanger sist uke: Holen skole er en skole i Laksevåg bydel som ved en feiltakelse ble bombet av engelskmennene under annen verdenskrig. Nå er disse elevene blitt pensjonister, og nå kommer de psykiske utfordringene. Også dette er en kunnskap: Man klarer å bære på noe gjennom livet når man er i aktivitet, men det ligger under, og man har det sikkert med seg uansett. Vi vet også fra krigen at veldig mange har store utfordringer med søvn osv., så dette er kunnskap som vi har. Derfor er det jo utrolig, når vi først har et slikt miljø som har utviklet seg, og som ligger helt i spissen internasjonalt – da må vi ta vare på det.

Som flere har vært inne på, synes jeg at det er et godt prinsipp når det gjelder hvordan vi skal prioritere – også når det gjelder forskning generelt – at vi løfter opp områder der vi er best. Dette er ikke til hinder for at man skal etablere tilsvarende sentere på andre områder og være en spyspiss, for de ringvirkningene som det skaper, virker alltid positivt. Og kanskje bør man rydde opp i en del sentere som kanskje har overlevd seg selv – det går det også an å gjøre i en sånn sammenheng.

Vi ser fram til neste budsjett og skal ta kontakt om organisasjonsform.

Statsråd Bent Høie [12:46:30]: Det jeg i alle fall entydig kan slå fast, er at jeg har ingenting imot Bergen! Det andre er at jeg opplever at det er veldig bred politisk anerkjennelse i Stortinget av dette kompetansemiljøets betydning. Dette er også et område der vi ser at det er et økende behov for kompetanse ute i tjenestene våre, og det er et økende behov for forskning. Derfor er dette et viktig område. Så må vi komme tilbake til både de praktiske og økonomiske spørsmålene underveis.

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

Sak n r. 4 [12:47:17]

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet før møtet heves? Så er ikke skjedd. – Møtet er hevet.