

Møte torsdag den 4. juni 2015 kl. 10

President: Ole mic Thom messen

Dagsorden (nr. 82):

1. Innstilling fra næringskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Line Henriette Hjemdal, Rigmor Andersen Eide, Geir Jørgen Bekkevold og Geir S. Toskedal om tiltak for å styrke norsk industri (Innst. 266 S (2014–2015), jf. Dokument 8:28 S (2014–2015))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiten og Karianne O. Tung om satsing på persontilpasset medisin i Norge (Innst. 275 S (2014–2015), jf. Dokument 8:66 S (2014–2015))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om nye tiltak for en mer human rusomsorg (Innst. 278 S (2014–2015), jf. Dokument 8:64 S (2014–2015))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Karin Andersen og Bård Vegar Solhjell om en kunnskapsbasert og menneskelig narkotikapolitikk (Innst. 279 S (2014–2015), jf. Dokument 8:70 S (2014–2015))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser) (Innst. 302 L (2014–2015), jf. Prop. 77 L (2014–2015))
6. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialutdanningen m.m.) (Innst. 303 L (2014–2015), jf. Prop. 81 L (2014–2015))
7. Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Arbeid er god terapi, både for psykiske og fysiske lidelser og plager. Men arbeidsrelatert oppfølging blir i liten grad fulgt opp i eksisterende behandlingstilbud. Dagens modell med at behandling skal gjennomføres før arbeidsrehabilitering, har vist seg å ha dårligere effekt enn modeller som integrerer jobbstøtte og behandling. Forskningsbaserte prøveordninger for personer med psykiske lidelser har vist gode resultater, men det har ikke vært testet ut i helsevesenet for øvrig. Her ligger det store muligheter. OECD-rapporten fra 2013 legger også vekt på å forene arbeid og helse i all pasientbehandling.

Hvordan vil statsråden bidra til at pasientbehandling i helsevesenet blir mer helhetlig, slik at alle viktige aspekter av pasientens problem ivaretas i behandlingen, inkludert arbeid?»

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

«Musikkterapi har fått sterkeste grad av anbefaling i de nye nasjonale retningslinjene til Helsedirektoratet innen psykisk helsevern. Alt tyder på at det også blir anbefalt i kommende retningslinjer for rusbehandling. Det er i dag under 20 musikkterapistillinger i psykisk helsevern og bare en håndfull innen rusbehandling. I psykiatri- og rusomsorgen er det et stort behov for å ta i bruk ny kunnskap. De offentlig finansierte helsetjenester bygger på prinsippet om rettferdighet og likeverdighet i tilbudet. Det er bekymringsfullt at så få får tilbud om faglig anbefalt behandling basert på forskningsbasert kunnskap.

Hvilke tiltak vil statsråden iverksette for at ny profesjonskompetanse, som musikkterapi, skal bli en integrert del av helsetjenestene og et tilbud til langt flere enn i dag?»

9. Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om endringer i forurensningsloven (Tilsyn med kommunens plikter etter forurensningsloven § 32 a) (Innst. 283 L (2014–2015), jf. Prop. 91 L (2014–2015))
10. Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kommunenes låneopptak og gjeldsbelastning (Innst. 295 S (2014–2015), jf. Dokument 3:5 (2014–2015))
11. Referat

Presidenten: Følgende innkalte vararepresentanter har tatt sete:

For Akershus fylke: Kjartan *Berland*

For Telemark fylke: Hanne *Thürmer*

Det foreligger tre permisjonssøknader:

- fra representanten Tor André *Johnsen* om permisjon i tiden fra og med 4. juni til og med 8. juni for å delta som valgobservatør for OSSEs parlamentariske forsamling under parlamentsvalget i Tyrkia
 - fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe om permisjon for representantene Ingebjørg Amanda *Godskesen* og Morten *Wold* i tiden fra og med 4 juni til og med 9. juni – begge for å delta som valgobservatører for Europarådets parlamentariske forsamling under parlamentsvalget i Tyrkia
- Disse søknadene foreslås behandlet straks og innvilget.
- Det anses vedtatt.

Fra første vararepresentant for henholdsvis Aust-Agder fylke, Lene *Langemyr*, og for Buskerud fylke, Tone Heimdal *Brataas*, foreligger søknader om fritak for å møte i Stortinget under henholdsvis representantene Ingebjørg Amanda *Godskesen* og Morten *Wolds* permisjoner, på grunn av sykdom.

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: Odd Gunnar *Tveit*

For Buskerud fylke: Lavrans *Kierulf*

For Hedmark fylke: Hege *Jensen*

Odd Gunnar Tveit, Lavrans Kierulf og Hege Jensen er til stede og vil ta sete.

Representanten Terje Aasland vil fremsette et representantforslag.

Terje Aasland (A) [10:03:08]: Jeg vil på vegne av stortingsrepresentantene Eirik Sivertsen, Else-May Botten, Eirin Sund, Magne Rommetveit og meg selv framsette et representantforslag om bruk av nullutslippsteknologi i fergetransporten og bruk av ny teknologi i nærskipfarten.

Presidenten: Representanten Arild Grande vil fremsette et representantforslag.

Arild Grande (A) [10:03:34]: På vegne av representantene Marianne Aasen, Jonas Gahr Støre, Rigmor Aasrud, Kari Henriksen, Ruth Grung, Tor Arne Bell Ljunggren og meg selv har jeg gleden av å framsette et forslag om en systematisk og langsiktig nasjonal plan for freds- og menneskerettighetssentrene.

Presidenten: Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

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

Sak nr. 1 [10:04:08]

Innstilling fra næringskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Line Henriette Hjemedal, Rigmor Andersen Eide, Geir Jørgen Bekkevold og Geir S. Toskedal om tiltak for å styrke norsk industri (Innst. 266 S (2014–2015), jf. Dokument 8:28 S (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra næringskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til seks replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Odd Omland (A) [10:05:12] (ordfører for saken): Som saksordfører vil jeg benytte anledningen til å gi ros til forslagstillerne for å ha kommet opp med et godt forslag vedrørende styrking av norsk industri.

Videre vil jeg si meg glad for at komiteen er enstemmig om følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om industriens rammevilkår.»

Norsk industri har vært med på å legge grunnlaget for det velferdssamfunnet vi har i dag. En industrimelding vil sette fokus på hvordan vi kan sikre konkurransekraften til

norsk industri også i framtiden. Det vil gi oss i Stortinget et godt grunnlag for å drøfte industriens rammevilkår.

Arbeiderpartiet mener at det i meldingen bør drøftes ulike tiltak som kan legge grunnlag for omstilling mot ny, grønn vekst, og vi bør også se på hvordan offentlige virkemidler kan bidra til dette. Meldingen bør etter Arbeiderpartiets mening ha en bred tilnærming til industrien, slik at hele spekteret innen norsk industri dekkes, men med et særlig blick på muligheter innen områder der Norge har fortrinn, som marine og maritime næringer og fornybar energi.

Et aktuelt tema i denne sammenheng er å se på industriens rolle i lavutslippssamfunnet. Det blir også viktig å se på omstilling mot den viktige bioøkonomien, som sikrer videreføring av våre naturressurser, samtidig som vi satser på nye næringer.

Vi er også opptatt av å legge til rette for en ny, lønnsom og framtidsrettet kraftforedlende industri, og det bør ha en naturlig plass i meldingen. Politikk kan bidra til ny industrivekst og samtidig redusere utslipp.

I Arbeiderpartiet er vi også opptatt av at vi rigger virkemiddelapparatet, og at vi går gjennom hele virkemiddelkjeden for forskning, utvikling, demonstrasjon, oppskalering, kommersialisering og eksportsatsing for å påse at det henger sammen og møter industriens behov. Behovet for satsing på fagarbeideren bør også vies oppmerksomhet i meldingen.

Komiteen viser i innstillingen spesielt til at ENOVA er et viktig virkemiddel for industrien og viser også til klima- og teknologifondet som et viktig virkemiddel for å stimulere til satsing på nye klimavennlige løsninger. Komiteen ser det derfor som viktig at innretning og bruk av avkastningen av fondet vurderes fortløpende.

Arbeiderpartiet ser industrien og dens rolle som usædvanlig viktig for det grønne skiftet og hva vi skal leve av i framtiden. Arbeiderpartiet har nedsatt et eget industriutvalg som skal framlegge en industristrategi basert på noen av de forhold jeg har vært inne på i dette innlegget.

Selv om vi skal få en industrimelding, vil det likevel ta noe tid før den framlegges. I den sammenheng vil jeg gjerne understreke til slutt at det er viktig at vi underveis fører en aktiv næringspolitikk. Vi kan ikke vente på meldingen, spesielt ikke i en tid hvor det er behov for omstilling.

Ove Bernt Trellevik (H) [10:09:21]: Når me ser at investeringane i olje- og gassektoren minkar, har det vore viktig både for Høgre og for regjeringa å omstilla til ei ny verkelegheit. Det er eit mål å skapa ny næringsaktivitet, styrkja konkurransekrafta og utvikla tradisjonell industri. Sidan den nye regjeringa kom på plass, har konkurransekrafta til industrien og næringslivet gradvis vorte betra gjennom ei historisk satsing på samferdsel. Forskings- og utviklingsbudsjettet er styrkt, formuesskatten, som favoriserer utanlandsk eigarskap, er redusert, og det er gjeve generell skattelette. I tillegg til dette kjem fleire industrispesifikke tiltak, som t.d. støtta til pilotanlegget på Hydro Karmøy. Dette var ei investering i milliardklassen. Regjeringa har såleis styrkt framtida til norsk industri og auka konkurransekrafta til norsk eksportnæring gjennom

ei rekkje både næringsgenerelle og fleire sektorspesifikke industrirelaterte tiltak. Alle desse tiltaka har industrien etterspurt for å betra konkurransekrafta.

Kristeleg Folkeparti fremja forslag om ei stortingsmelding om rammevilkåra til norsk industri i november 2014. Bakgrunnen var, slik eg oppfattar det, denne todelinga av norsk økonomi som me alle kjenner til, og dessutan starten på ein svakare oljepris og ei svekt norsk krone og behovet for å leggja til rette for meir landbasert industri.

Noreg er eit svært godt land å bu i, nokon vil hevda at det kanskje er verdas beste land å bu i. Olje- og gassindustrien har bore oss fram på ei eventyrleg økonomisk bølge. Vår olje- og gasseksport har gjeve oss som nasjon eit fantastisk velferdsloft. Oljeprisfallet er eit kraftig varsel om at ein slik status sjeldan går inn i æva.

Sjølv om me som nasjon må ha ambisjon om å vera verdsléiande på olje- og gassoperasjonar, både offshore og subsea så lenge det vert utvinna olje og gass, er det stor semje om at Noreg treng fleire næringsbein å stå på enn berre petroleumssektoren. Den norske velferda må verta bygd på fleire fundament enn berre olje og gass. Ein bør såleis leggja til rette for at fleire sektorar i industrien aukar si verdiskaping ved å styrkja konkurransekrafta.

Det me treng, er trygge arbeidsplassar og investeringar i nye arbeidsplassar i Noreg. Då er god tilgang til kapital sentralt. Det er privat eigarskap som er det berande og vanlege i næringslivet, og tilgangen til privat kapital er særskild viktig for å få til den omstillinga norsk næringsliv no treng.

Å styrkja norsk konkurransekraft var eit av Høgres viktigaste tema i valkampen, som regjeringa no har følgd svært godt opp. Etter at Dokument 8-forslaget vart fremja, har oljeprisen og kronekursen falle vidare. Det er såleis noko usikkert om ei stortingsmelding er den beste måten for å utarbeida og setja i verk nødvendige tiltak for omstilling i norsk industri og næringsliv. Då er det viktig å merka seg dei fleirtalsmerknadene som ligg i saka, om at det er viktig at arbeidet med dei løpande tiltaka ikkje stoppar opp og vert erstatta med dette meldingsarbeidet.

Det viktige her er at regjeringspartia har fått med seg stortingsfleirtalet på at meldingsarbeidet ikkje må koma i vegen for løpande å setja i verk nye tiltak for omstilling av norsk næringsliv. Det betyr at dei tiltaka som allereie er sette i gang av regjeringa – på skatte- og avgiftssida så vel som innanfor skognæring, maritim næring, mineralnæring, bioøkonomi, energi og reiseliv, etc. – får ei gjennomføring som ikkje vert forstyrra av at det også vert utarbeidd ei industrimelding.

Komiteens fleirtal peikar på at det er føremålstenleg at arbeidet som allereie er sett i gang av regjeringa, vert utfyllt av ein meldingsprosess som er temabasert. Aktuelle tema å ta opp i meldingsarbeidet kan vera industriens rolle i overgangen til eit lågutsleppssamfunn og for å skapa grøn vekst, korleis me kan leggja til rette for ei eventuell overføring av kompetanse frå ei næring til ei anna næring på ein best mogleg måte, og ikkje minst korleis framtidsretta digitalisert og automatisert industriproduksjon best kan møtast.

Her står både handlekraft og gjennomføringsevne side

om side med utviklinga av ny politikk, og begge delar er særskild viktig for å rusta Noreg for framtida.

Jørund Rytman (FrP) [10:14:11]: Først av alt vil jeg takke saksordføreren for en god jobb. Han har klart å samle komiteen.

Det er virkelig på tide med en egen stortingsmelding om industriens rammevilkår. Som kanskje noen husker, er det ikke så veldig mange år siden – to-tre år – at Fremskrittspartiet fremmet forslag om det samme. Da var ordlyden:

«Stortinget ber regjeringen fremme en stortingsmelding om industriens rammebetingelser.»

Da falt forslaget.

Nå er ordlyden:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om industriens rammevilkår.»

Forslaget er fremmet av Kristelig Folkeparti, og det er nå en enstemmig næringskomité som står bak dette. Dette er meget gledelig – av flere grunner.

Som det har blitt sagt fra talerstolen flere ganger og nevnt i komitébehandlingen, i ulike settinger, har Stortinget de senere år behandlet både fiskerimelding, landbruksmelding, forskningsmelding og petroleumsmelding, og det er igangsatt arbeid med flere andre meldinger, men behovet for en egen industrimelding har ikke vært der før nå – det er nå stemning for det hos flertallet i komiteen – selv om det er veldig mange store utfordringer innen konkurranseutsatt industri.

Utfordringer var det også i 2012, da Fremskrittspartiet fremmet forslag om dette, bl.a. på bakgrunn av Konjunkturrapport Norge 2012, som viste en todeling av norsk industri. Og nå er det jo blitt enda verre. Den gangen var det olje- og gassnæringen som opplevde vekst, mens andre tradisjonelle næringer, fastlandsindustrien, slet tungt med høye kostnader og et eksportmarked som utviklet seg meget negativt.

Men bekymringen og den negative utviklingen i den tradisjonelle fastlandsindustrien har vært nedslående lenge før det. Jeg husker veldig godt den gang jeg drev valgkamp i 2001, altså for 15–16 år siden. Allerede da var konkurranseutsatt industri på dagsordenen. Én av grunnene til at jeg husker det veldig godt, er selvfølgelig at Dagens Næringsliv 4. september 2001 hadde en større artikkel om hvilket parti som hadde den beste politikken for å styrke konkurranseutsatt industri. De hadde nemlig bedt SSB – Statistisk sentralbyrå – gjøre beregninger av de ulike partienes partiprogrammer. Konklusjonen kom over to hel-sider med bilde av daværende partileder Carl I. Hagen, med overskriften: «Industrien best ut med Hagen». Beregningene og tallene viste at avkastningen av oljefondet burde brukes til avgiftskutt hvis målet var å styrke konkurranseutsatt industri. Det var ikke satsing på skattelette som var fasiten, heller ikke å bruke mer penger, slik i hvert fall SV og Arbeiderpartiet den gangen ville, men det var å gi avgiftslettelse, slik Fremskrittspartiet ønsker.

Nå er dette mange år siden, men jeg vil mene at prinsippene er de samme, så jeg håper og ber om at man i den kommende industrimeldingen i stor grad drøfter dette:

hvilke virkemidler som er best for å styrke konkurranseutsatt industri. Da må skatte- og avgiftspolitikken ses på, men det må også, regner jeg med, foretas en kraftig opprydding og avvikling av en rekke særnorske skatter og avgifter – avgifter som i dag uten tvil gir norsk industri en konkurranseulempe. Næringslivet etterlyser også tilgang til risikokapital. Her har regjeringen allerede levert på noe og jobber fortsatt med mer, men det er altså noe en industrimelding må se nærmere på: om dagens virkemidler er gode nok.

Det må også ses nærmere på fortsatt utbygging av veinettet. Jeg vet selvfølgelig at regjeringen og min kollega Ketil Solvik-Olsen jobber dag og natt med dette, men sannsynligvis må det nok satses enda mer på det, og da uten bomavgifter.

Regjeringen registrerer for øvrig at Kristelig Folkeparti i sitt representantforslag bl.a. nevner at man må se nærmere på avskrivningssatsene. Jeg vil tro at regjeringspartiene fort kan bli enig med Kristelig Folkeparti her.

Line Henriette Hjemdal (KrF) [10:18:18]: Aller først har jeg lyst til å si takk til saksordføreren for et godt stykke arbeid i denne saken.

Kristelig Folkeparti er glad for at vi har fått gjennomslag for at det skal komme en stortingsmelding om industripolitikk. Det er viktig for å beholde de arbeidsplassene vi har i dag, men det er også viktig for å kunne legge til rette for framtidens arbeidsplasser. Ja, det handler om kommende generasjoner. Dette er særlig viktig for dem som nå rammes av at norsk økonomi endrer seg.

Vi har fått en ny hverdag både i politikken og i økonomien. Rett etter det politiske regjeringsskiftet som vi hadde ved valget, ser vi også konturene av et regjeringsskifte i økonomien. Oljeprisene er halvert den siste tiden. Framtidsutsiktene i oljesektoren er i beste fall usikre. Vi snakker ikke lenger om «hvis» vi står overfor en omstilling, men «når».

Som politikere plikter vi ikke bare å se utfordringene, men også løsningene og mulighetene, og dem er det mange av. Dette skaper et rom, særlig for fastlandsøkonomien. Svakere krone og større tilgang på kompetanse var alle industriernes drøm for et par år siden. Nå er det en stadig mer gjeldende realitet.

Vi ser konturene av flere industrieventyr rundt omkring i Norge. I mitt eget fylke er Borregaard et godt eksempel. Med 750 ansatte og 2 000 årsverk hos norske underleverandører bidrar de med opptil 1,2 mrd. kr til fellesskapet, som igjen sysselsetter lærere, leger og politifolk, og vi kan bygge veier, skoler og sykehjem.

Når Kristelig Folkeparti tenker på bærekraft og tilrettelegging for neste generasjon, er det kanskje lett å tenke på miljø og klima som det viktigste, men i et generasjonsperspektiv er det også helt avgjørende å skape verdier for kommende generasjoner. Det gjøres gjennom at vi legger til rette for innovasjon og nyskaping og videreutvikling av eksisterende virksomhet. I mange tilfeller går miljø og industri hånd i hånd.

Norsk industri er verdensledende på miljøteknologi. Dette har kommet som et resultat av et felles ønske fra

industrien og myndighetene om en industri med mindre miljøavtrykk. Statlig støtte til utvikling av miljøteknologi har vært en viktig pådriver. Nå ser vi at industrien har gått fra å være en del av klimautfordringene til å være en del av løsningen. Et eksempel er bioøkonomien, der fornybare ressurser som tre, tang og tare brukes til å produsere energi med svært lave klimautslipp. Det samme er bruken av ren vannkraft til å produsere kraftkrevende produkter som aluminium. Nå legges det også til rette for at datasentre, som krever enorme mengder energi, kan legges til Norge for å dra veksel på den rene kraften som vi produserer mye av.

De store industrieventyrene kommer ikke av seg selv. De er et resultat av vilje i næringen og tilretteleggelse fra myndighetene. Det er behov for at vi i større grad tilrettelegger i Norge, slik at vi blir i front på næringene som skal levere morgendagens løsninger. Da må vi styrke innsatsen.

Støtten til forskning, innovasjon og fornyelse må styrkes. Skattene bør endres i en mer næringsvennlig retning. Veier og jernbane må bygges ut. Vi må satse på realfag, osv. Vi må også ha oppmerksomhet på den viktigste forutsetningen for mange eksportbedrifter, nemlig kronkursen. Alt dette vil legge til rette for økt investering i norsk industri. Vi har fremdeles blant de høyeste lønningene i verden. Det gjør at vi fortsatt må levere de beste løsningene. Det er eneste veien ut av dette.

Disse rammene bør ligge til grunn når vi politikere, fagmiljø, bedrifter og organisasjoner nå skal slå hodene sammen og utvikle ny politikk som er best for industrien vår på lang sikt. Vesentlige og varige endringer i økonomien krever vesentlig og varig politisk arbeid. Det gjøres ikke gjennom strategier, handlingsplaner eller budsjetter. Det gjøres i en kombinasjon av stortingsmelding og budsjetter.

Derfor ser Kristelig Folkeparti fram til at det kommer en industrimelding. Og ja – vi gleder oss til å ta fatt på dette arbeidet så raskt den meldingen kommer.

Geir Pollestad (Sp) [10:23:10] (komiteens leder): Først vil jeg takke forslagsstillerne og saksordføreren for jobben, og for at vi får et vedtak om at vi skal få en stortingsmelding. Det er gledelig. Senterpartiet er opptatt av at den må ha et langsiktig perspektiv og en bredest mulig inngang til de ulike problemstillingene som angår industrien.

Det er noen forhold som er grunnleggende viktige. Tilgang til billig og miljøvennlig kraft er svært viktig for å bygge næringsliv, for å bygge industri. Meldingen må se på hvordan vi kan bruke kraften, men også hvordan vi kan sikre at industrien vår får sikker tilgang til ren og trygg kraft. Det kravet gjelder for hele landet.

Senterpartiet er også opptatt av at vi skal bruke det statlige eierskapet som et virkemiddel for å legge til rette for industribygging i Norge. Det er derfor dagens nyhet er så sørgelig – at Statkraft har lagt vekk prosjektet Fosen/Snillfjord. For det første er det et av de største investeringsprosjektene på det norske fastlandet noensinne, nå er det lagt vekk. Det har skjedd til tross for at Stortinget i desember bevilget 10 mrd. kr og Statkraft brukte nettopp dette prosjektet for å gjøre seg lekre for å få dette vedtaket. Nå registrerer jeg at statsråden er på ballen og har bedt Statkraft om en orientering. Det mener jeg er helt rett, for etter Sen-

terpartiets syn kan en simpelthen ikke godta den konklusjonen som Statkrafts styre har gjort i dag. Få forutsetninger har endret seg, de har snarere bedret seg, siden vedtaket ble gjort. Da er det ingen grunn til ikke å følge det opp. For en vet at for industrien og industribyggingen i Midt-Norge har det tidligere – og for ikke lenge siden – vært svært krevende år. Dette var et av de prosjektene som skulle sikre Midt-Norge en like sikker tilgang på kraft som resten av landet.

Videre vil jeg oppfordre statsråden til ikke å lage en hva-skal-vi-leve-av-etter-oljen-melding. For enten oljepriisen om fem år er 30 eller 100 dollar fatet, er det behov for at en i Norge satser på industribygging. Senterpartiet vil også understreke at vi ønsker at meldingen skal ha et tydelig perspektiv for å ta hele landet i bruk. Det gjelder både å legge til rette for ny industri og – kanskje ikke minst – bygge videre på de industriplassene vi har i dag.

Det er mange næringer en kunne pekt på, men for Senterpartiet vil det være særlig viktig med næringer som tar utgangspunkt i våre naturressurser, og vi tror at også i framtiden vil skogen, fisken og vannkraften være bærebjelker i norsk industri. Det er disse ressursene som har gjort Norge til et rikt land. Oljen har gjort oss til et styrtrikt land. Jeg tror at framtiden neppe blir veldig annerledes når det gjelder utsiktene for disse næringene, enn den viktigheten de har hatt fram til nå.

Pål Farstad (V) [10:26:52]: Saken om industriens rammevilkår er mer aktuell enn på lenge – den er hyperaktuell – så derfor takk til representantene fra Kristelig Folkeparti som har tatt opp denne saken, og takk til saksordføreren og øvrige komitémedlemmer for arbeidet.

I går var ordførere samlet i Stavanger – ordførere fra de kommunene og de delene av landet som er særlig berørt av de utfordringene petroleumsnæringen har. Det er denne delen av norsk industri som nå har størst utfordringer. Mange arbeidsplasser står på spill nå, og det er meget positivt at kommunale ledere tar tak – og jeg forventer at de tar tak i grønn retning. For det er nå det skal vises politisk lederskap for de neste årene ved å styrke rammevilkårene for industrien og sikre grønn omstilling i alle ulike sektorer, for derved å styrke Norges konkurranseevne og skape nye jobber. Slik det er i dag, er det en stor utfordring at 90 pst. av industriinvesteringene skjer i bedrifter knyttet til petroleumssektoren. Dette bidrar til at en for stor andel av de samlede investeringene blir knyttet til én klynge – og dermed en for liten andel investeringer i f.eks. framtidens grønne industrier. I Venstre ønsker vi derfor at det fremmes en industrimelding for å øke konkurransekraften til norsk industri, som bidrar til grønn vekst og gjennomføring av det grønne skiftet.

Det er allerede viktige utviklingsprosesser på gang. I regjeringens arbeid vil jeg gjerne framheve noen saker og noen områder som er særlig viktige for Venstre, som vi har valgt å ha stålfokus på, og som Venstre særlig vil prioritere å jobbe med: Det er sjømat og andre deler av marin sektor, herunder fiskeindustrien, det er maritim sektor, og det er næringsmiddelindustrien og reiseliv. Venstre vil jobbe for et grønt reiseliv. Stortinget har allerede bedt om en reise-

livsmelding som vi har forventninger til. I tillegg er bioøkonomistrategi et viktig punkt, som Venstre mener skal være blå-grønn, slik at hele fiskeri- og havbruksnæringen og landbruksnæringen skal bidra til et Norge som er verdensledende i bioøkonomi.

I dette arbeidet vil jeg også påpeke viktigheten av at den politikken som Stortinget og regjeringen vedtar, blir forankret bredt i samfunnet, slik at det blir enkelt for industrien og næringslivet å implementere alle politiske tiltak, initiativ osv. Derfor skal regjeringen og vi her på Stortinget nå komme sammen med akademien, interesseorganisasjoner og næringsaktører for å finne rammene og tiltakene for å skape et bærekraftig skifte i økonomien, som i størst mulig grad utnytter våre naturgitte forutsetninger og høye kompetanse.

Men jeg vil gjerne bruke anledningen til å understreke at det for Venstre er viktig at det også kommer konkrete løsninger for dagens situasjon og utfordringer den nærmeste tiden før stortingsmeldingen foreligger. Det var både saksordføreren og andre inne på tidligere. Derfor vil jeg vise til statsbudsjettet for 2015 og avtalen mellom samarbeidspartiene, som allerede gir en omfattende satsing på forskning og innovasjon i industrien og næringslivet. Flere program i Innovasjon Norge og Norges forskningsråd er styrket, og to nye landsdekkende såkornfond på 300 mill. kr hver etableres i disse dager. Totalt sett bidrar det vedtatte statsbudsjettet for 2015 til et taktskifte for økt konkurransekraft for norsk næringsliv. Det skal vi bruke for det det er verdt.

Venstre vil stemme for at det fra regjeringens side blir lagt fram en stortingsmelding om industriens rammevilkår. For Venstre er det viktig at vi rustet Norge for framtidens utfordringer – også nåværende utfordringer – og at Norges konkurransefortrinn styrkes i en grønn retning.

Statsråd Monica Mæland [10:31:46]: Dette forslaget setter et viktig tema på dagsordenen. Det handler om hvordan vi styrker konkurransekraften til norske bedrifter – og hvordan vi dermed sikrer både eksisterende arbeidsplasser og bidrar til at det skapes nye.

Som jeg skrev i mitt svar til næringskomiteen 4. desember, er økt konkurransekraft en av regjeringens viktigste oppgaver. Jeg deler representantenes vurdering av de utfordringer som industrien står overfor. Dette er samtidig problemstillinger som i hovedsak gjelder næringslivet også for øvrig.

En samlet næringskomité ber regjeringen legge fram en egen stortingsmelding om industriens rammevilkår. Å arbeide med en stortingsmelding gir en mulighet for å vurdere viktige utviklingstrekk og temaer for industrien. Jeg vil selvsagt ta med meg de synspunkter som framkommer i Stortingets debatt i dag.

Regjeringens industri- og næringspolitikk har som mål å bidra til omstilling og innovasjon. Målet er størst mulig verdiskaping i industrien og det øvrige næringslivet. Klima- og miljøutfordringene innebærer samtidig at vi må jobbe med å stimulere til et grønnere næringsliv. Skal vi lykkes, må hele næringslivet bli mer effektivt, drive smartere og kontinuerlig satse på mer miljøvennlig pro-

duksjon. Industrien er selvsagt en helt sentral del av dette.

Regjeringen har en bredt anlagt næringspolitikk. Vi har bl.a. redusert formuesskatten for å gjøre det mer attraktivt og lønnsomt å eie i bedrifter. Vi legger til rette for et bærekraftig og grønt næringsliv. At vi styrker Enova og miljøteknologiordningen, bidrar også til dette. I den anledning er det også riktig å slutte meg til næringskomiteens leder når det gjelder dagens melding fra Statkraft, og dette følger jeg selvsagt opp.

Det er viktig å føre en konkurransepolitikk for et vel fungerende marked og å jobbe for å tilrettelegge for handel og markedsadgang – og fra regjeringens side har vi også en stor satsing på samferdsel. Vi satsar på næringsrettet forskning, innovasjon og entreprenørskap. Budsjettet på dette viktige området er økt med nesten 1 mrd. kr siden regjeringsskiftet. Vi forenkler lover og regler som næringslivet må forholde seg til, for å redusere bedriftenes tidsbruk. Vi har lagt fram en maritim strategi. Vi jobber både med en gründerplan og en bioøkonomistrategi, og vi skal legge fram en stortingsmelding om reiseliv neste vår.

Regjeringen arbeider altså med en rekke tiltak og prosesser som er viktige for industriens utvikling og konkurransekraft. Scheel-utvalgets utredning har gitt viktige innspill til en vekstfremmende skattepolitikk. Grønn skattekommissjon skal vurdere omfang og nivå på eksisterende miljøavgifter, og om det bør innføres avgifter som kan være treffsikre på nye områder.

Regjeringen vil i det videre legge fram en stortingsmelding om en helhetlig energipolitikk, noe som også er viktig for industrien. Vi foretar også en gjennomgang av Innovasjon Norge hvor vi også vurderer grenseflatene mot SIVA og Norges forskningsråd.

Norsk industri har klart seg godt sammenlignet med industrien i mange land det er naturlig å sammenligne seg med, og selv om det er stigende utfordringer i petroleumsnæringen, så er det ingen krise for norsk industri. Ifølge Norsk Industris konjunkturrapport, som kom tidligere i år, venter industribedriftene en samlet omsetningsvekst på 2–3 pst. i 2015. Eksportbedriftene venter en vekst, men det ventes en nedgang på hjemmemarkedet.

Vi har altså en industri som skaper store verdier, med mye kunnskap og kloke hoder, og som er god til å ta i bruk ny teknologi. Norsk industri har stor omstillingsevne. Viktige industribedrifter har lenge stått for utvikling av miljø- og klimavennlig teknologi.

Det skjer hele tiden endringer som er viktige for industriens utvikling. Vi må ha en god forståelse av industriens rolle i et nødvendig grønt skifte i økonomien. Det skjer strukturendringer i økonomien og i hvordan produksjonen foregår. Dette påvirker rammene for industrivirksomhet i Norge framover, noe som naturligvis også påvirker rammene for nærings- og industripolitikken.

Regjeringens politikk er viktig for industriens konkurransekraft og utvikling. Vi har god kontakt med næringslivet, både industriens organisasjoner og enkeltbedrifter. Vi har altså satt i gang arbeid på viktige områder som har betydning for industriens rammevilkår, og vi vil selvsagt

følge opp næringskomiteens tilråding om å legge fram en stortingsmelding om dette.

Presidenten: Det åpnes for replikkordskifte.

Odd Omland (A) [10:36:42]: Jeg oppfatter det som om statsråden i sitt innlegg er positiv til forslaget, men slik jeg leser brevet som statsråden har sendt komiteen vedrørende dette forslaget, kan det synes som om statsråden ikke mener det er behov for å fremme en egen stortingsmelding, men at regjeringen heller ønsker å ta saken gjennom egne prosesser. Det samme ga vel også representanten Trellevik uttrykk for i sitt innlegg.

Jeg deler statsråden syn, at man ikke kan vente på en melding, og at det er behov for å handle og for tiltak underveis. Men spørsmålet er: Deler statsråden komiteens syn, at det er behov for en egen industrimelding, og at den vil bidra til å se helheten for å sikre industriens konkurransekraft?

Statsråd Monica Mæland [10:37:36]: Jeg redegjorde i mitt svar til komiteen for alle de prosesser vi har igangsatt, og som jeg også er opptatt av å gjennomføre.

Så er det riktig, som representanten sier, at jeg sa at jeg ville følge dette nøye. Jeg synes tidspunktet nå er riktig, men det må følges opp av kontinuerlig politikk hver eneste dag; man kan ikke vente på en melding. Men det er en god tid for å beskrive industriens utfordringer, prøve å forstå de rammevilkår vi ser framover, og som vi ser endre seg hele tiden. Så vi kommer til å gjøre det komiteen ber om, og vi støtter komiteens innstilling på dette punktet.

Geir Pollestad (Sp) [10:38:25]: Jeg sa i mitt innlegg at tilgang til kraft har vært og er et av Norges fortrinn når det gjelder industribygging. Vi har hatt en uklar situasjon om forsyningssikkerheten i Midt-Norge. En av de tingene som skulle løse dette, var en investeringsbeslutning og en bygging av vindkraftprosjektet på Fosen og i Snillfjord. Nå har det kommet melding om at det er stanset. Jeg har registrert at statsråden har sendt brev og bedt om en redegjørelse. Mitt spørsmål er: Er det aktuelt, ut fra når en får svar på brevet, å foreta seg noe for å sikre at dette viktige prosjektet, en investering på rundt 20 mrd. kr, faktisk blir gjennomført?

Statsråd Monica Mæland [10:39:19]: Denne beslutningen er overraskende på flere måter, og der deler jeg representantens syn, slik det framkom fra talerstolen. Vi ber nå om en begrunnelse for den beslutningen. Vi ønsker først og fremst å få vite hva som har endret seg fra desember og fram til nå, og som har endret beslutningsgrunnlaget. Så er olje- og energiministeren i gang med å se på hvilke konsekvenser dette får for Midt-Norge, for dette henger jo sammen med viktige investeringer som Statnett skulle ha gjort.

Når det gjelder beslutningen, er det jo styret i selskapet som fatter en beslutning. Det gjør ikke vi i regjering, men vi må nå gå gjennom den redegjørelsen vi formodentlig får ganske snart, og så må vi komme tilbake til saken.

Geir Pollestad (Sp) [10:40:00]: Jeg takker for svaret.

Det er rett som det er sagt, at det er styret som har ansvaret. Men bare for å få det oppklart rent formelt: Har regjeringen noen mulighet til å overprøve den beslutningen som styret har tatt?

Statsråd Monica Mæland [10:40:27]: Rent formelt fatter ikke regjeringen enkeltbeslutninger i selskaper, men regjeringen kan ha synspunkt på den strategiplanen som selskapet la fram for regjering og for storting, på grunnlaget for den og prosessen rundt den.

Knut Storberget (A) [10:40:52]: Den utviklinga vi ser i norsk industri, og særlig den oljerelaterte, kan jo bidra til at man nærmest går i panikkfase, men samtidig er det vel flere – også statsråden og regjeringa – som ser at dette åpner for store muligheter. Jeg har lyst til å trekke fram skogindustrien og de skogindustrielle initiativ som nå er i ferd med å melde seg, og det samsvarer på mange måter veldig godt med det mange av debattantene i dag har vist at vi har behov for, ny industri basert på nye ressurser, det skal være klimavennlig og fornybart, og det bidrar også til å trekke på mye av den kompetansen som vi ser vil måtte flyttes i en industriell utvikling.

Skogindustrien står overfor store utfordringer, og vi har bl.a. sett at kapitaltilførselen er en utfordring, og lite bruk av bl.a. midlene i Investinor. Er det aktuelt for regjeringa å se på mulige tiltak som kan bedre kapitaltilførselen nettopp for denne næringa?

Statsråd Monica Mæland [10:41:55]: Først og fremst er jeg veldig enig i den beskrivelsen. Dette er kritisk, og det er krise for de menneskene som rammes, men for industrien totalt sett er vi i en konjunkturedning. Det er en omstillingssituasjon vi har sett før, og som vi kommer til å se igjen, og vi har en industri som er flink til å omstille seg. Ikke minst er det viktig å ta i bruk ny teknologi på både eksisterende og nye områder. Vi produserte ting for 50 år siden som vi ikke gjør i dag, og vi kommer til å produsere ting om 50 år som vi ikke gjør i dag. Så det å satse på kunnskap blir utrolig viktig.

Jeg ser også mange muligheter med bioøkonomi innenfor skogsatsingen, og det er bekymringsfullt at de innretningene vi har, de virkemidlene vi har, bl.a. gjennom Investinor, ikke virker på den måten det hadde til hensikt. Vi gjennomgår nå det og vil komme tilbake til det, for når vi har kapital tilgjengelig, så er det jo viktig at det brukes målrettet.

Presidenten: Replikskiftet er dermed omme.

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

Knut Storberget (A) [10:43:12]: Jeg skal – jeg holdt på å si – fortsette der replikken slapp. Jeg er helt enig med representanten Ove Trellevik og flere som har gitt uttrykk for at det å arbeide med en stortingsmelding på dette feltet er viktig. Men det må ikke innebære noen som helst hvilepute for det å være – både her i Stortinget, og i særdeleshet

regjeringa som utøvende makt – «hands on» når det gjelder utviklinga knyttet til en god del industrielle aktører i Norge.

Jeg har lyst til å bruke disse korte tre minuttene til å ta opp to problemstillinger, som for så vidt er lokale, på bakgrunn av der jeg kommer fra, Hedmark, men som jeg mener har nasjonal betydning.

Det første er det som replikken omtalte, spørsmålet om utviklinga av en større, kanskje en annen type, skogindustri enn det vi har i dag – ikke bare den tradisjonelle, men at vi går videre på mye av det sporet som vi bl.a. ser Borregaard og andre aktører nå er i ferd med å utvikle for fullt. Det er en svært spennende industriell utvikling, der Norge kan ha mange fortrinn. Jeg vil, så sterkt jeg bare kan, oppfordre regjeringa til så raskt som mulig å komme til Stortinget med tiltak som bidrar til bl.a. å følge opp Skog 22 på mange områder, men i særdeleshet knyttet til forskning og utvikling. Det handler om å bygge sterke, kanskje færre, kompetansetilførsel enn det vi har i dag, for de er ganske sårbare og fragmenterte på det området, og ikke minst få til – nå som det ser ut som en god del ideer faktisk er i kjømda – en kapitaltilførsel til dette som gjør at det er mulig å sette i gang. Jeg mener at en god del av de kapitalaktørene vi står med i virkemiddelapparatet, nok fint må kunne tåle bl.a. å senke risikokravene noe, slik at det er mulig å komme inn tidligere for å utvikle ganske så gode ideer. Her snakker vi om både biokull, biodrivstoff og mange andre fasetter, som klimamessig også ville skape en vinn-vinn-situasjon.

Det andre jeg har lyst til å peke på – jeg vet at næringsministeren har vært opptatt av det, og den forrige regjeringa var opptatt av det – er at vi har en legemiddelindustri som er i ferd med å forsvinne ut av landet. På Elverum hadde vi Nycomed Pharma, som skal stenge dørene 1. juli. Prisverdig nok, bl.a. ut fra god hjelp fra forrige og nåværende regjering, har man klart å etablere en ny kjerneaktivitet under navnet Curida. Og jeg vil bruke denne anledningen til å oppfordre veldig sterkt om at man går inn i den planlagte virksomheten og ser om man kan bidra, slik at vi fortsatt i Norge kan bibeholde en sterk industri også på dette området.

Gunnar Gundersen (H) [10:46:28]: Representanten Heimdal var inne på at en aktiv næringspolitikk forutsetter god tilrettelegging fra myndighetenes side, en kombinasjon av god tilrettelegging og vilje til å satse – og det er jeg veldig enig i. Jeg vil samtidig understreke at regjeringen allerede har gjort veldig mye, så jeg er veldig glad for den flertallsmerknaden som går ut på at tiltak må kunne iverksettes løpende – ikke i påvente av en stortingsmelding. For det er slik, som også Trellevik var inne på, at regjeringen har gjort en rekke aktive prioriteringer i statsbudsjettet siden den tiltrådte, som går direkte på å skaffe bedre konkurransekraft. Det har vært et hovedtema for denne regjeringen helt siden tiltredelsen. Det går på forskning og utvikling, FoU, det går på samferdsel og det går på skattepolitikken, som er til for å styrke næringslivets grunnlag. Og det er nokså uforståelig å høre de rød-grønne argumentere rundt formueskatten, og at man ikke skjønner at det å

trekke ut kapital fra Bedrifts-Norge, svekker dets evne til å satse på nye ting.

Så her er det gjort en rekke overordnede, politiske grep på flere områder, og det er også gjort en rekke grep når man går ned til enkelt næringer: Maritim har vi akkurat vært igjennom, havbruk har vi en stortingsmelding om som ligger i Stortinget, og på landbruk vet alle hvilken diskusjon vi har rundt å skape større konkurransekraft. Så det er et sterkt fokus fra regjeringens side på dette.

Så jeg skulle egentlig ønske at Odd Omland hadde vært stortingsrepresentant også i de to foregående periodene, for vi kan ikke glemme at en rekke av de tradisjonelle industriene opplevde så dårlige konkurransevilkår under de rød-grønne at de nærmest forsvant. Det gjelder den skogsindustrien som Storberget nå viser så stor omtanke for, det gjelder farmasøytisk industri, og det gjelder en rekke industrigrener som burde ha framtida foran seg, men som rett og slett ble utkonkurrert av et lønns- og kostnadsnivå i Norge som gjorde at de ikke klarte seg i den internasjonale konkurransen.

Tilrettelegging må jo også skje på en riktig måte. Vi har alle Doria i bakhodet. Det var en satsing hvor staten gikk inn med store midler i en satsing som på mange måter ødela veldig mange små og mellomstore bedrifter innen treforedling, altså på dør- og vindusmarkedet i Norge, og som deretter gikk konkurs.

Så det er også viktig at her bruker vi de rette grepene for å nå fram til en framtidsrettet industri, og jeg synes det er en veldig god start med den flertallsmerkningen som Dokument 8-forslaget ligger til grunn for.

Øyvind Korsberg (FrP) [10:49:46]: La meg starte med å takke saksordfører Omland for arbeidet med innstillingen. Jeg merket meg at han i sitt innlegg sa at man må sikre norsk industri konkurransekraft. Det er jeg helt enig i, men regjeringen har også en ambisjon om å øke den konkurransekraften, og det tror jeg er viktig. For det er jo helt riktig, som representanten Gunnar Gundersen i sitt innlegg pekte på, at det var en manglende satsing på norsk industri under den forrige regjeringen. Det var også årsaken til at vi den gangen fremmet et representantforslag for å få en melding til Stortinget, men som de rød-grønne den gangen stemte ned.

Det er mange næringer og sektorer man kan putte ordet «industri» etter. Det er ferdigvarer, helse, fisk, landbruk, legemiddel, farmasi, mineral, kraft osv. Det er klart at når man da skal lage en melding, vil den meldingen kunne trekke opp de store linjene, og felles for alle disse er at de er i sterk konkurranse, sterk internasjonal konkurranse. Og da må vi se på de forholdene som gjør at vi samlet sett kan gi gode verktøy til disse næringene, og da er jo, som tidligere nevnt, dette med skatt og avgifter helt avgjørende. Formuesskatten er nevnt, den kan ikke nevnes for ofte, og jeg synes det ville vært et spenstig grep å kunne gjøre noe med den.

Denne regjeringen har gjort veldig mye og gjør veldig mye hele tiden, for det er, som flere har sagt, viktig at man er på ballen hele tiden når det gjelder å legge forholdene til rette for næringsliv og industri. Denne regjeringen gjør

det hver eneste dag og denne statsråden gjør det hver eneste dag – styrker norsk næringsliv og norsk industri. Det siste som ble lagt fram, er en ny maritim strategi, som ble hyllet av en samlet næring, så det viser at regjeringen og statsråden er på ballen hver eneste dag.

Det er ganske interessant å merke seg at representanten Pollestad er bekymret for kraftsituasjonen i Midt-Norge. Det var jeg bekymret for også under den forrige regjeringen. Den forrige regjeringen gjorde altså i realiteten ingenting for å styrke den situasjonen, men jeg er glad for at Pollestad, i likhet med meg, har tillit til at denne regjeringen kommer til å løse den utfordringen, som de rød-grønne ikke løste.

Rigmor Andersen Eide (KrF) [10:53:09]: Stortinget har tidligere behandlet fiskerimeldinga, landbruksmeldinga, forskingsmeldinga og petroleumsmeldinga, og i dag blir det flertall for en stortingsmelding om styrking av norsk industri.

Som medforslagsstiller til representantforslaget om tiltak for å styrke norsk industri, som vi behandler i dag, må jeg si meg glad for at regjeringa nå vil komme med en industrimelding til Stortinget. Allerede høsten 2014 ga frontalen oss det utvetydige budskapet: «Oljeaktiviteten vil ikke lenger være motoren for vår økonomiske vekst.»

Den maritime klynga i Møre og Romsdal, som ligger mitt hjerte nærmest, går trolig inn i en periode som blir forretningsmessig krevende de kommende årene. Vi bør ha en visjon om å etablere verdens mest effektive og miljøvennlige sjøtransport i norsk farvann. Gjennomsnittsalderen til de norske fergene og hurtigbåtene er på nærmere 30 år, og mange av dem er rene utslippsbombene.

I spørretimen 4. mars i år utfordret jeg statsministeren på hvordan regjeringa vil kunne stimulere til et grønt skifte innen den maritime næringa. Statsministeren antyder i svaret jeg fikk, at dette er et arbeid som bør skje mellom ulike departementer, ulike næringer og andre for å se på effektive tiltak. Noen konklusjon på om det mest effektive er å få forgang i hurtigbåtbygging, inngå nye kontrakter i fergesamband eller bygge broer i dette landet, særlig på Vestlandet, ga statsministeren ikke i spørretimen. Derfor vil bl.a. sammenhengen mellom styrking av norsk industri og utvikling av grønne tiltak innen drivstoffteknologi bli til en helhetlig politikk via en industrimelding.

Den 20. mai i år meldte NRK Møre og Romsdal om at Det Norske Veritas har analysert 52 fergestrekninger, og hvis disse erstattes med elferger, vil dette kunne kutte de totale utslippene med om lag 40 pst. Elferger gir innsparing på drivstoffutgiftene, som igjen gir konkurransefordeler i kontrakter ved bygging av nye og banebrytende fergefartøy. Regjeringa og Kristelig Folkeparti har som mål at Norge skal være blant Europas mest innovative land, og industrien er blant de viktigste områdene i en slik utvikling.

Jeg ser at tida løper fra meg. Jeg skulle gjerne kommentert Ove Bernt Trelleviks bekymring: Jeg tror regjeringa vil takle å gjøre begge deler, både å legge fram en melding og ha tiltak som er viktige i denne situasjonen.

Vi tror også at det ikke bare er den maritime næringa

som er viktig. Vi ser også at vi har mye kompetanse i hele landet, og denne kompetansen må ikke forvitte. Det gjelder treforedlingsnæringa, som i år har hatt mange utfordringer, det gjelder metallnæringa og møbelnæringa. Ja, her er mange utfordringer og mange muligheter.

Ruth Grung (A) [10:56:30]: Jeg kunne gjerne først si meg enig med siste taler, men jeg tror det er viktig at vi i utformingen av den framtidige nærings- og industripolitikken ser på hva som er hovedgrunnen til at vi har hatt så stor suksess innenfor vår industripolitikk, til tross for et høyt internasjonalt lønnsnivå, og det tror jeg er spesielt den evnen vi har til omstilling og til det å finne kreative og smarte løsninger.

Dette gjelder spesielt to områder. Det ene er at vi har organisert bedriftene slik at det er kort vei internt i bedriftene, men også det at vi har evnen til å gå på tvers av bransjer og å bruke kompetansen. Dette ser vi spesielt på Vestlandet – fra maritim næring til offshore vedlikehold, og nå til marin næring og sjøfart – hvor man da bruker den teknologien for å se på om det er muligheter for å få flere av anleggene til sjøs og deler av produksjonen til land.

Men som medlem av helse- og omsorgskomiteen ønsker jeg først og fremst å bruke tiden til å løfte fram en ny bransje hvor det er et stort potensial, og det er innenfor helseindustri. For det har vært utfordrende å se at vi, når vi investerer så mye i forskning innenfor dette området, ikke klarer å kapitalisere mer. Selv om det finnes noen flotte historier, så mener vi at det er et stort potensial, og ikke minst HelseOmsorg21 peker på det. Vi har også nisjer der vi ligger helt i verdensklassen, som innenfor persontilpasset medisin, som er neste sak på dagsordenen her i dag.

Arbeiderpartiet tror ikke at det hjelper med næringsnøytralitet. En må gå inn og se på hva som er de spesielle utfordringene innenfor de enkelte næringene. Spesielt innenfor farma og utvikling av medikamenter – innenfor klinisk forskning – tar det utrolig lang tid å ta hensyn til fordeling av risiko og verdikjeden. Så jeg er veldig glad for at Venstre var med på å sikre flere midler til en såkornordning. Det tror vi er et viktig element. Jeg vet at Sarsiafondet i Bergen har gjort veldig mye bra på dette området. Men det handler også om å se litt på kulturen internt innenfor helse. Det er utrolig mange flinke folk, men de tenker liksom ikke næring. Det å premiere dem som løfter fram dette feltet, tror vi også er viktig.

Så må man også se sammenhengen mellom bioøkonomi og marin næring og knytte dette tettere sammen. Der ligger det også et potensial. Det gledelige er at innenfor dette feltet har Arbeiderpartiet, sammen med Høyre, løftet dette i vår komité. Så vi håper at man i arbeidet framover klarer å koordinere de ulike områdene og løfte dem fram, for dette er en næring som er i sin spede begynnelse, iallfall i norsk målestokk, men den har stort potensial.

Else-May Botten (A) [10:59:43]: Vi har hundre års industrierfaring og -historie bak oss, som det er viktig å bygge opp under, og også å bidra til nye hundre år.

Industrien har faktisk etablert seg ute på bergene, inne

i fjordene, inne i landet og i byene, så det er jo sånn at man finner massevis av spennende løsninger, og man skaper sine nisjer og benytter seg av de komparative fortrinnene man har. Mange av dem opererer i et globalt marked, noe som gir muligheter, men som også kan være ganske krevende. Det krever mye av næringsaktørene selv, ansattes kompetanse må matche, men det krever også mye av oss som politikere.

Jeg merket meg at Gunnar Gundersens omskriving av historien ble framlagt her, der han sa at man ikke gjør noe som helst – eller at man ikke gjorde noe – fra de rød-grønnes side når det gjelder aktiv næringspolitikk. Da må jeg bare minne om at det ble skapt 350 000 nye arbeidsplasser mens de rød-grønne styrte landet. Nå er vi altså i en situasjon der vi har den høyeste arbeidsledigheten på ti år, så jeg tror kanskje at ydmykhetsgraden burde vært justert lite grann.

I 2013 la de rød-grønne fram en stortingsmelding som fikk navnet «Mangfold av vinnere». Den ble lagt i skuffen da den nye regjeringen kom på plass. Det var en stortingsmelding for omstilling og for ny vekst, og vi tok tak i ikke bare de næringene som hadde komparative fortrinn i utgangspunktet, som energi, marine næringer, maritim miljøteknologi og reiseliv, men vi bygde opp under IKT-næringen og ikke minst helseindustrien, som har vært nevnt tidligere her. Det er utrolig viktig å ha det fokuset også framover.

Hvis man skal legge fram en ny stortingsmelding, er det viktig å se på generelle rammebetingelser for industrien, men også å ha fokus på en aktiv næringspolitikk konkret rettet mot de enkelte næringene, for noen trenger mer spesifikke løsninger.

Hvis formuesskatten var det som løste alt, burde vi jo sett en veldig stor vekst nå, men Finansdepartementet har problemer med å legge fram dokumentasjon på at dette har skapt ny vekst per nå. Så også det må vi vel ha tålmodighet for å se resultatet av.

Så til Fremskrittspartiets Korsbergs uttalelse om at de rød-grønne ikke gjorde noe på energiområdet. Da kan jeg minne om den saken som vi har fått over oss i dag tidlig. Når det gjelder Statkraft, var det nettopp de rød-grønne som bidro til å legge til rette for de grønne sertifikatene som faktisk lå på bordet, slik at man offensivt kunne imøtekomme den situasjonen med havneutbyggingen tidligere. Så her må representanten muligens ha sovet litt i timen.

Gunnar Gundersen (H) [11:02:54]: Jeg kan ikke la dette med ydmykhet gå uten at jeg returnerer den, for jeg må bare si at jeg er forundret over at man ikke viser en viss ydmykhet overfor de fenomenale rammebetingelser som norsk økonomi hadde i internasjonal sammenheng i de åtte årene mellom 2005 og 2013. Da gikk stort sett oljeprisene oppover, bortsett fra en «dip» ned i finanskrisen, men vi opplevde en periode der bytteforholdet vårt, målt etter Finansdepartementets statistikker, utviklet seg bedre enn noen gang i norsk historie – noen gang i norsk historie! Det er nettopp det som gjør at vi bør ha en ganske stor ydmykhet overfor den omstillingsprosessen vi nå skal inn i, med mindre vi tror at oljeprisen skal opp igjen og utvikle seg på

samme måte som før. Det førte jo nettopp til at det meste av de jobbene som ble skapt, var i en oljerelatert sammenheng. Nå kan vi ikke basere oss på det lenger. Det er en helt annen utfordring denne regjeringen her står overfor, enn det man gjorde da. Så jeg vil gjerne returnere det med å si at jeg synes det også bør være en ydmykhet fra de rødgrønne for at man hadde fenomenale rammebetingelser internasjonalt, og en ydmykhet overfor at man etterlot seg en utfordring som denne regjeringen må ta fatt i, og som man egentlig bare bidro til å forsterke i sin periode.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1.

S a k n r. 2 [11:04:32]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiten og Karianne O. Tung om satsing på persontilpasset medisin i Norge (Innst. 275 S (2014–2015), jf. Dokument 8:66 S (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:05:26] (ordfører for saken): Først av alt har jeg lyst til å takke for et godt samarbeid i komiteen om denne saken. Det hette i barnesangen at vi er forskjellige utenpå, men inni er vi like. Det er nok en sannhet med modifikasjoner. Vi er faktisk ulike både på utsiden og på innsiden. Vi er alle forskjellige, vi er alle unike, og medisin og behandling virker – og kan virke – ulikt på oss ut fra de gener vi faktisk har.

Persontilpasset medisin er en betegnelse på et sett av diagnostiske metoder som i større grad tar sikte på å møte enkeltpersoner ut fra deres gener, muligheter, enn tradisjonell medisin. Persontilpasset medisin søker å finne behandling og mulighet for forebyggende behandling tilpasset den enkelte, og det er egentlig kjempfantastisk. Formålet med denne behandlingen er å gi behandling som bedre samsvarer med pasientens biologi. Man skreddersyr behandling, noe som også kan forebygges og gi færre bivirkninger for den enkelte.

De regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst fikk våren 2013 i oppdrag å utrede akkurat dette. Rapporten ble ferdigstilt i 2014, og den inneholder bl.a. nasjonal strategi, genomundersøkelser for pasienter med sjeldne sykdommer, bred genomundersøkelse med en genpakkeanalyse og forskning – bare for å nevne noe.

Utvalget anbefaler en trinnvis utforming av tilbudet, at

det først skal innføres på pasientområder der pasientnyttene er åpenbar, og deretter kunne utvides. Gruppen la vekt på tre ting:

1. Utdanning og kompetanseutvikling
2. Etablering av nasjonal anonymisert database over genetisk informasjon
3. Oppbygging av teknologi, teknologisamarbeid med nasjonale faglige nettverk

Det å innføre genundersøkelser på bredt grunnlag i helsetjenesten reiser samtidig betydelige juridiske og etiske spørsmål. Resultatet av sånne undersøkelser er sensitive og må behandles forsvarlig, sånn at ulovlig og uetisk bruk av disse dataene forhindres. Hvem, hvordan og hvilke opplysninger skal helsepersonell ha tilgang til, og hvilke opplysninger skal pasienten selv ha tilgang til? Dette er store og sammensatte problemstillinger.

Persontilpasset medisin gir også mulighet til å vurdere risikoen for sykdom før man som pasient har kliniske symptomer eller tegn. Hva vil denne genopplysningen gjøre med livskvaliteten for et menneske som vet at en har gener som kan utvikle, men som ikke sikkert utvikler, sykdom? Samtidig gir det pasientene mulighet til å forebygges og forsinke eller hindre en eventuell sykdomsutvikling.

Vi som samfunn og helsevesenet må manøvrere oss i disse vanskelige dilemmaene både juridisk, etisk og faglig. Da er all denne kompetansen sentral i en persontilpasset medisinutvikling, noe Kristelig Folkeparti er opptatt av skal lykkes, men med en god bunn som legger til rette for det.

Kristelig Folkeparti støtter seg til flertallet i komiteen, som viser til at Helsedirektoratet allerede har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi. Kristelig Folkeparti stemmer derfor nå imot enkeltforslagene fordi vi tror dette vil komme som en del av den kommende strategien.

Karianne O. Tung (A) [11:10:24]: Persontilpasset medisin, eller presisjonsmedisin, er en betegnelse på et sett med diagnostiske metoder som i større grad enn tradisjonell medisin søker å finne behandling eller forebygging som er tilpasset den enkelte – i hovedsak genetiske – egenskaper.

Målsettingen er å kunne tilby den enkelte en bedre og mer presis behandling med færre bivirkninger, bygget på pasientens særegne biologiske egenskaper.

Daværende helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre fra Arbeiderpartiet ga våren 2013 på denne bakgrunn de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst, i oppdrag å utrede persontilpasset medisin i helsetjenesten. Initiativet sprang ut fra regjeringen Stoltenbergs ønske om å utvikle en nasjonal og helhetlig strategisk tilnærming til persontilpasset medisin. Rapporten ble ferdigstilt i 2014, og det er nå avgjørende at regjeringen Solberg og helseministeren raskt følger opp med nødvendig strategi og finansiering.

Arbeiderpartiet er klar over at persontilpasset medisin reiser juridiske og etiske spørsmål, akkurat på samme måte som tidligere medisinske framskritt har gjort det, og akkurat på samme måte som framtidige framskritt vil gjøre det. Dette farvannet må vi navigere klokt i. Samtidig er dette et

farvann som kan bety betydelige forbedringer for hver enkelt pasient. Det er sånn sett virkelig snakk om pasientens helsetjeneste i praksis.

Det er også viktig å merke seg viktigheten av å se på hvordan ulike former for persontilpasset medisin kan virke i kombinasjon med hverandre eller i kombinasjon med andre former for behandling, som f.eks. stråling eller cellegift.

Persontilpasset medisin kan gi store forbedringer i behandlingen. Ved å kunne målrette behandlingen gjennom riktig type behandling for hver enkelt reduseres belastningen ved feilmedisinering og minskes risikoen for bivirkninger for pasienten. Videre er det også et viktig moment at dette feltet, med sine fortrinn, kan bidra som en bærebjelke for økt verdiskaping og nasjonaløkonomisk verdiskaping på helseområdet, akkurat slik som HelseOmsorg21 og langtidsplanen for forskning og høyere utdanning har pekt på, og som vi i Arbeiderpartiet mener alvor med å følge opp.

Persontilpasset medisin kan i framtiden få en stor plass både i helsetjenesten og i norsk næringsliv hvis vi ønsker det, og målrettet bidra til at det skjer. Departementet er i gang med å se på en nasjonal strategi, noe jeg oppfatter alle politiske partier støtter opp om. Men det er videre med en viss forundring jeg registrerer at ingen andre partier enn Arbeiderpartiet ønsker å bidra til å legge føringer for hva denne strategien må inkludere, nemlig en satsing på utdanning og kompetanseutvikling, på etablering av nasjonal, aidentifisert database over genetiske variasjoner, oppbygging av teknologi, teknologisamarbeid og nasjonale faglige nettverk. Forslag til finansieringsplan for satsingen bør også legges fram.

Arbeiderpartiet erkjenner at i en oppbyggings- og startfase er persontilpasset medisin i et klinisk perspektiv så spesielt, så krevende og så komplekst å jobbe med at dette ikke bør foregå på alle sykehus i hele landet, men i de helseforetakene som har gode kliniske genetikkmiljø.

Det har i innspurten oppstått så mange uklarheter at vi velger ikke å fremme forslag nr. 4 i saken.

Til sist er vi glad for at Sosialistisk Venstreparti er enig med oss i én ting, nemlig at persontilpasset medisin og behovet for lik tilgang på lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ulike kliniske studier i Norge henger sammen.

Arbeiderpartiet er stolt over at vi ønsker å bidra til en framtidsrettet utvikling av helsetjenesten og videre til et godt grunnlag for norsk helseindustri og fremmer derfor forslagene nr. 1, 2 og 3 i saken.

Presidenten: Representanten Karianne O. Tung har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Sveinung Stensland (H) [11:14:56]: Vi vil skape pasientenes helsetjeneste, som også Karianne O. Tung var inne på. Vi ønsker å sette pasienten i sentrum, og strengt tatt vil jo da all behandling bli mer persontilpasset. Så persontilpasset medisin passer ganske godt inn i vårt overordnede mål for helsetjenesten.

Persontilpasset medisin har som formål å gi bedre sam-

svar mellom pasientens biologi, diagnostikk og behandling. Mer fullstendig informasjon om den enkelte pasient vil øke sjansen for vellykket behandling, samtidig som risikoen for bivirkninger blir redusert. I en viss forstand har persontilpassing alltid vært et ideal i medisinen, og det er ikke noe nytt konsept. Likevel er det en kjensgjerning at det er behov for mer persontilpassing og mer målretting innen medisinsk behandling.

Hver dag behandles en rekke pasienter uten at en oppnår det ønskede resultatet. Dette innebærer at mange mottar en behandling de ikke får nytte av, og i verste fall kan behandlingen gi alvorlige bivirkninger. Utfordringen i dag er at vi ikke klarer å skille de personene som vil ha glede av en gitt behandling, fra dem som ikke vil oppnå effekt, ved en del behandlingsregimer.

Dagens diagnostikk er basert på en klinisk sykehistorie med symptomer og ulike funksjonstester, patologisk vurdering og laboratorieanalyser av blod- og vevsprøver samt ulike billedundersøkelser. Denne informasjonen kan være utilstrekkelig, og vi trenger å vite enda mer om den enkelte pasient for å kunne utføre den finklassifiseringen som er nødvendig for en mer skreddersydd behandling. I persontilpasset medisin ses forskjellige typer pasientinformasjon i sammenheng for å avdekke individspesifikke faktorer med relevans for sykdom og behandling. Sånn sett representerer persontilpasset medisin nye behandlingsstrategier, med legemidler som er utviklet for å virke med størst mulig presisjon, i riktig mengde og med størst mulig effekt. Utviklingen av nye, målrettede legemidler som blokkerer effekter eller retter opp spesifikke feil og mangler på et molekylært nivå, har særlig skutt fart de siste ti årene, og det blir stadig registrert nye legemidler med den type egenskaper.

I denne saken fremmer Arbeiderpartiet forslag om å satse på persontilpasset medisin og har nå fremmet tre forslag som skal gi en retning på dette. Dette er imidlertid et arbeid som allerede er godt i gang. Rapporten fra den nasjonale utredningen, gjennomført av de regionale helseforetakene, viser at det er riktig å videreføre arbeidet med persontilpasset medisin i Norge. Helsedepartementet har igangsatt et slikt arbeid med en strategi for nettopp dette, og vi i Høyre stiller oss bak de føringer departementet har gitt for arbeidet med strategien og den handlingsrettede planen. Høyre mener det er behov for å øke antallet kliniske studier og også norske pasienters adgang til å delta i utprøvende behandling. Regjeringen har en offensiv politikk for mer klinisk forskning i Norge, noe som er tydelig og synlig i den nylig fremlagte legemiddelmeldingen.

Arbeidet med persontilpasset medisin vil også medvirke til mer klinisk forskning og eksperimentell behandling, og således støtter det opp under et av målene i regjeringens plattform. Vi mener imidlertid innføring av persontilpasset medisin reiser en rekke faglige, etiske, praktiske og økonomiske spørsmål som taler for at dette må gjennomføres etter nøye utredning. I tillegg undrer vi oss over hastverket med å opprette et slikt senter akkurat i Oslo, og derfor er det gledelig at forslag nr. 4 nå ikke blir fremmet. Arbeidsgruppens arbeid og sakens natur viser at persontilpasset medisin forventes å få stor betydning for mange områder

innen helsetjenesten, og dermed også kommer til å omfatte et stort antall pasienter. Det kan bety at denne kompetansen må finnes på tilnærmede like vilkår i alle helseregioner, og da blir et viktig spørsmål om dette skal være ett senter, flere sentre eller et nettverk av sentre. Det må vi komme tilbake til når strategien er ferdig.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten. Fristen er innen utløpet av året. Regjeringen har varslet tiltak som kan bidra til en godt forberedt implementering av persontilpasset medisin i helsetjenesten. Vi vil følge spent med på utviklingen av denne strategien og innføringen av persontilpasset medisin. Vi støtter det meste av intensjonene i forslagene fra Arbeiderpartiet, men vi anser det ikke som nødvendig å forsere arbeidet eller å korrigere de retningslinjene regjeringen allerede har gitt for dette.

Kjersti Toppe (Sp) [11:19:40]: Først vil eg seia at det er veldig bra at Arbeiderpartiet fremjar dette forslaget, fordi persontilpassa medisin er ikkje eit område innan medisin som vi har debattert ofte. Slik sett er det eit viktig forslag. Persontilpassa medisin representerer det norske helsevesen på sitt beste og er eit veldig viktig satsingsområde. Ein kan stilla sikrere diagnose og sikrere prognose, og ein kan skreddarsy behandlinga. Dette vil verta eit tilbod som veldig mange kan få bruk for i framtida etter kvart som det vert utvikla.

Saka gjer greie for at det skjer mykje godt arbeid, og at det er mykje positivt som skjer i helsevesenet på dette området. Fleire har vist til at dei regionale helseføretaka under leiing av Helse Sør-Øst våren 2013 fekk i oppdrag å utgreia persontilpassa medisin i helsetenesta. Denne rapporten var ferdigstilt i 2014 og inneheld ei rekkje tilrådingar og føreslåtte føringar for å implementera persontilpassa medisin i helsetenesta. Så har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeida ein slik nasjonal strategi. I denne saka synest eg at statsråden gjer godt greie for korleis regjering og departement har tenkt å følgja opp denne saka vidare. Ein ventar no på at direktoratet skal utarbeida den nasjonale strategien med utgangspunkt bl.a. i den rapporten som fagmiljøa hadde tilrådd. Så får ein koma tilbake til den politiske oppfølginga, men eg og Senterpartiet har tillit til dei prosessane som er i gang og ser det ikkje som nødvendig å stemma for forslaga frå Arbeiderpartiet i denne saka, sjølv om vi sjølv sagt deler intensjonane som ligg bak.

Eg har ein merknad og vil peika på det som har kome fram om forslag nr. 4, som no heldigvis er trekt av Arbeiderpartiet. Eg hadde tilrådd Arbeiderpartiet å trekkja det dersom dei ikkje hadde gjort det sjølv, så det var jo positivt. Her har det kome noko usikkert inn i siste omgang. Det er vanskeleg for oss å sjå korleis vi skal stilla oss til det på ein måte, men vi har i innstillinga vist til rapporten frå helseføretaka. I den trykte versjonen står det at eit av tiltaka som vert tilrådd, er å etablera eit nasjonalt kompetansesenter for persontilpassa medisin. Det som vert hevda frå dei som sit i gruppa, er at dette var ikkje deira tilråding. Tilrådinga var at det bør etablerast eit nasjonalt nettverk av regionale kompetansesenter for persontilpassa medisin. Argumentasjonen for at ein på dette området ikkje treng eit nasjonalt

kompetansesenter, men eit nasjonalt nettverk av regionale kompetansesenter, er at ein ventar at persontilpassa medisin får stor betydning for mange område innanfor helse-tenesta og dermed også koma til å omfatta svært mange pasientar, slik at denne kompetansen må finnast på tilnærma like vilkår i alle helseregionar. Eg synest at den tilrådinga er veldig klok og veldig forståeleg, og eg håpar at statsråden ordnar opp i dette, slik at Helsedirektoratet no når det skal utarbeida den nasjonale strategien, får fram det som var den reelle tilrådinga frå fagmiljøet.

Ketil Kjenseth (V) [11:24:39]: Jeg vil først få takke Arbeiderpartiet for invitasjonen til å debattere denne saken i Stortinget.

For Venstre sin del har vi heller ikke hastverk med å vedta enkeltvis forslag nå. Det pågår et stort arbeid blant mange aktører på det relativt store, og litt ukjente, fagområdet vi her står foran. Det er jo uomtvistelig at det her kan gis store muligheter for pasientene, og det er hyggelig å være helsepolitiker og få være med på – og få innsikt i – å skulle foreta prioriteringer innenfor et slikt fagområde. Samtidig innebærer det også store utfordringer for oss som politikere; det blir tøffe prioriteringer vi står foran de neste årene. Slik sett kommer denne debatten, også her, inn i debatter om noen viktige stortingsmeldinger og debatter som vi skal ha det neste året om prioriteringer, om legemiddelmeldingen vi snart skal ha, og for så vidt også innenfor bioteknologi, som snart kommer.

Flere har vært inne på de mange aspektene som dette handler om, bl.a. implementeringen i helsetjenesten, organisering, som flere har vært inne på. Jeg registrerer at et av tiltakene som dette utvalget, i regi av Helse Sør-Øst, peker på, er etablering av en nettbasert plattform for å spre kunnskap om dette, som et av de første tiltakene, og ikke bare å etablere noe fysisk ett eller flere steder.

Utdanning og kompetanse er jo en viktig del av dette fagområdet, og som flere har pekt på, åpner det seg store muligheter knyttet til forskning og utvikling, og i kjølvannet av det også næringsrelaterede muligheter.

For Venstre sin del vil vi peke på at det er viktig å ha fokus på pasientene og ta med brukerne her underveis. Det er også da viktig å ta med i debatten at det er ulike pasientgrupper vi står overfor, og at de har større og mindre organisasjoner i ryggen. Kreftforeningen er en stor aktør, som har muskler til å bistå pasientene og til å delta veldig aktivt. Cystisk fibrose-pasienter er et eksempel på en pasientgruppe som har svært små ressurser, og som det også er viktig å lytte til, og som kanskje er en av de gruppene som aller først kan få nytte av den type medisiner. Som folkevalgte politikere er det viktig, synes vi, å bringe det perspektivet til torgs, slik at også de pasientgruppene som ikke nødvendigvis har de sterkeste talsgruppene i ryggen, blir ivaretatt.

Statsråd Bent Høie [11:27:51]: Jeg deler representantenes vurdering av at det er behov for en nasjonal strategisk tilnærming til persontilpasset medisin i helsetjenesten. Og persontilpasset medisin i denne sammenheng handler jo

om medisin som er tilpasset den enkeltes kropp, eller den enkeltes sykdom.

I dag er det «Hva er viktig for deg»-dagen. Det er en annen form for persontilpasset medisin som er mye enklere i sin form, men gjerne ikke mindre avansert å følge opp. Derfor har jeg også «Hva er viktig for deg»-buttons på meg i dag, og mange som jobber i helsetjenesten, har det – nettopp for å stille det enkle, men likevel så grunnleggende spørsmålet: Hva er det som er viktig for deg? Det er nettopp det som representerer bredden i hva som er pasientens helsetjeneste.

Rapporten fra den nasjonale utredningen som de regionale helseforetakene gjennomførte i 2014, danner et godt grunnlag for en tilnærming til persontilpasset medisin. Regjeringen vil følge opp arbeidet som er i gang, og vektlegger betydningen av å se persontilpasset medisin i en større sammenheng.

Jeg vil kort omtale hvordan regjeringen arbeider med temaene som reises i forslaget. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten, med frist 31. desember i år. Strategien skal være for helsetjenesten, og den skal gi støtte i utviklingen og implementeringen av persontilpasset medisin. Rapporten fra den nasjonale utredningen og annen relevant informasjon skal legges til grunn for arbeidet.

Strategien skal identifisere en visjon for persontilpasset medisin i Norge og inneholde en handlingsrettet plan for persontilpasset medisin i helsetjenesten. Planen skal omtale opptak i tjenesten, kommunikasjon, pasientveiledning, kompetanse og utdanning, teknologi og organisering, innsamling og håndtering og bruk av data og klinisk forskning. Den skal også omtale samfunnsøkonomiske aspekter ved persontilpasset medisin, herunder prioritering. Arbeidet skal gjennomføres som en åpen prosess der relevante interessenter er involvert.

Når den nasjonale strategien er ferdig, vil regjeringen vurdere forslag til tiltak og bevilgninger som kan bidra til en godt forberedt innføring av persontilpasset medisin i helsetjenesten. Den nasjonale strategien vil bli sett i sammenheng med den kommende stortingsmeldingen om prioritering og med evalueringen av bioteknologiloven.

La meg kort få kommentere på forslagsstillernes bekymring for at sykehusøkonomien i 2015 vil gjøre det vanskelig å følge opp arbeidet med persontilpasset medisin. Denne regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i våre to første budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk til gjennom sine åtte. Sammenlignet med den høye forventningen som vi hadde knyttet til dette området, ligger vi 750 mill. kr fra målet per år, men dette må ses i lys av et faktisk totalbudsjett på over 130 mrd. kr, noe som representerer en stor vekst sammenlignet med tidligere år.

Regjeringens mål er å øke omfanget av kliniske studier innen alle behandlingsmetoder og å gi flere pasienter mulighet til å delta i utprøvede behandling gjennom kliniske studier. For at flere pasienter skal få en slik mulighet, må informasjon om hvilke kliniske studier som planlegges eller pågår, være lett tilgjengelig. Dette er vi i gang med. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene samar-

beider om en løsning for pasientrettet informasjon om kliniske studier, via portalen helsenorge.no. Oppdraget er i tråd med anbefalingene i HelseOmsorg21-strategien, der det etterlyses pasientrettet informasjon om kliniske studier.

Gjennom denne nye løsningen, som etter planen skal lanseres til høsten, kan pasienter, pårørende og helsepersonell få tilpasset informasjon om studiene. De kan også bruke siden til å kontakte fagmiljøene for en vurdering av deltakelse i studien. Løsningen vil også være til hjelp for fastleger, klinikere og forskere når de skal rekruttere pasienter til kliniske forsøk.

Potensialet som ligger i persontilpasset medisin, har ført til økt oppmerksomhet og optimisme, nasjonalt og internasjonalt. Persontilpassing i diagnostikk og behandling er en positiv utvikling som vil gagne pasientene, og satsingen vil kreve grundig forberedelse i alt fra utdanning og kompetanse til teknologi, plattformer, organisering og ikke minst også juridiske og etiske aspekter.

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

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Karianne O. Tung (A) [11:32:50]: Tusen takk til statsråden for et godt svar på representantforslaget. Det synes å være ganske bred enighet i denne salen om persontilpasset medisin og satsingen på den. Det er betryggende å høre planene statsråden har for strategien, og hva den skal inneholde. Da må jeg følge opp med at en satsing på denne strategien også kanskje krever en finansieringsplan, som Arbeiderpartiet har vært inne på i forslaget sitt. Kan da statsråden enten bekrefte eller avkrefte at strategien også følges opp med en finansieringsplan?

Statsråd Bent Høie (H) [11:33:27]: Først må vi jo se anbefalingene på strategien, og så må vi også komme tilbake til hvilken måte den skal finansieres på. Hoveddelen av det som skjer som en del av behandlingen i spesialhelsetjenesten, finansierer vi jo gjennom bevilgningene til helseregionen, og det samme gjelder også mye av den kliniske forskning.

Karianne O. Tung (A) [11:33:59]: Flere miljøer, også legemiddelindustrien, påpekte i høringen om saken at persontilpasset medisin er et område der vi i Norge har et stort fortrinn for å satse på en utvikling av helseindustrien. Er statsråden enig i at persontilpasset medisin kan være et grunnlag for utvikling av norsk helseindustri?

Statsråd Bent Høie [11:34:23]: Det er jeg absolutt enig i. Norge og de nordiske landene har spesielle forutsetninger for å kunne delta i denne utviklingen innen flere områder. En av våre store fordeler er bl.a. de medisinske kvalitetsregistrene som vi har i Norden. Det er også fra Norges side ønskelig at vi skal få til et sterkere nordisk samarbeid på dette området, nettopp for å få et større pasientgrunnlag samlet sett.

Vi har også i dag forskningsprosjekter innen person-tilpasset medisin som får støtte fra Forskningsrådet. Blant annet er det et prosjekt ved OUS som skal bidra til en nasjonal diagnostisk tjeneste for kreftpasienter. I Bergen er det et prosjekt der de ser i mikromiljøet i kreftsvulster etter biomarkører som skal hjelpe leger til å velge riktig behandling for kreftsyke, og et annet prosjekt ved Universitetet i Oslo der en ser på hvilke utfordringer genomdata gir IKT-teknisk og personvernmessig. Så her forskes det allerede.

Karianne O. Tung (A) [11:35:31]: Siden statsråden selv var inne på den økonomiske situasjonen for sykehuse- ne i innlegget sitt, har jeg lyst til å minne statsråden på at hans parti før valgkampen i 2013 lovte minst 12 mrd. kr til sykehuse- ne i løpet av fire år. Vi vet at for inneværen- de år kom 2 mrd. kr mer. Man er nødt til å ha 3 mrd. kr i året i gjennomsnitt for å oppfylle løftet på 12 mrd. kr. Kan statsråden bekrefte at det kommer minst 3 mrd. kr til sykehuse- ne på statsbudsjettet for neste år?

Statsråd Bent Høie [11:36:03]: Representanten vet godt at jeg ikke kan si noe om hva som kommer i stats- budsjettet til neste år. Det jeg kan si noe om, er hva vi har gjort så langt. For det første la vi opp til en høyere vekst i pasientbehandlingen i 2014 enn det den avgåtte regjerin- gen hadde lagt opp til i sitt budsjett, og vi la også opp til en høy vekst i 2015. I forhold til det målet som Høyre gikk til valg på, med en vekst på 12 mrd. kr, ligger vi nå i gjennom- snitt 750 mill. kr bak det, og det må ses i sammenheng med at det er snakk om et budsjett på over 130 mrd. kr, der vi gjennom våre to budsjetter har lagt opp til en høyere vekst i pasientbehandlingen enn det den rød-grønne regjeringen klarte å få til gjennom åtte år.

Kjersti Toppe (Sp) [11:36:53]: Det kjem på mange felt forslag om å laga nasjonale kompetansesenter, og som eg nemnde frå talarstolen, har komiteen vorte gjord merk- sam på at når det gjeld anbefalingane i rapporten frå den nasjonale utgreiinga som har vore om helseforetaka, er det ein del av dei som sat i gruppa, som ikkje kjenner seg igjen i dei, og hevdar at ein ikkje har anbefalt eit nasjonalt kompetansesenter, men regionale kompetansesenter.

Eg forventar ikkje at statsråden kan svara spesifikt, men eg vil gjerne ha ein kommentar frå statsråden, for eg synest det er veldig spesielt å få sånne tilbakemeldin- gar – vi må kunna stola på at det som er ei fagleg tilråding, er ei fagleg tilråding. Og har statsråden gjort seg nokre meiningar om behovet for eit nasjonalt kompetansesenter, eller om dette skal leggast regionalt?

Statsråd Bent Høie [11:37:57]: For det første er jeg glad for at Arbeiderpartiet ikke fremmer det forslaget i dag, sånn at en her også kan få en anbefaling fra det opp- følgingsarbeidet som skjer i direktoratet. Når det gjelder rapporten fra den nasjonale utredningen som er gjennom- ført av de regionale helseforetakene, foreslår den tre muli- ge alternativer for organisering av gensekvensering. Det er enten internasjonal tjenesteleverandør, et nasjonalt senter eller et senter i hver helseregion. I anbefalingen står det:

«Diagnostiske data bør som hovedregel genere- res regionalt gjennom brukernære, fleksible teknologi- plattformer for å støtte effektiv logistikk og regional kompetanse. For videreutvikling av diagnostiske tilbud bør det bygges kompetansenettverk for bioinformatikk, tolkning og dataanalyse.»

Men dette er et spørsmål som vi da må komme til- bake til – hva som er den mest hensiktsmessige måten å organisere dette på.

Kjersti Toppe (Sp) [11:38:54]: Takk for svaret, men spørsmålet var om at i den informasjonen vi har fått, vert det hevda at det har skjedd ein faktisk feil i anbefalinga- ne frå gruppa gjekk frå kvarandre, til rapporten er komen i trykken, og at vi av dei vi har vorte kontakta av – først i samband med denne saka – vart gjorde merksame på at det er eit konkret forslag om at det bør etablerast eit na- sjonalt kompetansesenter. Det som statsråden las opp, står nok også – vil eg tru, eg har ikkje det framfor meg – men vi er vorte merksame på at det er ei tydeleg endring. Eg vil ha ein kommentar: Dersom det no er ein feil som har skjedd, vil statsråden gå inn og sørge for at dette vert klart opp i?

Statsråd Bent Høie [11:39:55]: Jeg forutsetter at di- rektoratet finner ut av og får en oppklaring av det. Men sånn som jeg oppfatter rapporten, har en der vist til tre mu- lige alternative organiseringer når det gjelder dette med å etablere nasjonale sentre, eller å ha det i hver region eller basere seg på et internasjonalt miljø.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2.

Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presiden- ten foreslå at sakene nr. 3 og 4 behandles under ett. – Det anses vedtatt.

Sak nr. 3 [11:40:51]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om repre- sentantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om nye tiltak for en mer human rusomsorg (Innst. 278 S (2014–2015), jf. Dokument 8:64 S (2014–2015))

Sak nr. 4 [11:41:15]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om repre- sentantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbak- ken, Karin Andersen og Bård Vegar Solhjell om en kunn- skapsbasert og menneskelig narkotikapolitikk (Innst. 279 S (2014–2015), jf. Dokument 8:70 S (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomi- teen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses til inn- til 5 minutter til hver partigruppe og inntil 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til

replikordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen, innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Ruth Grung (A) [11:42:21] (ordfører for sakene): Jeg vil først takke komiteen. Vi har hatt elleve forslag til tiltak fra Venstre til behandling og 14 forslag fra Sosialistisk Venstreparti. Komiteen har også tidligere behandlet en tilsvarende sak, så akkurat på dette feltet begynner vi å bli godt skolerte. Det er bra, det er et viktig felt. Samtidig er det en del nye saker som er kommet fram.

Jeg vil som saksordfører først og fremst bruke tiden på å framheve det vi er enige om – og gjenta litt av det som er hovedutfordringen på rusfeltet.

Å forebygge rusavhengighet er en viktig politisk oppgave. Hovedinnsatsen må framover rettes mot kommunesektoren, det er vi enige om. Det gjelder innspill til opptrappingsplanen på rusfeltet, som regjeringen nå arbeider med. Rehabiliteringsdelen av LAR må styrkes. Helse- og tjenestetilbudet til ruspasienter oppleves som splittet, med mange instanser, uoversiktlige ansvarslinjer og manglende oversikt over kvaliteten på tiltakene. Ruspasienter vil ofte ha behov for tett oppfølging og kontinuitet på flere livsområder, slik som manglende sosialt nettverk og relasjoner, svak økonomi, gjeldsproblematikk, dårlig eller manglende bopel, botrening og sviktende somatisk og psykisk helse.

Så til det som det er bred enighet om. Det er et bredt flertall i komiteen for å gjøre Narkotikaprogram med domstolskontroll permanent og å utvide det til å gjelde flere byer. Dette har vært en prøveordning i Oslo og Bergen helt siden 2006. SIRUS evaluerte tiltakene og kom fram til særdeles gode resultater, også i internasjonal sammenheng – en fullføringsgrad på 34 pst., mot normalt 20–30 pst. for tilsvarende tiltak. Det dokumenterer at tett oppfølging og kontroll ved hjelp av rettsapparatet er effektivt, og at Norge har mulighet til å bli et foregangsland innen alternativ straffereaksjon for narkotikaforbrytelser.

Det er også bred enighet om å be regjeringen gjennomføre en sammenstilling av bruken av og erfaringen fra Narkotikaprogram med domstolskontroll, fra ruskontakter i kommuner og i politi samt bruken av konfliktråd i friomsorgen for å utvikle behandlingsrettede kontrakter som alternativ til tradisjonell soning for ruspasienter. ND-programmet kan ikke benyttes for personer under myndighetsalder. Jeg vil derfor framheve ordningen med ungdomskontrakter, som er et godt, forebyggende tiltak rettet nettopp mot ungdom under 18 år, også med tanke på prinsippet om tidlig innsats. Dette tilbudet viser det seg – i hvert fall ut fra de innspill vi fikk i høringen – varierer over hele landet. Det er viktig å få en enhetlig rapportering om hvordan dette følges opp, og hvordan vi kan videreutvikle ordningen.

Komiteen ber også regjeringen se nærmere på tilbudene til de mest hjelpetrengende rusavhengige, herunder videreutvikle lavterskeltilbud med medikamentell behandling.

Venstre og Arbeiderpartiet skiller seg fra resten av partiene ved at vi går inn for å tillate forsøk med heroinassistert behandling for de aller tyngste brukerne som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling. Vi ber også regjeringen endre sprøyteromsforskriften for å tillate andre inntaksmåter enn injisering og andre stoffer enn heroin. Likelydende forslag fra Sosialistisk Venstreparti støttes også av Arbeiderpartiet.

Når det gjelder det å tillate forsøk med heroinassistert behandling, vet vi at det er stor faglig uenighet. For Arbeiderpartiet handler det om helt grunnleggende prinsipper. Det er ikke politikerne som skal overstyre de medisinskfaglige miljøene når de mener at heroinassistert behandling kan være en mulighet for å få de mest utsatte rusavhengige – de som har prøvd alt, og som er så redusert at de ikke tåler andre medikamentelle behandlinger – gradvis under helsebehandling. Det er ingen andre pasientgrupper en ville ha stoppet forsøk for, når vi vet hvor utsatt helsestilstanden deres er, og når den er så kritisk. For Arbeiderpartiet handler det om å behandle ruspasienter og andre pasienter likeverdig. Vi må prøve alt innenfor forsvarlig medisinske forsøk for å få flest mulig av de rusavhengige under forsvarlig medisinsk behandling.

I Bergen ble det også vist til forsøk og gjennomføring i andre storbyer som har hatt åpne russcener. Den tilbakemeldingen de har fått, er at det er først når en klarer å få 80 pst. av dem som bruker de åpne russcenene, under medisinsk behandling, at en også klarer å knekke de åpne russcenene. Det handler først og fremst – det vil jeg presisere – om enkeltpersoner, men også om et samfunnsperspektiv.

Med dette fremmer jeg de forslagene som Arbeiderpartiet har sammen med andre partier i de to innstillingene til sakene.

Presidenten: Representanten Ruth Grung har da tatt opp de forslagene hun refererte til.

Sveinung Stensland (H) [11:47:57]: Høyre er enig i at det trengs et løft innen rusfeltet, noe både statsministeren og helseministeren er tydelige på. Denne regjeringen har løftet frem dem som har utfordringer med rusmidler, og satser kraftig på tiltak for å hjelpe denne gruppen. Flere av de foreslåtte tiltakene i representantforslaget er regjeringen allerede godt i gang med, og det er gledelig at hele Stortinget er opptatt av å bedre situasjonen for dem som sliter mest med rusproblemer. Stortinget er faktisk så opptatt av problemet at det samme uke ble fremmet to forskjellige representantforslag om temaet, som vi nå debatterer samlet.

Høyre støtter forslaget fra Venstre om å etablere en permanent ordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll og i tillegg utvide innføringen av denne til andre byer. Vi mener programmet med fordel kan gjøres permanent i Bergen og Oslo samt utvides til de byer som har flest straffedømte narkotikaforbrytere og store brukermiljøer. I tillegg mener vi det bør vurderes om det skal settes i verk OPS-forsøk med følgeevaluering i en distriktsregion med vurdering og tilpasning av ulike ruskrimkontrakter med

tanke på både arbeids- og utdanningsbasert habilitering og rehabilitering som straffereaksjon, gjerne med sosialt entreprenørskap som modell.

Høyre mener det er rom for å videreutvikle tiltak og metoder som reaksjon for mindre alvorlige narkotikarelaterte lovbrudd, og det å sikre tilpasset hjelp og rehabilitering fremfor straff innenfor dagens lovhjemmel vil etter vårt syn være et godt virkemiddel.

Vi mener endringer i reglene om inntaksmåte og hvilke stoff som kan inntas i sprøyterom, er tiltak som kun trefrer en liten gruppe, og som ikke bidrar til å løse de store utfordringene på feltet. I tillegg vil vi påpeke at sprøyterom har som hovedoppgave å unngå overdoser. Overdose er det ingen spesiell stor fare for ved røyking av heroin, sånn sett er det ikke logisk at det skal være en del av sprøyteromsopplegget.

Høyrefraksjonen mener vi best hjelper de mest hjelpetrequende opiatavhengige med et lavterskel LAR-tilbud. Høyre mener forslaget om heroinassistert behandling er et kostbart og omfattende tiltak som ikke svarer på de utfordringene den er ment å løse. Flesteparten av høringsinstansene var skeptiske til forslaget om heroinassistert behandling. Vi mener det potensielt kan fortrenge nødvendige tiltak, som f.eks. en bedre satsing på ettervern. I tillegg er det vanskelig å avgrense heroinassistert behandling til en spesifikk målgruppe. Dersom kriteriet for heroinbehandling skal være at pasienten ikke lykkes i LAR, kan det lett bli et spørsmål om å kvalifisere seg ved å mislykkes. I tillegg er det sånn at heroinassistert behandling er ment å nå de aller svakeste, samtidig som disse neppe er i stand til å følge et så strengt regime som det er lagt opp til. Heroin har en vesentlig kortere halveringstid enn metadon og må derfor doseres tre ganger i døgnet, i motsetning til metadon som kan gis én gang i døgnet. Høyre støtter dermed ikke forslaget om å innføre heroinassistert behandling.

Som det ble sagt i komiteens høring i denne sakens anledning: Heroinassistert behandling er et blindspor. Skal en dømme etter responsen i høringen, falt også forslaget om dette på steingrunn. Senest denne uken har RIO uttalt til NRK at forslaget om heroinassistert behandling er symbolpolitikk.

Høyre mener det er viktig å sikre gode bolig- og rehabiliteringstilbud til personer med rusproblemer. Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen bør derfor rettes mot kommunesektoren. Høyre mener det ikke er grunnlag for å nedsette et utvalg som skal gjennomgå og dokumentere effekten av dagens narkotikapolitikk. Det å ha et forbud mot narkotika er i seg selv et av de mest sentrale virkemidlene i dagens ruspolitikk.

Vi vil påpeke at å avvikle alle egenandeler for behandling av narkotikaavhengighet er problematisk. SV har i sitt representantforslag ikke gjort rede for om dette skal omfatte alle rusmidler eller kun narkotika. Videre vil dette reise prinsipielle spørsmål rundt andre egenandeler dersom det kun blir åpnet for at narkotikarelaterte diagnoser skal omfatte unntak av egenandeler. Det er generelt viktig å ha tilgjengelige helsetjenester med lave egenandeler og ordninger som fanger opp pasienter med dårlig betalingssevne.

Avtalen mellom samarbeidspartiene sier at regjeringen skal styrke tilbudet til personer med rusproblemer gjennom bl.a. fremleggelse av en ny opptrappingsplan for rusfeltet. Vi bør derfor ikke konkludere i alle de fremlagte forslagene allerede nå. Forslagene bør drøftes og ses i sammenheng med arbeidet med ny opptrappingsplan for rusfeltet. Stortinget vil få anledning til å diskutere rusfeltet mer helhetlig når regjeringen fremmer denne.

Vi vil skape pasientenes helsetjeneste. Vi vil flytte dem som altfor lenge har sittet nederst ved bordet, mennesker som har en rusutfordring, lenger opp. Høyre ser frem til en videre debatt om norsk ruspolitikk, særlig i forbindelse med behandling av opptrappingsplanen.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [11:53:19] (komiteens leder): Rusomsorg har engasjert meg siden ungdomstiden, og jeg har vært fortvilet og lei meg for manglende engasjement og framdrift, så vel på kommunenivå som på statlig nivå. Og jeg kan ikke unnlate å nevne at jeg synes engasjementet under rød-grønt styre var svært labert – ingen satsing, ingen nye konkrete tiltak som ga dette feltet et løft.

Etter at Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre lovet å løfte dette feltet, har det blitt et økt engasjement hos alle de politiske partiene – og det er veldig bra. Samtidig er det slik at arbeidet med en opptrappingsplan begynte fra dag én for denne regjeringen.

Flere dialogmøter med organisasjonene, brukere og pårørende har vært gjennomført, i tillegg til en egen Internett-side hvor hvem som helst kan komme med sine bekymringer og forslag til bedringer. Jeg synes derfor det blir krevende å forholde seg til nye enkeltstående forslag midt i denne prosessen.

Så når Fremskrittspartiet nå stemmer imot de fleste forslag, er det nødvendigvis ikke fordi vi er imot forslagene, men rett og slett i respekt for alle dem som til daglig står i problemene, og som vi har invitert med inn for å delta i utformingen av framtidens rusomsorg, for dermed på en bedre måte å kunne se helheten. Jeg går derfor ikke særlig inn i noen av forslagene.

Jeg velger likevel å kommentere utdeling av heroin spesielt. Jeg har opp igjennom årene møtt mange tidligere heroinister som har blitt ansett som ikke mottakelig for behandling. De er rett og slett oppgitt av helsevesenet. Likevel er disse rusfrie i dag.

Jeg, og flere av dere, møtte flere av dem på ruskonferansen som partilederne for Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre arrangerte for kort tid siden. Dette er mennesker som i dag er i full jobb og lever gode liv. De sier selv at de aldri hadde vært rusfri i dag om de hadde kunnet velge seg gratis heroin. Så jeg spør meg: Hvem er det som skal avgjøre at en person ikke kan nyttiggjøre seg en behandling? Hvem er det som skal avgjøre at å få heroin er det eneste som nytter for akkurat deg?

I merknadsform skriver Arbeiderpartiet og SV at de konstaterer at det er en liten gruppe personer som ikke har effekt av LAR-medikamenter. Samtidig erkjenner de at r-en i LAR mangler helt for altfor mange. Så da spør jeg igjen: Hvordan vet Arbeiderpartiet og SV at enkelte ikke har effekt av LAR-medisinen, når de aldri fikk en mu-

lighet til å lykkes grunnet manglende oppfølging, bolig, m.m.?

Helse- og omsorgskomiteen reiste i forrige periode til Sveits og så og lærte om deres utdeling av heroin. Det jeg lærte der, var at heroin som medisin ikke virker, men at det er de helhetlige tjenestene og den tette oppfølgingen som virker. Det er dette jeg og Fremskrittspartiet har jobbet for i alle år, og som vi vil svare for i regjeringens opptrappingsplan for rus.

Jeg har også lyst til å stille et spørsmål til Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet om deres forslag om ruskontrakter og ungdomskontrakter – egentlig bare av ren nysgjerrighet. Dette er et forslag som jeg fremmet i denne sal da disse partier satt i regjering. Da stemte de imot og hadde en rekke argumenter for hvorfor det var galt å bruke slike kontrakter. Hva er det som har skjedd siden regjeringsskiftet, som gjør at dette nå likevel er bra og riktig? Det er uansett gledelig at stadig flere kommuner har igangsatt dette arbeidet, og de viser til gode resultater.

Avslutningsvis er jeg glad for at et flertall er enig om at behandling, hjelp og oppfølging er en bedre måte å følge opp rusavhengige på, enn straff i svært mange tilfeller. Narkotikaprogram med domstolskontroll har vist seg å være svært riktig for mange, og et flertall i komiteen ønsker mer av dette.

Jeg imøteser den store debatten når regjeringens opptrappingsplan blir fremmet.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:57:58]: Kristelig Folkeparti ønsker en offensiv rusomsorg, hvor mennesker får raskere hjelp og et mangfoldig behandlingstilbud. Og Kristelig Folkeparti er utrolig glad for at det skal komme en helhetlig rusplan.

Det er vanskelig å bli rusfri. Det er utrolig mange som mister motivasjonen for å bli rusfri mens de står i kø og venter på å få behandling. Og mange kjenner på at tilbudene ikke henger sammen – avrusing, behandling, ettervern, rehabilitering.

Under dialogmøtet for et par uker siden om den kommende rusmeldingen var det mange organisasjoner på rusfeltet som jobber med dette som tok til orde for at det for rusmiddelmissbrukere må finnes tilbud uten medikamentell behandling. Statsministeren påpekte den dagen viktigheten av LAR-behandlingen, men påpekte også at pendelen kanskje hadde svingt litt for mye i retning av kun medikamentell behandling som det eneste tilbudet en fikk.

Da vi i helse- og omsorgskomiteen behandlet Dokument 8:102 S for 2013–2014, som var Senterpartiets forslag om å evaluere LAR-ordningen, var bakgrunnen for og intensjonen med LAR at når pasienter hadde prøvd alt og ikke hadde lyktes, skulle LAR-tilbudet være det de skulle få. Så opplever vi at mange ruspasienter sier at det er det motsatte av det som var intensjonen med LAR som skjer. For å komme inn i LAR skulle en ha prøvd alt, inntakstrappen skulle være høy og det skulle være lett å komme ut. Mange opplever nå det motsatte: Det er lett å komme inn i LAR og fryktelig vanskelig å komme ut.

Vi må bevare troen på at den enkelte kan ha nytte av behandling, at den enkelte faktisk kan ha et mål om å bli

rusfri og legge til rette for behandlingstilbud som gjør det mulig.

Forslagene om å tillate heroinbasert behandling forsvarer med at det er et skadebegrensende tiltak som skal hjelpe de tyngste brukerne – jeg har stor omsorg for dem. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten understreker i 2011 at det er et stort frafall fra heroinbasert behandling, hvor indikasjonene nettopp har vært at den skal være for pasienter med svakt nettverk, dårlig helse og svak sosial funksjon. Dermed sier egentlig forskningen at dette ikke er veien å gå.

Kristelig Folkeparti tenker at tillater vi heroinbasert behandling for noen få, tror vi det blir det samme som var tanken med LAR, at inngangen skulle være høy, men vi tror at det vil sette flere i en hverdag der dette blir en last og en belastning. Kristelig Folkeparti er bekymret for at det skal bli det samme som under LAR, at mange kommer inn og at det er vanskelig å komme ut. Kristelig Folkeparti mener at ressursene heller må brukes for å legge til rette for individuell tilpasset behandling. Det er viktig med tiltak som møter tunge rusmisbrukere der de er, også dem som ikke ønsker behandling, at vi faktisk ser den enkelte, og at vi legger til rette for hjelpetiltak, lavterskeltilbud og ikke minst helsehjelp og botilbud. Sann som mange har det i dag, er faktisk uverdig, og vi klarer ikke å møte dem på noen som helst måte.

Kristelig Folkeparti støtter forslagene fra Arbeiderpartiet og Venstre.

Ketil Kjenseth (V) [12:03:05]: Vi må starte med noen uomtvistelige fakta når det gjelder situasjonen for rusavhengige i Norge. Norge ligger høyt i antall overdoser i Europa. Vi har fortsatt store, åpne såkalte russcener som mange land i Europa har avviklet.

Siden innføringen av legemiddelassistert rehabilitering, LAR, på slutten av 1990-tallet er antallet LAR-pasienter nå over 7 000. Fortsetter veksten, vil vi passere 10 000 om bare noen få år. Det er en massiv innsats som må til både for å forebygge at så mange rekrutteres til misbruk og avhengighet og for å gi et mer humant og helserelatert behandlingstilbud til dem som er avhengige og ikke tilstrekkelig motivert for avrusing, også kalt skadereduksjon. Skadereduksjon er et begrep vel verdt å stoppe litt opp ved. Det henspiller selvfølgelig på skadereduksjon for den enkelte, men kanskje litt for mye også på skadereduksjon for samfunnet. For oss politikere har debatten i Norge, vil jeg hevde og påstå, vært litt for mye opptatt av skadereduksjon for samfunnsdelen og litt for lite opptatt av den enkelte, litt for mye opptatt av straff og soning som virkemiddel for skadereduksjon. Erfaringer de siste åra fra andre land som Portugal og Frankrike tilsier at behandling og hjelp på lavest mulig nivå er virkningsfullt. Vi som politikere må ha et blikk på helheten. Det gjelder forebygging, skadereduksjon, håndtering av åpne russcener og rehabilitering av pasientene.

På vegne av Venstre er jeg glad for at vi nå synes å være på vei over i en ny epoke i norsk narkotikapolitikk og debatten om den – bort fra straffefølgelse og over til avkriminalisering og behandling i større grad og så tidlig som

mulig. Venstre er veldig glad for at regjeringspartiene i sin regjeringserklæring har så tydelig fokus på rus. Det er store ambisjoner om å gjøre det bedre for den enkelte. For Venstres del har vi også store ambisjoner, og vi ser at det har kommet økte bevilgninger, og at det nå er en vilje til å sette inn tiltak.

Narkotikaprogram med domstolskontroll ble i sin tid innført av justisminister Odd Einar Dørum i Samarbeidsregjeringa. Det ble forankret i konfliktrådene, og det har nå vist seg ved evalueringen at det er en suksess. Vi er derfor veldig glad for at det blir gjort permanent, og at det utvides til flere byer.

Når det gjelder ruskontrakter, ble de tatt i bruk enda tidligere enn domstolsprogrammet. Ruskontraktene har dessverre ikke blitt systematisk evaluert, og det er på tide at det blir gjort. I innstillinga til Dokument 8:64 S sier vi at vi skal sammenstille erfaringene fra domstolsprogrammet, ruskontraktene og bruken av konfliktråd, for det er konfliktrådene som har gjort sine erfaringer med kontraktsformer uten at det har vært innom domstolsprogrammet i de to store byene. Det er også en liten seier for Venstre at vi peker på at det er mulig å bruke sosialt entreprenørskap i større grad og få med flere aktører for å se på kontraktsformer og den måten å jobbe på for å avtale med den enkelte hvilken type behandling og rehabilitering som vil fungere. Det har vi nå god erfaring med at virker. Det kan skje på ulike nivåer, og det er klart at du må ikke ha med deg i bagasjen et stort antall dommer og en tung rusavhengighet. Jo tidligere vi kommer inn, jo bedre er det. Men når det gjelder det sosiale entreprenørskapet, kan det ikke bare være opp til nye aktører å utvikle det. Også vi som offentlig sektor er nødt til å tilpasse oss og være åpne for at noen kan utvikle metoder som er mer effektive og bedre for oss i sum, og at noen dermed gjør en jobb for oss.

En annen del av dette som det ikke har vært så mye fokus på, er en 24 timers behandlingsgaranti eller en mer «sømløs overgang», som regjeringa kaller det i sin regjeringserklæring. Det er viktig. Vi har kalt det en rusakutt og en 24 timers behandlingsgaranti. Den overgangen er viktig, og den er også svært viktig i ettervernet. I den sammenheng er boligtilbudet helt sentralt, og dermed også kommunenes rolle. En av de store innsatsene framover er at vi må sørge for et bedre ettervern, hvor det blir et mer helhetlig tilbud når det gjelder bolig, utdanning og arbeidsmuligheter for denne gruppa.

Audun Lysbakken (SV) [12:08:43]: Det passer godt at disse to sakene behandles sammen, for det er ganske stort sammenfall mellom SVs og Venstres forslag og standpunkter. Jeg er også glad for at Arbeiderpartiet har støttet såpass mange forslag.

De store utfordringene i norsk ruspolitikk er jo mange, og kunne ha vært verd en mye bredere debatt enn det vi får til her: Hvordan skal vi få Norge vekk fra overdosedestatistikkenes tvilsomme topp i Europa? Hvordan skal vi styrke rehabiliteringen? Og hvordan sørger vi for et bedre mangfold i behandlingstilbudet? Det SV har lagt fram, er både et forslag om ny kurs på mange områder som innebærer ny-

tenkning for vår egen del, og forslag om en ny retning for norsk ruspolitikk.

La meg si først at det aller viktigste er det vi ofte diskuterer minst: Behovet for mer ressurser, behovet for et bedre ettervern og – et av de forslagene som jeg synes det er leit at vi står alene om i dag – behovet for boliger med oppfølging som en integrert del av tilbudet til rusavhengige som har fått behandling.

Vi har sett gjennom flere år at straff ikke virker som virkemiddel i ruspolitikken. Vi står overfor helse- og sosialpolitiske problemstillinger, ikke justispolitiske. Bøter og fengsel har spilt fallitt som metode for å få rusavhengige bort fra rusen. SV er ikke tilhengere av avkriminalisering, men vi er tilhengere av en nedkriminalisering, og mange av forslagene som vi fremmer i Stortinget i dag, handler om det.

Jeg synes det er veldig positivt at Stortinget nå samler seg om å gjøre narkotikaprogrammet med domstolskontroll permanent. Vi skulle ønske at vi gjorde det landsdekkende og ikke bare permanent i de to største byene, men jeg er glad for at flertallet også ønsker å se på en utvidelse.

Vi mener det også trengs en bredere gjennomgang av straffereaksjoner. Det er meningsløst at bruk og besittelse av brukerdoser skal føre til fengsel og bøter. Det bør istedenfor føre til reaksjoner som har bedre helse og rehabilitering som mål.

En av de store debattene handler om noe som aldri vil bli noe mer enn en marginal del av behandlingstilbudet til tungt rusavhengige i Norge, nemlig heroinassistert behandling. Det er likevel et prinsipielt spørsmål. Vi kan ikke akseptere at politikeres politiske og moralske syn skal overprøve medisinske vurderinger av hva slags medisiner og medikamenter som skal brukes. Jeg kan ikke forestille meg noe annet felt innenfor helsevesenet hvor flertallet i denne salen ville akseptert det. Når Helse Bergen har bedt om å få ta i bruk heroinassistert behandling og prøve det ut, er det fordi ny forskning viser at det Stortinget til nå har lagt til grunn for sitt nei, er feil. Resultatet med disse forsøkene i Danmark har vært bra. Ny britisk forskning viser at dette kan ha en langt mer positiv samfunnsøkonomisk side enn det vi til nå har trodd. Jeg reagerer på at flertallet fortsatt vegrer seg mot å tenke nytt og fortsatt står fast på en politisk overprøving av medisinsk-faglige vurderinger. Men jeg er glad for at Arbeiderpartiet har snudd og nå står sammen med oss.

Det samme gjelder spørsmålet om røyking av heroin på brukerrom/sprøyterom. Det er utrolig at det er investert i et røykerom ved sprøyterommet i Oslo, men at statsråd Bent Høie nekter Oslo kommune å ta det i bruk. Det er uttrykk for en etter mitt syn moralistisk overprøving av det som burde vært en pragmatisk politikk for å hindre overdosedødsfall og skape verdighet og trygghet for rusavhengige. Vi burde gjort alt det vi kunne for å prøve ut nye metoder for å komme bort fra overdosetoppen. Da synes jeg det er veldig rart å høre høyresidens veldig prinsipielle, men lite praktiske begrunnelser for å nekte sine egne partifeller i Oslo kommune å ta i bruk røykerommet.

Jeg vil med dette fremme de forslagene i Innst. 279 S

som SV er alene om. De handler om en ny, mer pragmatisk ruspolitikk, fordi vi tror den vil virke bedre.

I tillegg vil jeg, hvis presidenten tillater det, til slutt gi en kort stemmeforklaring og varsle noen sekundære stemmegivninger. SV ønsker sekundært å stemme for forslagene nr. 1 og 2, fra Arbeiderpartiet og Venstre i Innst. 278 S. Det er forslag som går i samme retning som de vi har fremmet, men ikke like langt. Så ønsker vi også å stemme sekundært for romertallsvedtak I, II og III i den samme innstillingen.

Presidenten: Representanten Audun Lysbakken har tatt opp de forslag han refererte til.

Rasmus Hansson (MDG) [12:14:10]: Debatten vi har i dag, er både oppløftende og nedslående. Den er oppløftende fordi diskusjonen om hvordan vi behandler narkomane, er i bevegelse. Det ligger gode forslag på bordet fra SV, Venstre, Arbeiderpartiet og Senterpartiet om skadereuserende tiltak, om tiltak som flytter fokus fra straff til behandling og psykososial oppfølging, tiltak som vil gjøre behandlingstilbudet mer fleksibelt, og tiltak for å gi mer alburom til kommunene, som jobber med brukerne. Men samtidig vil jeg takke regjeringen for å ha gitt kommunene mer midler til viktig arbeid i rusomsorgen og for å ha fokusert på rusomsorgsspørsmålet i sin generelle politikk.

Men debatten er også nedslående, fordi et flertall i Stortinget ikke slutter seg til en erkjennelse som det er stor faglig enighet om, nemlig at norsk narkotikapolitikk ikke fungerer på langt nær godt nok. De grønnes utgangspunkt i ruspolitikken er respekt for den enkeltes situasjon og behov, og vi stemmer for mindretallsforslagene. De er gode og tilstrekkelig gjennomtenkte til at dette tar oss et steg videre, og de er i tråd med faglige anbefalinger.

Innvendingen mot skadereuserende tiltak er at de kan stå i veien for en overordnet målsetting om total rusfrihet. Men resultatet er at de som ikke klarer å leve opp til dette idealet om full rusfrihet, altfor ofte faller utenfor. Brukerne nektes tiltak som gir mestring og livskvalitet mens de fortsatt bruker rusmidler, og mange dør unge. Hvert liv teller, også i ruspolitikken. Det er nettopp målet om skadereusering som gjør at vi støtter forslagene fra Venstre og Arbeiderpartiet om å tillate heroinassistert behandling og tillate andre inntaksmåter enn injisering og også andre stoffer enn heroin. Vurderingen bør gjøres i den enkelte situasjon, av kvalifisert helsepersonell. At brukere velger sprøyterommet, er bedre enn at de velger parker og gater, og vi støtter derfor forslaget fra Arbeiderpartiet og SV om å utvide sprøyteromtilbudet.

I dag er straff det primære virkemidlet i kampen mot skadelig rus. For oss i De Grønne er dette en gåte. Straff er definert som et onde som påføres i den hensikt at det skal føles som et onde, og det er en fullstendig feil tilnærming til alle former for avhengighet.

Nullvisjonen for rusmiddelavhengighet, som har vært så førende i norsk narkotikapolitikk, har ikke fungert for de tyngste brukerne, og vi må slutte å gjøre det beste til det godes fiende. Vi må ha et system som tillater erfarent, selvstendig tenkende helsepersonell å se individet og bygge

opp folk til å orke å ta de beste valgene for seg selv. Vi må venne oss til tanken på at mange av disse folkene trenger oppfølging over mange år. Det er grunnen til at De Grønne støtter forslagene fra SV om varige tilbud og en fast oppfølger fra kommunehelsetjenesten. Men det er også viktig at denne oppfølgingen ikke slutter før brukeren er moden for det.

I 2011 hadde Norge 262 overdosedødsfall. Portugal hadde 29. En viktig forskjell mellom Norge og Portugal er at Portugal forlot strafferegimet 1. juli 2001. De hadde tidligere store problemer med rusmiddelavhengighet, men nå går forbruket ned for nær sagt alle stoffer, også blant unge. Det er selvfølgelig ikke alt som er gjort i Portugal, som er overførbart til Norge, men erfaringene er så gode at det burde få oss i Norge til å åpne øynene og ørene mye. På et område hvor Norge så åpenbart selv ikke har funnet de beste løsningene, er det livsviktig at vi nå fremmer tiltak som kan få ned de uakseptable høye overdosedødsfallene, tiltak som gir folk verdighet, og som kan redusere den belastningen narkotika påfører både dem og samfunnet ellers.

Kjersti Toppe (Sp) [12:18:51]: Vi behandler i dag to forslag, fra SV og Venstre, om ei bedre rusomsorg. Aller først må eg innrømme at eg syntest det var litt spesielt når det kom slike forslag like etter at dei same partia hadde stemt ned mange av forslaga frå Senterpartiet i saka basert på Dokument 8:102 S for 2013–2014, om å be regjeringa fremja tiltak som sikrar kvalitet i tilbudet og reduserer talet på overdosedødsfall med LAR-medisin, altså ein gjennomgang av LAR-ordninga. Eg registrerer at når det gjeld rusbruk, driv partia litt skyggeboksing, og det synest eg faktisk er litt dumt for saka.

No skal vi få ein opptrappingsplan for rusfeltet, som Senterpartiet meiner det er stort behov for. Vi har vore kritiske til at ein ikkje samtidig la inn psykisk helse i den opptrappingsplanen, for dette heng veldig sterkt i hop. Det har vi forslag om, og eg håpar at regjeringspartia kan kome oss i møte på det.

Det er fleire forslag i denne saka som eg meiner ikkje er ny politikk, men faktisk er godt forankra i Stortinget gjennom rusmeldinga, Meld. St. 30 for 2011–2012. Men det er viktig at ein peikar på dette, og at ein har trykk på det frå Stortinget si side, då dette er tiltak på ulike område som det er viktig at regjeringa følgjer opp.

Eg vil knyta nokre kommentarar til det som kanskje er det nye i forslaget, og det gjeld heroinassistert behandling spesielt. Her har Arbeidarpartiet og SV snudd sidan 2012, då vår regjering ikkje gjekk inn for å opna opp for forsøk. Så kan ein seia at det har skjedd veldig masse nytt på to år, men eg meiner ikkje det. Det er ikkje slik at det er berre på dette området ein politisk går inn og seier at ein ikkje skal tillata eller opna opp for ein type medikamentell behandling. For å argumentera motsett: Eg kan ikkje sjå eitt område i medisinen der ein skal tillata at ein region går ut og prøver ut ein ny medisin dersom det ikkje er fagleg konsensus om det i Noreg. På dette området har det ikkje vore fagleg konsensus. Den siste konsensuskonferansen vi hadde, anbefalte det motsette – ikkje å opna opp for forsøk. Og det

er ikkje slik at eit samla fagmiljø i Noreg krev at dette må ein få lov til å tilby. Nei, fagmiljøet er delt – det er sterke fagmiljø som er for, og det er sterke fagmiljø som er imot.

Eg meiner at vi heile tida skal diskutera om heroin kan vera eit medikament i rusbehandlinga, men då må ein gjera det på ein god måte, og det naturlege hadde vore å ha ein ny konsensuskonferanse der ein samla alle nasjonale og internasjonale nye undersøkingar, så ein fekk ei skikkeleg forankring av det. Det er måten å gå fram på, og det er noko som eg meiner ein kan vurdera når rusopprappingsplanen kjem, men vi bør ikkje gå for forslag om dette frå Venstre og SV i dag. Så Senterpartiet kjem ikkje til å støtta det forslaget.

Narkotikaprogrammet er heile komiteen einig om. Det var òg omtalt i rusmeldinga, så det er bra.

Fritt behandlingsval, to år, har jo vorte framstilt som det viktige grepet, men i den forskrifta som er send ut no, skal ikkje fritt behandlingsval gjelda ruspasientar med alvorlege somatiske sjukdomar, ei stor gruppe vert altså fråteken den moglegheita som regjeringspartia, Kristeleg Folkeparti og Venstre beskreib som den nye satsinga. Det gjeld heller ikkje for anna enn døgnbehandling.

Når det gjeld eigendelar, har Senterpartiet og Arbeidarpartiet eit eige forslag – vi må òg vurdera dette når det gjeld psykiatripasientar, ikkje berre ruspasientar. Det er òg omtalt i Norheim-utvalet si innstilling som noko vi må sjå på.

Så får eg ikkje tid til anna enn å fremja forslaga i sakene, og eg skal helsa frå Kristeleg Folkeparti og seia at i Innst. 278 er Kristeleg Folkeparti òg med på I og II. Vi er med på alle. I Innst. 279 fremjar Senterpartiet sitt eige forslag.

Presidenten: Representanten Kjersti Toppe har tatt opp de forslagene som hun refererte til.

Statsråd Bent Høie [12:24:13]: Det er behov for et løft på rusfeltet. Dette er også bakgrunnen for at regjeringspartiene i samarbeid med Venstre og Kristelig Folkeparti har uttrykt klare ambisjoner om en fornyet satsing gjennom en ny opptrappingsplan.

Vi har oppnådd mye, men det er åpenbart store utfordringer på rusfeltet som krever særskilt innsats. Blant annet oppdages rusproblemer for sent, og mange opplever et for oppstykket eller lite tilrettelagt tjenestetilbud. I tillegg kan veien tilbake til samfunnet være krevende, og mange er avhengige av at hverdagen fylles med et meningsfylt innhold og en ordnet bosituasjon – det er det mangel på i dag.

Representantene har foreslått en rekke gode tiltak som samsvarer med intensjonen om å lage en ny opptrappingsplan, f.eks. tiltak for å sikre gode boliger og rehabiliteringstilbud. Dette er viktig for å kunne ta utdanning, danne familie eller ta vare på den familien man har, være i arbeid og ta vare på helsen sin. Boligen er også rammen for et sosialt liv og gir tilhørighet til et nærmiljø og et lokalsamfunn. Jeg vil også nevne at helseregionene i 2013 fikk i oppdrag å etablere brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert behandling. Slike plasser er nå etablert i alle helseregioner.

Regjeringen mener at det er viktig å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner som kan bidra til at personer med rusproblemer kan få et liv uten rus og kriminalitet. Vi har sett de positive resultatene av prøveprosjektet for narkotikaprogram med domstolskontroll, og vi har derfor videreført dette prosjektet. Jeg kommer tilbake til Stortinget på egnet måte når det gjelder utvidelse av ordningen.

Ny lov om konfliktråd trådte i kraft 1. juli 2014, og to nye straffereaksjonsformer rettet mot ungdom kom i gang. Vi har dermed fått to nye verktøy – ungdomsoppfølging og ungdomsstraff – i arbeidet mot ungdomskriminalitet. Og politiet inngår fortsatt ungdomskontrakter med unge som blir tatt for første gang i bruk eller besittelse av narkotika. Dette er viktige reaksjonsformer for å komme tidlig inn og stanse et forløp mot rusavhengighet og mer kriminalitet.

Representantene har også fremmet flere forslag om substitusjonsbehandling, som sikrer tilgang til lavterskel substitusjonsbehandling i alle deler av landet og styrker rehabiliteringselementet i LAR. Enkelte tiltak er ivare tatt. Blant annet åpner dagens retningslinjer for at leger kan starte substitusjonsbehandling utenfor LAR i et samarbeid mellom kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten. Videre har samtlige helseregioner etablert tilbud om lavterskel LAR for den mest hjelpetrengende gruppen av opiatavhengige. Denne typen tiltak styrker oppfølgingen av pasienter i LAR, og er et viktig tema i opptrappingsplanen på rusfeltet.

Vi er opptatt av å styrke det samlede tilbudet til personer med rusproblemer og ikke innføre tiltak som bare treffer en liten gruppe. Dette mener jeg er viktig og tydelig i vår satsing på rusfeltet. Vi ønsker ikke noe forsøk med heroinassistert behandling, og heller ikke endringer av regler om inntaksmåte og hvilke stoffer som kan inntas i sprøyterom, som begge representantforslagene foreslår. Jeg mener at den type tiltak treffer en liten gruppe og ikke bidrar til å løse de store utfordringene som vi har på feltet. Regjeringen vil heller videreutvikle behandlingstilbudet til rusavhengige, styrke lavterskeltilbudet til rusavhengige og gi bedre oppfølging etter behandling og ikke minst bidra til at mange flere også har bedre utnyttelse av en legemiddelassistert behandling.

I tråd med regjeringsplattformen og samarbeidsavtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre skal vi forbedre og styrke tilbudet til personer med rusavhengighet. Dette gjør vi bl.a. ved å legge fram en ny opptrappingsplan på rusfeltet. Min ambisjon er å oppnå størst mulig grad av tverrpolitisk enighet om opptrappingsplanen. Jeg mener at forslagene bør drøftes og ses i lys av opptrappingsplanen, og at vi derfor bør vente til den med å trekke konklusjoner.

Jeg ser av både forslagene og innstillingen og diskusjonen her i dag at det burde vært grunnlag for en bred enighet om å løfte rusfeltet i årene framover på de områdene der det er klart dokumentert effekt. Jeg er ikke enig med dem som prøver å framstille den norske debatten om dette som en debatt mellom straff og skadereaksjon. I Norge har vi en betydelig satsing på skadereducerende tiltak. Det er en satsing som jeg mener må forsterkes. Men samtidig må vi

også kunne opprettholde et lovverk som sikrer at vi hindrer rekruttering til rusavhengighet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ruth Grung (A) [12:29:35]: Mens regjeringen jobber med opptrappingsplanen på rusfeltet, får vi bekymringsmeldinger, bl.a. om at det er nedskjæringer i LAR-tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Den økonomiske rammen gjør at de får færre folk som kan følge opp. Vi får også tilbakemeldinger om at det er forsinkelser i implementeringen av LAR-tilbudet i fengslene, og vi får tilbakemeldinger om at kommunene må skjære ned også innenfor helse og psykisk helsevern på grunn av den akutte situasjonen i kommunene.

Så spørsmålet til statsråden er: Hva gjør statsråden, parallelt med at han jobber med planen, for å sikre at så ikke skjer?

Statsråd Bent Høie [12:30:20]: Vi har jo innført «den gylne regel», som stiller krav om at helseregionene prioriterer rusfeltet. Vi ser at det gir resultater. Vi har også øremerket midler til kjøp av flere behandlingsplasser. Dette har gitt resultater gjennom at både antallet som venter på behandling, har gått betydelig ned, og ventetiden også går betydelig ned.

Når det gjelder tilbudet i kommunene, var vi jo veldig bekymret, for den forrige regjeringen fjernet de øremerkede midlene til rustilbud i kommunene i en situasjon der en hadde innført sterke økonomiske incentiver for å prioritere andre pasientgrupper. Derfor gjeninnførte denne regjeringen øremerking av penger til kommunene for å bygge opp tilbudet til rusavhengige, ikke minst mottakstilbud i de større byene. En startet med i overkant av 300 mill. kr. Det ble forsterket i 2015-budsjettet og er nå i overkant av 400 mill. kr, som er øremerkede midler for at kommunene skal bygge opp tilbudet.

Ruth Grung (A) [12:31:22]: Da har jeg lyst til å gjenta spørsmålet, for jeg er fullt klar over hva som er intensjonene i statsbudsjettet osv., men vi får disse bekymringsmeldingene, som jeg antar også tilflyter representanter fra andre partier. Hva gjør ministeren for å følge opp dette viktige feltet overfor både kommuner, fengsel og spesialisthelsetjenesten?

Statsråd Bent Høie [12:31:47]: Det var også det jeg svarte på i mitt forrige svar. Den gylne regel blir fulgt opp i alle de kontaktmøtene som vi har med helseregionene. Vi ber også om dokumentasjon på at den følges opp. Vi har også forsterket regelen i 2015. Når det gjelder kommunene, bruker vi det sterkeste virkemiddelet vi har, øremerking av penger, og vi jobber også veldig nært med Justisdepartementet for å forsterke tilbudene i fengslene. Så er det behov for å styrke dette videre. Hadde det vært sånn at vi var fornøyd med situasjonen, hadde vi ikke arbeidet med en opptrappingsplan. Vi mener det er behov for en opptrapping på dette området, og det er også derfor vi nå jobber intenst med å få lagt fram en opptrappingsplan i 2015.

Ketil Kjenseth (V) [12:32:51]: Først av alt vil jeg si at for Venstres del vil vi fortsette å samarbeide godt med regjeringa om de store utfordringene og de store tiltakene. Så må vi respektere at vi kan være litt uenige om noen enkelttiltak. Jeg kan bistå statsråden litt, f.eks. ved igjen å takke for at han grep inn med hensyn til nedlegging av Fekjær, noe som viser et eksempel på at statsråden og regjeringa følger med på hva som skjer der ute, og ikke aksepterer at et tilbud skal bygges ned.

Men så til LAR-programmet: Det er en utfordring at mange unge kvinner som går fra heroin til LAR, blir gravide. Jeg synes det er trasig at vi ikke greier å hjelpe flere. De har utfordringer med å håndtere sin egen situasjon. I tillegg skal de gi omsorg til et lite barn. Jeg synes vi gir for få langtidsvirkende prevensjon. Hva vil statsråden gjøre for å øke det tilbudet?

Statsråd Bent Høie [12:33:58]: Vi har hatt et eget oppfølgingstema i Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til tilbud til kvinner innenfor legemiddelassistert rehabilitering. Det er også sant at det er helt tydelig at kvinner som er i LAR, skal ha tilgang på prevensjon og langtidsvirkende prevensjon som en del av programmet. Jeg har dessverre et inntrykk av at ikke alle tilbys dette, og vi har også satt i gang et arbeid for å sikre oss at informasjonen om den rettigheten kommer tydelig fram i tjenesten. Så skal vi selvfølgelig gi god hjelp og oppfølging til de kvinner som blir gravide, og som ønsker å være gravide, som er innenfor den ordningen, men de skal iallfall få et tilbud om prevensjon hvis de ønsker det.

Kjersti Toppe (Sp) [12:35:08]: Eg meiner å ha lese at regjeringa vil innføra betalingsplikt for rus- og psykiatripasientar i ei av desse varsla meldingane. Statsråden får korrigerer meg, men dersom det er tilfellet, kan statsråden gjera greie for korleis ein tenkjer seg at dette skal innførast når vi veit at tre av fire kommunar ifølgje Helsedirektoratet meiner dei har for lite ressursar no til å løysa behova til innbyggjarane? Korleis skal ein då implementera ei ny betalingsplikt, og korleis meiner statsråden ein skal definera ein utskrivingsklar ruspasient?

Statsråd Bent Høie [12:35:52]: I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten varsler vi at vi vil innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter både innenfor tverrfagligspesialisert rusbehandling og innenfor psykisk helse.

Bakgrunnen for det er at en opplever med den betalingsplikten som er innenfor somatikken, at kommunene prioriterer den pasientgruppen. Vi har behov for at kommunene også tar ansvar for mennesker med psykiske lidelser og mennesker som har vært gjennom en behandling for rusavhengighet. Det vil imidlertid ikke bli en kopi av betalingsordningen innenfor somatikk. Spesielt for mennesker som er inne til tverrfagligspesialisert rusbehandling, er det viktig at en starter samarbeidet med kommunen, helst før pasienten blir skrevet inn til behandling, men i hvert fall veldig tidlig i behandlingsforløpet, slik at en får planlagt

bolig, arbeid, aktivitet og behov for helsetilbud sammen med pasienten.

Audun Lysbakken (SV) [12:37:01]: I forbindelse med debatten om heroinassistert behandling som i fjor gikk mellom lege Ola Jøsendal ved Helse Bergen og helseministeren, skrev Ola Jøsendal i Bergens Tidende at vi må ha mot til å «ta konsekvensen av slik ny kunnskap». Så viste han til evalueringen av det danske forsøket med heroinassistert behandling, som danske Sundhedsstyrelsen har oppsummert på følgende måte:

«Alt i alt må det konkluderes at ordningen har vært en succes (...).»

Mine spørsmål er: I hvilken grad har Helsedepartementet satt seg inn i resultatene fra Danmark? Og: Mener helseministeren, som er så sikker på at dette skal vi ikke gjøre i Norge, at danskenes konklusjon i evalueringen av eget forsøk er feil?

Statsråd Bent Høie [12:37:55]: For det første er det viktig for meg å si at veldig ofte når en hører premissene for denne diskusjonen – også da en hørte representanten Lysbakkens innlegg tidligere – framstilles det som om vi i Norge har prøvd alt og derfor må prøve noe nytt. Svaret på det er at det er feil. Hadde det vært slik at vi i Norge faktisk hadde prøvd å gi rusavhengige et godt tilbud når det gjelder både tidlig innsats, behandling og oppfølging, som vi vet virker, og samtidig ikke lyktes med resultatene, hadde det kanskje vært på tide å begynne å diskutere eksperimenter. Men det er jo ikke der vi er. Vi er i en situasjon der vi ikke gir mennesker den behandlingen og den oppfølgingen som faktisk har dokumentert effekt, og som virker. Det er det som er min hovedprioritet: faktisk å gjøre det som den forrige regjering ikke gjorde, nemlig å prioritere denne pasientgruppen på de områdene som virker.

Så er det slik at når en går inn i denne type forskningsrapporter, ser en at når det gjelder sammensetning og resultater, er dette mye mer komplisert enn det framstilles som i korte sitater.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

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

Ruth Grung (A) [12:39:22]: Arbeiderpartiet fikk en rekke spørsmål knyttet spesielt til forsøk med heroinassistert behandling, og jeg ønsker å bruke det siste innlegget til å presisere at her handler det om et felt hvor vi i utgangspunktet egentlig har lite kunnskap, et felt der vi tror det er bred enighet om – som også statsråden var inne på – at vi skal søke mer kunnskap og prioritere mer forskning. Da gjelder det å få mer kunnskap om hvem som får effekt av heroinassistert behandling, og hvilke indikatorer som skal gjelde for dem som skal få denne behandlingen. Så det er kun et forsøk for å se hva som har effekt.

Vi mener at det er litt useriøst å si at dette betyr at det skal være lett å få tak i heroin. Vi må ikke glemme at vi har overlatt ansvaret for LAR til spesialisthelsetjenesten, de fremste medisinske miljøene, og at de skal sørge

for at dette skjer innenfor forsvarlige medisinske og etiske rammer, har i alle fall Arbeiderpartiet og også de andre partiene, antar jeg, som støtter forslaget, full tillit til.

Vi vet også at det foregår veldig mange ulike forsøk på andre områder. Det er mange områder hvor en kanskje kan lykkes enda bedre. Det heier vi selvfølgelig på. Vi har også fått gode resultater tilbake fra det medisinske-faglige miljøet i Bergen, som i alle fall veldig mange av oss kjenner best.

Så gjør de også forsøk på et stoff som har tilnærmet den samme kjemiske formel som rent heroin. Da blir det jo litt spesielt at det er navnet «heroin» som er utslagsgivende, og ikke at det har et annet navn. For det handler nok en gang om et område som for ti år siden fikk pasientstatus. Vi har veldig mye å hente på å få dem under medisinsk behandling, og miljøet i Bergen har hele tiden sagt at det er snakk om å bruke heroin – og kanskje andre medikamenter som de vil ha større effekt av – for å få dem gradvis under medisinsk-faglig behandling. Men hvis en ikke gjør noe med helsen deres, er det veldig vanskelig å gjøre noe på de andre livsområdene for å øke livskvaliteten deres og gi dem likeverdig behandling.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 3 og 4.

Sak nr. 5 [12:42:13]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser) (Innst. 302 L (2014–2015), jf. Prop. 77 L (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Niclas Tokerud (A) [12:43:17] (ordfører for saken): I dag vedtar vi lovendringer som vil gjøre ting lettere for dem som har utgifter i forbindelse med pasientreiser. Disse endringene følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 9 for 2012–2013, Én innbygger – én journal, lagt fram av forrige regjering. Da gikk en enstemmig helse- og omsorgskomite inn for å forenkle ordningen for refusjon av pasientreiser. Derfor er det bra at det nå kommer en forenkling med standardsats per dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav.

Forslaget om å innføre en ny standardsats som hovedregel ved dekning av utgifter vil dempe rapporteringsbyrden som i dag ligger på pasientene, samtidig som det også reduserer administrasjonskostnadene.

Det finnes noen unntak fra hovedregelen; de er godt begrunnet og ivaretar dem som av forskjellige grunner ville blitt uheldig rammet av en ny hovedregel for refusjon.

Endringene som er forelagt oss her i dag, betyr også at vi går over til et mer tillitsbasert system. Derfor mener komiteen at det er riktig å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feilutbetalinger og stønad til pasientreiser etter mønster av tilsvarende bestemmelser i folketrygdloven. Det er viktig at bestemmelsen gir grunnlag for at krav kan frafalles når det foreligger særlige grunner eller ved aktsom god tro.

Alt jeg har snakket om til nå, er komiteen helt enig om. Fra Arbeiderpartiets og også andre partiers side er vi imidlertid bekymret over tilbakemeldinger som er kommet om at mange finner ordningen som gjelder for pasientreisene, tungvinne og belastende. Særlig eldre mennesker og pasienter med en svekket allmenntilstand melder at et regelverk til pasientreiser og praktiseringen av dette ofte representerer en ekstra byrde når man trenger sykebehandling. Endringene som vedtas i dag, letter noe av dette, men det letter ikke alt. Derfor mener vi regjeringen bør ta en bredere gjennomgang av hele regelverket for pasientreiser for eventuelt å endre på bestemmelser som kan føre til urimelig belastning for pasientene når det gjelder bestilling, reisemåte og ventetider.

Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Våre innbyggere skal ikke oppleve at økonomi er noe hinder for å motta nødvendig helsehjelp eller undersøkelser. Derfor er det viktig at egenandelene holdes lave både for reise og for overnatting ved nødvendig behandling. Overnatting utgjør en betydelig kostnad for mange av pasientene. Vi mener derfor at egenandelen for overnatting må justeres for å ivareta prinsippet om et likeverdig tilbud i hele landet.

Til slutt vil jeg vise til de høringsinstansene som påpeker at systemet for godtgjørelse må ta høyde for geografiske forskjeller. Pasientombudet i Finnmark sier bl.a. at det er urimelig at pasienter med få reisealternativer må vente svært lenge f.eks. på billigste flyavgang. Der er vi i Arbeiderpartiet enige med pasientombudet i Finnmark. Lange ventetider kan utgjøre en betydelig merbelastning i en sykdomssituasjon.

Helse Nord har merket seg at reiser som overskrider 300 km, skal dekkes etter billigste rutegående transportmiddel. Helseforetaket peker på at det er i intervallet mellom 200 km og 300 km at skillet mellom billigste reisemåte og standardsats kan bli størst, mange pasienter som reiser innen denne avstanden kan komme dårlig ut.

Komiteen er derfor enig om at dette kan gjelde flere regioner, og ber regjeringen løpende vurdere situasjonen slik at man kan justere ordningen dersom det blir nødvendig.

For øvrig viser jeg til Arbeiderpartiets merknader i saken. Det er gode endringer som blir lagt fram for oss her i dag. Jeg håper regjeringen også vil gjøre ting lettere for de pasientene som også etter disse endringene har en unødvendig merbelastning i forbindelse med sine pasientreiser.

Sveinung Stensland (H) [12:47:31]: Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Formålet med ordningen for dekning av utgifter til pasientreiser er at reiseutgiftene ikke skal være til hinder for at pasienten kan motta nødvendig undersøkelse eller behandling.

Dagens ordning krever at pasientene tar vare på kvitteringer og annen dokumentasjon og sender det inn manuelt. Saksbehandlingen hos pasientreisekontorene er tidkrevende. Denne endringen innebærer en kraftig forenkling med standardsats, færre dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav. Dette vil komme både pasientene og helseforetakene til gode. Det blir enklere for pasienten, og administrasjonskostnadene blir lavere. Dette er altså et tiltak som passer godt inn i regjeringens arbeid for et enklere Norge og fjerning av tidstyver. Dette er en viktig forbedring og forenkling for norske pasienter.

Forslaget om å innføre en ny standardsats som hovedregel ved dekning av utgifter til pasientreiser vil dempe rapporteringsbyrden som i dag ligger på pasientene. Samtidig minsker den administrative jobben rundt behandlingen. Det finnes unntak fra hovedregelen, men de er godt begrunnet og ivaretar hensynet til dem som av forskjellige grunner vil bli uheldig rammet av en ny hovedregel for refusjon.

Som saksordføreren redegjorde for, blir det med en så stor forenkling og en ordning som i mindre grad baserer seg på skriftlig dokumentasjon av utlegg og mer på tillit, riktig å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feilutbetaling av stønad til pasientreiser. Dette vil bli gjort etter mønster av tilsvarende bestemmelser i folketrygdloven. Et samlet storting er enige om at dette skal innføres.

Vi vil skape pasientenes helsetjenester. Likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester gjennom gode ordninger for dekning av utgifter til pasientreiser er viktige brikker for å oppnå nettopp dette. Med det vedtaket vi fatter i dag, gjør vi tilværelsen enklere for et tusentalls norske pasienter.

Lavrans Kierulf (FrP) [12:49:47]: Ved et raskt søk på Stortingets nettside fikk jeg opp 146 henvendelser til ulike ministre vedrørende pasientreiser. Dette har altså stortingsrepresentanter fra de fleste partier engasjert seg i, både på generell basis og i form av enkelt saker over flere perioder. Derfor er jeg glad for at denne regjeringen legger til rette for flere forenklinger av denne tjenesten. Ikke minst er jeg svært tilfreds med at pasienter med store reiseutgifter skal skjermes også i framtiden.

Riksrevisjonen hadde gjennomgang av forvaltningen av statlige selskaper for 2009. Det ble påpekt at veksten til utgifter ble redusert etter at helseforetakene overtok ansvaret for pasientreiser. Likevel viste undersøkelsen at det var store variasjoner mellom helseforetakene når det gjaldt kostnader knyttet til pasientreiser. Systemet har blitt kritisert for å være tungvint og vanskelig å forstå, og det er derfor gledelig at dette nå forenkles.

Fremskrittspartiet er glad for at valg av transportmiddel ikke skal påvirke betalingen, fordi man ofte velger det

som passer en selv best når det gjelder tidsperspektivet, og hvorvidt det er buss eller tog er neppe avgjørende i det valget enkeltmennesket tar.

Valgfriheten ivaretas selv om ledsagertillegget fjernes. Det påløper ingen ekstra kostnader ved å ha med passasjerer f.eks. i egen bil. Dersom man dokumenterer at rutegående transport benyttes, har likevel både pasient og ledsager rett til standardsats. Dette er jeg svært glad for at blir ivarettatt. At pasientene nå slipper å dokumentere reiseutgiftene, og at stønad og sats beregnes automatisk, er en fornuftig avbyråkratisering, etter vårt syn.

Dette er, som statsråden tidligere har påpekt, igangsatt på bakgrunn av Stortingets behandling av Meld. St. 9 for 2012–2013 *Én innbygger – én journal*.

Det er ingen tvil om at systemet til tider har båret preg av mye papirer og tungvinte løsninger for pasientene når de har søkt om refusjon. At ordningen nå blir enklere, med standardsats, færre dokumentasjonskrav og i tillegg elektronisk innsending av refusjonskravene, er gledelig for de mange kronikere i vårt ganske land som er avhengige av at vi legger til rette for en enklere hverdag for dem.

Kjersti Toppe (Sp) [12:52:24]: Senterpartiet støtter lovendringane og ønskjer dei velkomne. Dette er det mange som har tatt kontakt med oss om, og det er sånn sett ei veldig viktig opprydding.

Det er foreslått ei ordning som vert enklare. Det vert ein standardsats, og det vert færre dokumentasjonskrav med elektronisk innsending. Så det verkar som at det er ei bra løysing, og at ein òg har gjort vurderingar av kva som kan verta den rettaste løysinga og den enklaste måten å praktisera det på – dette er jo ikkje heilt enkelt. Men vi støttar det som er regjeringa sitt forslag om ei felles kilometergodtgjersle osv.

Eg har berre nokre få kommentarar. Det eine gjeld overnattingsgodtgjersla, som komiteen har trekt inn. Vi er opptatte av eigendelar, og at ein skal få tilbake kostnader for reise. Det er ei manglande rettfærd i dagens system med at ein får ei støtte til overnatting på vel 500 kr i døgnet, som ikkje er nok. Så nokre pasientar må betala ganske mykje i eigendel av eiga lomme.

Det andre eg vil ta opp, er det som pasientombodet i Finnmark har påpeikt i høyringsrunden, med at det er urimeleg at pasientar med få reisealternativ må venta svært lenge, f.eks. til billegaste flyavgang. Det har òg vore ein del episodar som har vorte omtalte, som verkar veldig urimelege. For vi må hugsa på at vi ofte snakkar om sjuke pasientar, der nødvendig lang reise faktisk er ei ganske stor tilleggsbelastning.

Det står omtalt – i alle fall i merknadane – at det òg er mange som har erfaring med at viss ein bestiller drosje via pasientreisekontora, altså via helseføretaka, er det ikkje uvanleg at det kan vera ganske lange ventetider. Da er det òg snakk om eldre sjuke, som dette er ei belastning for. Så det er viktig at ein sikrar at desse systema er effektive, og at det ikkje vert urimeleg lang ventetid.

Det var mine korte kommentarar. Senterpartiet støttar lovendringa.

Ketil Kjenseth (V) [12:55:27]: Venstre vil også støtte opp om dette forslaget. Det å basere systemet på tillit ser vi fram til hvordan vil fungere, men vi har stor tro på at dette er veien å gå.

Flere har vært inne på at dette vil være en bedring for pasientene. Det er selvfølgelig det aller viktigste. Det kan hende det gjenstår noe for dem som har lang reisevei, og dem som er nødt til å overnatte, men det får vi ta underveis.

Dem som dette også vil gi en bedring for – det er jo mange som jobber i helsebyråkratiet – er mange av de behandelende legene. Dessverre er det slik i dag at legene gjerne blir kontaktet for å bekrefte at en pasient har vært inne til time eller på behandling. Det er dobbeltbyråkrati, som er helt unødvendig.

Dette vil forhåpentlig gi effekter på mange nivåer, som er bra for alle. Det er vinn-vinn. Den teknologiske utviklingen gjør at dette er mulig, og greier vi å kombinere teknologiens muligheter og å gi folk mer tillit, kan vi se for oss gevinster også for andre sektorer framover.

Statsråd Bent Høie [12:56:55]: Jeg er glad for den brede støtten som dette forslaget ser ut til å få i Stortinget.

Pasienter har rett til å få dekket nødvendige utgifter til reise til og fra offentlig finansiert behandling, såkalte pasientreiser. Refusjonsordningen for pasientreiser skal nå forenkles, og jeg følger dermed opp et av punktene i Meld. St. nr. 9 for 2012–2013, *Én innbygger – én journal*.

Dagens system er gammeldags og tidkrevende både for pasienter og for pasientreisekontorene. Pasientene må ta vare på kvitteringer og annen dokumentasjon og sende dette inn sammen med skjema per post. For pasientreisekontorene er det en stor jobb å sortere og skanne den innkommende posten. Saksbehandlingen er unødig tungvinn og veldig tidkrevende. Vi skriver nå 2015, og tiden har løpt fra denne måten å behandle saker på. Det er på tide at ordningen med pasientreiser blir brukorientert og moderne. Dagens forslag innebærer at ordningen blir forenklet og tilpasset elektroniske prosesser. Dette er en forenkling som vil være et gode for alle pasienter, særlig eldre mennesker og andre som synes det er vanskelig å navigere i dagens system.

Reglene har fått kritikk for å være vanskelige å forstå. Hovedregelen i dag er at pasienten får dekket rimeligste reisemåte med rutegående transport på den tilbakelagte strekningen. Saksbehandlingen av hvert krav blir dermed unødvendig tidkrevende og kan ofte kreve flere undersøkelser. Jeg har foreslått at en erstatter dette systemet med en enkel standardsats per kilometer. Pasientene skal få dekket en fast sats per kilometer, uavhengig av om de har reist med egen bil eller kollektivt. Dette er en ordning som er forutsigbar, og lett å forholde seg til. En ordning med standardsats er en god avveining mellom hensynet til pasientene og hensynet til en effektiv og rask saksbehandling, som også kommer pasienten til gode. For pasientreisekontorene innebærer det at saksbehandlingen i stor grad kan gjøres elektronisk. På den måten kan administrasjonen gjøres mer strømlinjeformet.

Selv om standardsats blir hovedregelen, skal reiser over 300 km likevel dekkes etter billigste rutegående transport-

måte – dette for å unngå at det blir for stor avstand mellom pasientens faktiske utgifter og den summen pasienten får utbetalt. Tall fra Transportøkonomisk institutt viser at pasienten bruker bil i 80 pst. av tilfellene for reiser inntil 300 km. For reiser som er lengre enn 300 km, halveres bilbruken til fordel for fly. I høringsrunden kom det innspill om at mange pasienter som reiser mellom 200 og 300 km, vil komme dårlig ut med det foreslåtte systemet. Når et helt nytt regelverk skal på plass, finnes det naturligvis usikkerhetsmomenter. Regjeringen vil derfor løpende vurdere situasjonen, slik at vi kan justere ordningen hvis det blir nødvendig.

Med denne reformen gjør vi det enkelt å fremme krav om reisedekning. Pasientene kan levere søknaden via nettet. Informasjon om behandling og oppmøte skal hentes automatisk fra eksisterende registre. De som ikke vil eller kan benytte seg av denne løsningen, skal selvfølgelig fortsatt kunne fremme krav manuelt. Jeg tror likevel at det store flertallet av pasienter vil være glade for at en nå bare trenger et par minutter foran datamaskinen for å få søknaden levert.

Det er på høy tid å modernisere pasientreiseordningen, og jeg er glad for at det er så stort flertall for dette. For pasientene blir det en stor forskjell fra dagens gammeldage system. Terskelen for å fremme krav blir også lavere, og pasientene trenger minimalt med tid for å søke om reisedekning. For pasientreisekontorene innebærer dette en etterlengtet modernisering.

Dagens reformforslag er moderne, det er effektivt, og det gjør det enklere for pasienten. Dette er også et tillitsbasert system, som baserer seg på at pasientene i utgangspunktet fremmer krav om det de har rett til.

Svein Roald Hansen hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Niclas Tokerud (A) [13:01:14]: Nå gjør vi det enklere for pasientene å søke refusjon for sine reiser og setter en standardsats uavhengig av transportmiddel. Det er bra. Men vil statsråden følge opp problematikken med dem som fortsatt har en urimelig belastning når det gjelder forhåndsbestilling av reise, reisemåte og ventetid? Og i så fall hvordan?

Statsråd Bent Høie [13:01:37]: De som jobber med dette, jobber kontinuerlig for å bedre servicen og tilbudet overfor pasienter. Jeg erfarte da den nye ordningen ble innført under den forrige regjeringen, at jeg også fikk daglige henvendelser fra misfornøyde pasienter på min mail eller telefon. Det var veldig mye uro knyttet til dette. Jeg har allikevel et klart inntrykk av at ting gradvis har forbedret seg, og at en finner gode løsninger og gir pasientene bedre service. Det er også et arbeid som må forbedres kontinuerlig.

Så ser vi av og til dessverre utslag av «Heia Norge»-løsninger, som innebærer at det ikke nødvendigvis er regelverket som tvinger fram den type løsninger, men at en ikke

har sett på hovedregel nummer null, at dette skal være fornuftig. Det gjelder også på dette området.

Kjersti Toppe (Sp) [13:02:45]: Føremålet med ordningen er at reiseutgiftene ikke skal vera til hinder for at pasientane kan ta imot nødvendige undersøkingar eller behandling. Det er alle einige om.

Eg har eit spørsmål til dette med overnattingsgodtgjersle, som ikkje er i denne saka, men likevel heng saman med ho. Det må òg vera eit føremål at pasientar ikkje vert hindra i å ta imot nødvendig helsehjelp på grunn av at dei har for høg eigendel på overnattingsgodtgjersle. Denne har vorte auka, og i dag er han på 520 kr. Spørsmålet mitt er om statsråden synest at ei overnattingsgodtgjersle på 520 kr er bra nok.

Statsråd Bent Høie [13:03:38]: Som representanten er inne på, er denne ordningen blitt økt også under denne regjeringen. Det ble gitt et betydelig løft i 2013–2014 under den forrige regjering, fra 350 til 500 kr, og en ytterligere økning under vår regjering. Så er dette et budsjettspørsmål som man må komme tilbake igjen til. Det er alltid et spørsmål hvilke ordninger som prioriteres i de årlige budsjettene.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

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

Kåre Simensen (A) [13:04:20]: I dag er jeg ombudsmann for svært mange pasienter i mitt hjemfylke. Forslaget som legges fram, er for så vidt bra, men jeg er kjempeskuffet over at regjeringen i denne innstillingen ikke sier noe om pasientreiser og ventetid, slik både representanten Toppe og saksordfører Tokerud var inne på i sine innlegg.

Det har ikke manglet på reportasjer i media, spesielt i Vest-Finnmark og Alta-Kautokeino-området, hvor pasienter som reiser til/fra Universitetssykehuset i Tromsø, står fram og klager på at man er nødt til å være på reise i inntil 14–15 timer fra man reiser hjemmefra, til man er tilbake. Er man pasient fra Kautokeino, må man opp kl. 03.00 om natten – og beregne ankomst kl. 01.00 neste natt, hvis siste fly er i rute da, og det hører til sjeldenhetene om vinteren.

Jeg vil for øvrig legge til at befolkningen i Kautokeino er de som har lengst reise til sykehustjenester i landet. Det har sågar vært eksempler på reisetid på inntil tre dager for dem som er avhengige av å bruke offentlig transport.

Det er for mange uholdbart – og drister man seg til å klage, får man til svar at det er slik nasjonale regler for pasienttransport skal praktiseres. Punktum. På mitt skriftlige spørsmål til helseministeren i mai 2014 om hva han vil gjøre med dette, kan svaret bare tolkes på én måte, nemlig: Ingenting. Statsråden henviser til regelverket for pasientreiser, og at regelverket for pasienter ikke legger føringer for hvor lang reisetid og ventetid på reisen pasienter må regne med.

Pasientkontorene legger vekt på å forvalte regelverket på en økonomisk måte for å utnytte ressursene til helseforetakene best mulig, og pasienter må derfor vente – for-

vente å vente noe tid, som heter – på transport. «Noe tid» kan være opptil 18 timer. Jeg vet at tid er relativt, og vi som reiser mye, vet at ventetiden på flyplasser oppleves som uhorvelig lang, selv om vi venter bare to timer og – heldigvis – er forholdsvis friske. Vi tåler det. Men tenk på hva de som er kronisk syke, kreftsyke og med andre diagnoser må føle når de ser at fly etter fly går til hjemstedet uten dem. Vær så godt, benytt ventetiden godt, ditt fly går kl. 22.15, er hilsenen fra Pasientreiser, selv om det svært ofte skiller bare et par hundrelapper fra at man kunne tatt et tidligere fly. Men nei, prinsippene skal følges.

Er det rart at pasientene som utsettes for dette, er frustrerte og fly forbanna – bokstavelig talt? Jeg skjønner dem godt. Det virker som det ikke er mulig å bruke skjønn. Svaret er at man heller vil bruke penger på behandling enn på reise. Det forstår alle, men det må kunne stilles spørsmål ved om når man er pasient. Er det fra man går ut av døren i eget hjem, til man er tilbake igjen? Eller er det når man setter sine ben på sykehuset?

Hvis regjeringen mener at det skal være likeverdige helsetilbud for hele befolkningen i Norge, bør reisetiden være et av kriteriene som legges inn.

Jeg vil si takk til Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV, som er de eneste partiene her som har brydd seg om ventetiden som et problem.

Tove Karoline Knutsen (A) [13:07:46]: Jeg skal ikke bruke veldig lang tid, for representanten Simensen sa i grunnen det som har vært, og er, mitt anliggende i denne saken. Da jeg begynte å jobbe med dette i forrige periode, var det bl.a. på bakgrunn av egne opplevelser med å skulle fylle ut disse skjemaene, og også innspill fra veldig mange organisasjoner – pasientorganisasjoner, Pensjonistforbundet og veldig mange som syntes dette var tungvint.

Etter hvert som jeg begynte å jobbe med det, kom også disse praktiske, merkelige handteringene av regelverket, som gjør at pasienter som i utgangspunktet kan føle seg slitne og svake, faktisk synes det er en belastning, bare det å reise, fordi det blir så tungvint, så vanskelig og så krevende når man f.eks. skal oppholde seg på et sted der det er sykehus, uten å ha noe sted å gjøre av seg, og når man er veldig svekket.

Det som jeg også har opplevd, er at det er veldig forskjellig praktisering av regelverket, at man har så ulike tolkninger, og når det kommer klager, får man kanskje beskjed om at ja, ja, du får innvilget dette likevel. Så ser man at det er veldig mye usikkerhet knyttet til akkurat hvordan man praktisk håndterer det.

Jeg må bare understreke veldig sterkt at vi fra Arbeiderpartiet kommer til å følge dette nøye og bringe det inn igjen for statsråden og regjeringa hvis vi ser at det er grunn til det. Jeg håper at statsråden tar med seg de innspillene vi har kommet med nå, at man ser på pasientreiser også utover det at man har et forenklet reiseoppgjør, at man ser på hvordan man praktisk håndterer det, slik at ikke pasienter som har lange og vanskelige reiseveier, blir sykere av å dra på sykehus.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 5.

Sak nr. 6 [13:09:53]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.) (Innst. 303 L (2014–2015), jf. Prop. 81 L (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [13:10:39] (ordfører for saken): Utdanning og spesialisering av helsepersonell i Norge skal sikre høy kvalitet og ikke minst pasientsikkerhet i helsetjenesten. Det er viktig at spesialiseringen av helsepersonell er oppdatert i tråd med den generelle samfunnsutviklingen. Det er nye reformer innen helsevesenet, det er endring i befolkningssammensetningen, og utvikling innen fagene gjør det nødvendig både å vurdere og reformere spesialistutdanninger for helsepersonell.

I dag er det spesialistutdanning for leger som er på dagsordenen. I 2009 ble regjeringen bedt av Stortinget om å legge fram en sak om organisering og vilkår for en framtidig ordning med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet, og i 2011 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en gjennomgang av spesialiststrukturen for leger.

Det finnes i dag mange spesialiteter, og man kan lese på Legeforeningens nettsider at det er 44 godkjente spesialiteter innen medisin og kirurgi. Av disse er det 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter, da innen indremedisin og generell kirurgi.

Målet med en ny spesialiststruktur er å etablere en spesialiststruktur som møter framtidens behov og tar opp i seg endrede demografiske forhold, utvikling innen medisin og ikke minst endringer i pasient- og legerollen og Samhandlingsreformen. Et av målene med ny spesialisering er å motvirke tendensen med stadig sterkere spissing på bekostning av kanskje breddekompetanse og noe som fører til fragmentering og etter hvert oppsplitting av tjenestene. Det er behov for å lage noe nytt.

Endringene som Helsedirektoratet foreslår i modellen, krever endringer i gjeldende forskrifter. Lovendringen vi vedtar i dag, vil gi departementet en klar hjemmel til å forskriftsregulere den nye ordningen for spesialistutdanning for leger.

Et flertall i komiteen, unntatt Senterpartiet, støtter regjeringens forslag om å endre helsepersonelloven slik at departementet får en klar lov hjemmel til å forskriftsregulere ny ordning for spesialistutdanning av leger, og at det nå gis bestemmelser om både innhold, lengde og forhold vedrørende utdanningsinstitusjoner som utdan-

ner spesialister, og organiseringen av utdanningsstillinger.

Departementet arbeider nå med ny ordning på bakgrunn av rapporten fra Helsedirektoratet og den påfølgende høringsrunden. Vi er kjent med at det ikke er tatt stilling til selve omleggingen. Legeforeningen er i god dialog med departementet og sa i høringsnotatet og i høringen til komiteen at de hadde en positiv dialog, og at de støttet at departementet fikk fullmakt.

Et mindretall i komiteen vil avvente forskriftsendringene og innholdet til organiseringen er klar, og ønsker det tilbake til Stortinget. Jeg vil påpeke at det er departementet som skal beslutte hvilke spesialiteter vi skal ha, hvilke læringsmål vi skal ha, og ikke minst innholdet i utdanningen. Departementet har også varslet at de vil komme tilbake til Stortinget med en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister. De har varslet at det vil skje i budsjettbehandlingen til høsten og i ny nasjonal helse- og sykehusplan. Ny spesialitet i akuttmedisin har vært et tema. Det er også varslet at det vil være et tema i sykehusplanen.

Komiteen er opptatt av å styrke og heve kompetansen i akuttmottak, og vi ser fram til å få en spesialisering innen mottaks- og akuttmedisin, og at Stortinget kan diskutere prinsippet for dette i nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er også en del andre endringer, men det kan jeg komme tilbake til.

Ruth Grung (A) [13:15:47]: Arbeiderpartiet mener i utgangspunktet at det er riktig og rett at departementet har delegert ansvar for å bestemme hvilke legespesialiteter vi skal ha, og innholdet i utdanningen.

Vi er også enig i at det er behov for å styrke dagens spesialistutdanning. Samtidig ser vi at det kommer flere og flere spesialiteter, og behovet er kanskje å få samkjørt utdanningen, fordi veldig mange av pasientene har ganske mange ulike diagnoser. Det er en utvikling som går i to retninger.

Vi merker oss at det er flere krevende og prinsipielle endringer som nå er til behandling i utformingen av den framtidige modellen. Arbeiderpartiet mener derfor at det vil være klokt av regjeringen å forankre den framtidige utdanningsmodellen her i Stortinget, for en slik radikal omlegging vil ha stor betydning for utviklingen av norsk helsetjeneste i framtiden.

Arbeiderpartiet viser også til proposisjonens henvisning til anmodningsvedtaket fra helse- og omsorgskomiteens behandling av Ot.prp. nr. 83 for 2008–2009, der komiteen ba regjeringen legge fram en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning. Derfor fremmer vi forslag her i Stortinget om at regjeringen legger fram for oss en egen sak om en framtidig modell for organisering av spesialistutdanningen.

Som saksordføreren var inne på, har vi merket oss at det er faglig uenighet om utformingen av en framtidig spesialitet i akuttmedisin. Legeforeningen valgte også å ta opp denne utfordringen i sitt høringsinnspill. Flere av våre store sykehus har også prosesser på gang for å styrke mottakene både med organisatoriske grep og med kompetanse

i akuttmottak. På samme måte er vi opptatt av å sikre god kvalitet på den mer desentraliserte akuttberedskapen. Akutthjelp er en særdeles viktig del av vårt helsetilbud.

Arbeiderpartiet viser til ministerens uttalelse i media om at valg av spesialisering innen mottaks- og akuttmedisin vil bli fremmet for Stortinget som en del av den nasjonale helse- og sykehusplanen til høsten. Vi mener at når det er så stor uenighet faglig sett, er det viktig at vi får framlagt i det åpne rom et solid kunnskapsgrunnlag som både ser på de ulike internasjonale utviklingstrekk og ny kunnskap, og – selvfølgelig – vurderer det opp mot hvordan vi har organisert vårt helsetilbud her i Norge, og hvordan det kan bli mer attraktivt å spesialisere seg i akuttmedisin. Det er helt avgjørende at vi har rett kompetanse til å gi riktig hjelp og klarer å prioritere dem som trenger hjelpen først. Akkurat når det gjelder akuttmedisin, der det er så kort tid til å avgjøre noe som kan få store konsekvenser for utfallet, er det helt avgjørende at det er forent her i Stortinget, og at vi tar den rette avgjørelsen.

Med det fremmer jeg Arbeiderpartiets, Senterpartiets og SVs forslag til saken.

Presidenten: Representanten Ruth Grung har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Olaug V. Bollestad (KrF) [13:19:22]: Behovet for endring av nye og andre spesialiteter vil alltid komme med ny kunnskap, ny forskning og nye behandlingsmetoder, og når teknikk endres. Kristelig Folkeparti merker seg det som er foreslått av spesialistutdanningsløp, fra Helsedirektoratet, og at det vil bestå av tre ting: én felles kompetanseplattform for alle spesialiteter, én felles faglig kompetanseplattform der hver spesialitet har sine enkeltløp ut fra sin spesialitet, og en gjennomgående kompetansemodul i tillegg.

Dette har Kristelig Folkeparti tro på. Kristelig Folkeparti har også tro på at dette skulle vært gjort innen andre helseprofesjoner, for når vi har en felles plattform og tar det som er det spesielle, for seg selv, er det mulighet for flere til å kunne ha flere spesialiteter – fordi en har en felles plattform. Det tror Kristelig Folkeparti er bra. Vi har også tiltro til at dialogen mellom Legeforeningen og departementet vil være god, og at en faktisk får til en struktur som alle kan gjøre seg nytte av.

Kristelig Folkeparti er også glad for at komiteen mener det er viktig med kompetanseheving i akuttmottak, og det har hatt stor plass i diskusjonen i komiteen. Helsetilsynet påpekte i 2008 at pasientene ikke ble tatt godt nok imot i norske akuttmottak, og rapporten «Mens vi venter ...» sa noe om forsvarlig pasientbehandling i norske akuttmottak, og at det var særlig mangel på breddekompetanse innen akuttmedisinen. Legeforeningen støtter ambisjonen om heving av kompetansen i akuttmottak med utvikling av den generellmedisinske spesialiteten.

Kristelig Folkeparti støtter flertallet i at dette må komme i helse- og sykehusplanen. Vi tror dette er en sentral del av sykehusplanen, og at det henger nøye sammen med både prehospitaltjenester, legevaktjenester og ikke minst hvordan vi organiserer Sykehus-Norge. Vi vet også

at de har en egen akuttmedisinsk spesialitet i både Sverige, Finland og andre europeiske land, hvor de har integrert dette godt. I begynnelsen – det vet vi også – var det motstand i disse landene mot dette fra egne legeföreninger, spesielt med tanke på: Hva da med mindre sykehus?

Effekten av dette i Sverige har vist seg som mindre kø, større pasientsikkerhet, og at mindre sykehus står i kø for å få denne spesialiteten i tillegg. Så det ble ikke sånn at det ikke var brukbart i mindre sykehus, og at det var en større sentralisering. Kanskje Norge har noe å lære av det som Sverige, Finland og andre europeiske land har gjort på dette området. Kristelig Folkeparti avventer det som kommer i helse- og sykehusplanen, og ser fram til det.

Kristelig Folkeparti følger komiteens tilråding i denne saken.

Kjersti Toppe (Sp) [13:23:09]: Innleiingsvis vil eg ha ein kommentar til kven som skal bestemma legespesialitar i Noreg, for det er jo litt pussig at Stortinget skal involvera seg i det. Men så er jo erfaringane òg slik at Stortinget faktisk gjer det – det gjer dagens opposisjon og dagens posisjon. Det var jo Stortinget som var pådrivar, iallfall var det ein av pådrivarane, for å få ein spesialitet i rusmedisin, så dette er det viktig å ha med seg.

Saksordføraren har òg vist til Innst. O. nr. 122 for 2008–2009, der ein tverrpolitisk komité var einig om å be regjeringa om å leggja fram ei eiga sak om organisering og vilkår for den framtidige ordninga med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialistar i helsevesenet. No har Helsedirektoratet utarbeidd eit slikt forslag, som er til vurdering i departementet. Då kjem ikkje departementet eller regjeringa til oss med ei slik sak, dei kjem til oss med ei sak der dei berre ber oss om ei utvida forskrift for å kunna avgjera dette utan involvering av Stortinget. Det er grunnen til at Senterpartiet ikkje støttar dei føreslåtte endringane i helsepersonellova § 51.

Eg vil visa til det som Den norske legeförening uttalte i høyringa i saka:

«Spesialistutdanningen av leger og organiseringen rundt dette er spørsmål av stor nasjonal betydning. Departementet foreslår en lovhjemmel som er enda videre enn dagens for å kunne regulere innholdsmessige og organisatoriske spørsmål uten Stortingets involvering. Dette gjelder ikke bare de endringene som skal skje nå, men også for fremtidige (forskrifts)endringer. Det kunne vært naturlig å avvente til det foreligger en endelig plan for innhold og organisering.»

No var konklusjonen til Legeföreningen at dei under tvil støttar den framlagde saka, men dette var det dei sa i høyringa.

Senterpartiet er opptatt av å styrkja dagens spesialistutdanning, men vi er imot at dette skal vera eit arbeid som Stortinget ikkje skal ha nokon føringar på. Så vi støttar forslaget frå Arbeidarpartiet om at ein må koma tilbake med ei eiga sak om dette til Stortinget.

Eg vil òg minna Stortinget om at eitt av hovudgrepa til Helsedirektoratet, å redusera spesialiseringstida med eitt til eitt og eit halvt år, er òg Legeföreningen imot, fordi dei meiner at det vil senka kompetansekravet for nye spesia-

listar. Dei meiner òg at kvalitetssikringa av utdanningsavdelinga er for svak i forslaget. Så det er fleire grunnar til at ein burde sett meir nøye på dette frå Stortinget si side.

Når det gjeld akutt-mottak, var det frå vår side meint som eit eksempel på at ein spesialitet faktisk òg kunne få politiske konsekvensar, for fleire parti, og kanskje fleirtalet i denne saka, har gått inn for ein eigen spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Det har vorte kritisert m.a. av Legeföreningen sjølv, som seier:

«Legeföreningen anser at en ny spesialitet i akuttmedisin kun vil være egnet ved de 4-6 største sykehuse- ne i Norge (universitetssykehuse- ne), og ikke egnet ved de mindre sykehuse- ne.»

Skal vi gjera dette til eit krav, betyr det at det kan vera eit instrument til å fremja ei stor sentralisering av akutt-funksjonar i Noreg, og det er vel ikkje det denne saka skal leggja til rette for.

Senterpartiet støttar dei andre lovendringane i denne saka, og det kjem kanskje ikkje godt nok fram i innstillinga, men i romertallsvedtak I støttar Senterpartiet endringane, utanom endringane i § 51.

Ketil Kjenseth (V) [13:28:18]: Venstre støtter flertallets forslag her i dag, som representanten Olaug Bollestad var inne på. Struktureringen av den nye spesialistutdanningen er et framskritt – at en i større grad får felles moduler, og at en skiller lag sent i spesialiseringen.

Representanten Toppe var innom Stortingets rolle. Jeg vil si at vi her tar større politisk kontroll over spesialistutdanningen, men Venstre har ingen ambisjon om at vi skal sitte i Stortinget og detaljstyre hvilke legespesialiseringer vi skal ha i Norge. Når jeg sier dette, er det fordi Legeföreningen tradisjonelt har hatt stor innflytelse over legespesialistutdanningen.

Komiteen var på reise i Australia. Når vi har 44 utdanningsretninger i Norge og Australia – et betydelig større land – har 16, er det klart en kan diskutere om antallet kanskje allerede er vel stort. En annen diskusjon er hvilke en skulle prioritere. Når en ser den demografiske utviklingen, synes jeg det er merkelig at vi ikke har flere spesialister i sykehjemsmedisin. Det er også lav rekruttering til geriatri, men det blir en annen sak.

En av debattene som går her, er om akutt-mottak. For Venstres del handler dette i dag i hovedsak om organisering i akutt-mottak. Det framstår noe spesielt at den ypperste kompetansen ikke finnes i mottak, og at mange der blir overlatt til seg selv tidlig i sin praksis. Det er aller mest det vi må gjøre noe med.

Dernest er vi opptatt av at akutt-mottak skal ha tverrfaglig kompetanse. Sånn sett er vi ikke opptatt av at en ny spesialisering i akuttmedisin er den eneste som skal finnes i et akutt-mottak, men vi tror det er gunstig å få en sånn utdanningsretning også.

En spesialisering vi synes er litt underkommunisert – apropos det å stå alene – er distriktsmedisin. Tromsø har utdannet leger som har en slik spesiell profil. De store avstandene gjør at det er viktig å fokusere på det. Det er nettopp der mange står alene og ikke har annen hjelp å tilkalle enn frivillige og pårørende. Det er en spesiell situa-

sjon, og derfor er det viktig å trene dem som møter de situasjonene. Det synes vi også er et tema å ta med seg uten at det behøver å bli en ny spesialitet, men man bør bygge opp under den kompetansen som er utviklet i Tromsø, og overføre dette til andre regioner. I en situasjon der vi har stor turnover av fastleger, mange uten bakgrunn i Norge og kanskje med dårlig språk, er det særdeles viktig å fokusere på dette.

Statsråd Bent Høie [13:32:12]: Regjeringen foreslår å endre helsepersonelloven slik at vi får en klar lovhjemmel til å forskriftsregulere ny struktur for spesialistutdanning for leger. Lovendringen er et ledd i regjeringens oppfølging av Stortingets anmodningsvedtak fra 2009. Regjeringen ble da bedt om å legge fram en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.

Helsedirektoratet har vurdert behovet for endringer i legers spesialistutdanning på oppdrag fra departementet. Departementet arbeider nå med å utrede en ny ordning på bakgrunn av Helsedirektoratets forslag og tilhørende høringsrunde. Det har også gått bestillinger til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene om å konkretisere nye ordninger i prosesser der universitetene og Legeforeningen deltar. Jeg tar sikte på å legge fram et helhetlig forslag for Stortinget til høsten. Hensynet til bedre pasientsikkerhet vil stå sentralt. En god utdanning av spesialister med høy og riktig kompetanse er viktig for å oppnå bedre kvalitet i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene.

Lovendringen som regjeringen har foreslått, skal gi oss det verktøy som vi trenger for å gjennomføre endringer i spesialistutdanningens innhold og i spesialitetsstrukturen. Vi foreslår å videreføre dagens ordning, der spesialistutdanningen er regulert gjennom forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette vil også være den hensiktsmessige ordningen framover. Selv om departementet allerede har en lovhjemmel, mener jeg det er riktig å tydeliggjøre og klargjøre dagens hjemmel.

Vi skal ikke drøfte innholdet i framtidens legespesialistordning her i dag. Det lovforslaget vi nå skal vedta, legger ikke føringer for den endelige beslutningen om spesialistordningen. Jeg vil legge fram saker knyttet til legenes spesialitetsstruktur, innhold og organisering av legenes spesialistutdanning for Stortinget til høsten. I lovproposisjonen foreslås det også å endre helsetilsynsloven slik at ansettelse av fylkesleger i framtiden skal gjøres av Fylkesmannen og ikke av Kongen, slik som i dag. Dagens ordning er etter mitt syn byråkratisk og unødvendig tidkrevende. Også i framtiden vil det være viktig med et nært samarbeid mellom fylkeslegen, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet. For å ivareta dette samarbeidet mener jeg at det bør etableres en konsultasjonsordning som bl.a. skal innebære at ansettelsessaker forelegges Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet før ansettelse av fylkeslege skjer.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ruth Grung (A) [13:35:05]: Dette spørsmålet er kanskje ikke så veldig overraskende; det gjelder akuttmedisin: Kan du forsikre Stortinget om at vi får framlagt et bredt kunnskapsgrunnlag for valg av framtidig modell når det gjelder akuttspesialitet?

Statsråd Bent Høie [13:35:23]: Det å etablere en egen spesialitet i mottaks- og akuttmedisin er en del av regjeringsplattformen, som vi selvfølgelig jobber med å følge opp, også i denne saken. Representanten er sikkert også kjent med at jeg har gitt et tilleggsoppdrag til direktoratet her: Vi har nedsatt en gruppe med personer som også representerer ulike syn i den diskusjonen som foregår på fagfeltet, for også å få et godt beslutningsgrunnlag.

Jeg vil legge fram innholdet i saken knyttet til legenes spesialistutdanning til Stortinget til høsten.

Saken om ny spesialitet i akuttmottak er f.eks. relevant for nasjonal helse- og sykehusplan.

Kjersti Toppe (Sp) [13:36:13]: Statsråden sa i innlegget sitt at dette lovforslaget ikkje legg føringer for framtidig legespesialisering, men ein har lagt føringer i regjeringsplattforma, og som representanten frå Venstre sa, vil ein ikkje frå Stortinget detaljstyra kva for legespesialistar vil skal ha i Noreg, men ein gjer altså det i regjeringsplattforma.

Det har kome fram ein del kritikk, iallfall innvendingar frå fagleg hald mot ein slik spesialitet. Eg refererte frå talarstolen det som Den norske legeforening sa, at dette er ein spesialitet som er god, og som vil passa på dei store universitetsjukehusa, men som ikkje passar på dei aller fleste sjukehusa i Noreg.

Så spørsmålet mitt vert: Korleis har statsråden tenkt å ta desse innvendingane til følge? Kan det vera ein spesialitet som vert differensiert, eller vil det verta eit krav å ha dette ved alle sjukehus?

Statsråd Bent Høie [13:37:13]: For det første synes jeg det er litt rart at en kan trekke så bastante konklusjoner om hvor en spesialitet hører hjemme, før en kjenner innholdet i spesialistutdanningen. Den er ikke avklart ennå. Jeg tror at når vi har landet på hva slags innhold denne spesialiteten skal ha, hvilke fag den skal bygge på, er det også mer relevant å ha en reell diskusjon om hvor denne spesialiteten hører hjemme – i hvilke ulike typer sykehus.

Men å se på om det å ha en egen spesialitet i mottaksmedisin kan være relevant, både på de store og de mindre sykehusene, er etter min oppfatning en reell og god diskusjon å ta, nettopp for å sikre at den utviklingen vi har sett, med veldig smale spesialistfunksjoner, ikke skal f.eks. redusere muligheten for å ha akutttilbud på mindre sykehus.

Ketil Kjenseth (V) [13:38:28]: Et tema som er relevant for saken, er at vi skal rekruttere mange av disse spesialistene de neste årene, og ansettelsesforhold har vært et tema som mange unge leger har vært opptatt av. Det har vært lite forutsigbart, en del synes at de blir utnyttet i arbeidssituasjonen, og særlig en del av dem som stifter familie, synes at det har vært krevende å gå inn i slike forløp.

Så spørsmålet er i hvilken grad dette vil gjøre det mer forutsigbart og gi mer stabile arbeidsforhold for dem som velger å gå inn i en såpass krevende spesialistutdanning.

Statsråd Bent Høie [13:39:08]: Igjen vil jeg understreke at saken i dag ikke handler om innholdet i utdanningene, men det å gi en tydeligere lovhjemmel enn det som eksisterer i dag for å kunne utarbeide forskrifter for hvordan dette skal se ut, og forskriftene vil heller ikke bli ferdigstilt før vi har drøftet disse ulike sakene, som kommer til Stortinget til høsten.

Så oppfatter jeg at det som har vært et hovedengasjement på det området som representanten tar opp, er knyttet til spørsmålet om midlertidige stillinger. Der er det nå oppnådd en enighet mellom Legeforeningen og Spekter. De har kommet fram til en modell som jeg oppfatter legger til rette for å sikre mer forutsigbarhet, og faste stillinger, også for leger i spesialisering. Det er jo slik at når en er i spesialisering, må det kunne forventes at en kanskje må jobbe på ulike typer sykehus for å få den bredden i kompetanse som en har behov for.

Presidenten: Replikordskiftet er over.

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

Hanne Thürmer (KrF) [13:40:28]: Som overlege på et lite lokalsykehus er dette en sak jeg er engasjert i og opptatt av.

Spesialistutdanning bør formes etter befolkningens behov, og man har nå en gyllen anledning til å gjøre det. Det er viktig at man tar tak i den muligheten.

Så er det noe jeg føler mange blander sammen – at akuttmottak er det samme som akuttmedisin, og at man skal ha flere akuttmedisinere. Jeg er opptatt av at akuttmottakene har stor styrke innen det som er akutt, som brannskader, hjerteinfarkt, fødsler og skadde barn. Det går veldig greit. Det som ikke går greit, er når det handler om multisyke, kronisk syke og eldre med flere tilstander, som ofte er veldig, veldig syke, men som ikke har dette akuttstempel.

Jeg vil her slå et slag for indremedisinere og breddekompetanse. Det trengs på alle sykehus, både store og små. Jeg vet i hvert fall at Helsedirektoratet i sin modell for akuttmedisinsk kompetanse har jobbet fram mottaks- og indremedisin som en spesialitet og ikke akuttmedisin som en spesialitet. Det finnes allerede spesialitet i akuttmedisin. Anliggende er indremedisinsk kompetanse i alle norske sykehus og at man også kan øke engasjementet hos universitetssykehusene for breddekompetanse og for generell indremedisin for å unngå denne stadige spesialiseringen.

Jeg vil – sammen med resten av Kristelig Folkeparti – i hvert fall støtte arbeidet med ny spesialiststruktur, og at vi også ser på de kronisk syke, de multisyke og de alvorlig syke eldre, som må få bedre mottak, uten at man lager flere spesialiteter ut av det.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 6.

Sak nr. 7 [13:42:12]

Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Arbeid er god terapi, både for psykiske og fysiske lidelser og plager. Men arbeidsrelatert oppfølging blir i liten grad fulgt opp i eksisterende behandlingstilbud. Dagens modell med at behandling skal gjennomføres før arbeidsrehabilitering, har vist seg å ha dårligere effekt enn modeller som integrerer jobbstøtte og behandling. Forskningsbaserte prøveordninger for personer med psykiske lidelser har vist gode resultater, men det har ikke vært testet ut i helsevesenet for øvrig. Her ligger det store muligheter. OECD-rapporten fra 2013 legger også vekt på å forene arbeid og helse i all pasientbehandling.

Hvordan vil statsråden bidra til at pasientbehandling i helsevesenet blir mer helhetlig, slik at alle viktige aspekter av pasientens problem ivaretas i behandlingen, inkludert arbeid?»

Ruth Grung (A) [13:43:09]: Langvarig sykefravær er en risikofaktor for permanent uførhet, og andelen unge som forsvinner ut av arbeidslivet med en uførepensjon, er en toppaktuell problemstilling. Tidlig frafall eller utstøting fra arbeidsmarkedet medfører store kostnader, både for den enkelte og for samfunnet.

Forskning viser at befolkningens psykiske helse er ganske stabil, men på tross av dette øker andelen uføretrygd innvilget for psykiske lidelser. Det er lettere lidelser som angst og depresjon som utgjør det store volumet av dem som får innvilget uføretrygd. Risikoen for uføretrygd blant mennesker med psykiske lidelser ser ikke ut til å ha blitt redusert, selv om behandlingstilbudet er blitt forbedret. En av grunnene kan være at det bedrede behandlingstilbudet retter seg inn mot et mindretall av dem med psykiske lidelser. Men det kan også være et resultat av måten vi har organisert psykisk helsevern atskilt fra rehabilitering til arbeid på.

Den klassiske tilnærmingen fokuserer på symptomer og på å skjerme pasienter under behandling fra arbeid i påvente av friskmelding – dette ut fra en forestilling om hvordan arbeid kan være skadelig eller belastende, og til tross for at vi samtidig vet at arbeid er god terapi for både psykiske og fysiske lidelser og plager.

Både Nav og Helsedirektoratet satser nå i økende grad på en ny metodikk, Individuell jobbstøtte, forkortet til det engelske IPS. Det er en arbeidsrehabiliteringsmodell som ble utviklet på 1990-tallet i USA, der rehabilitering til arbeid blir knyttet til behandlingstilbudet i psykisk helsevern i stedet for å organisere det som atskilte tjenester.

IPS er en manualisert og systematisk tilnærming for å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser til å oppnå arbeid i det ordinære arbeidslivet. Modellen bygger på den forutsetning at lønnsarbeid vil være mer oppbyggelig enn skadelig for flertallet av pasienter, uavhengig av symptomer og sykdomshistorie. Arbeid gir økonomisk trygghet, sosial tilhørighet og identitet. Arbeidsledighet har vist seg å øke helseproblemer. Blant annet viser selvmordsstatistikken at en tredjedel av mennesker under 35 år

med psykiske lidelser som tar sitt eget liv, er arbeidsledige eller langtidssykmeldte.

Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser uttrykker selv at de ønsker betalt arbeid. Om lag 30 pst. av befolkningen vil tilfredsstille kriteriene for psykiske lidelser i løpet av et år, men bare et mindretall vil oppsøke lege, bli sykmeldt eller få behandling. Normaltilstanden ved de fleste psykiske lidelser er å være i lønnsarbeid.

Erfaringene så langt i Norge med individuell jobbstøtte er at pasienter med alvorlige psykiske lidelser som kommer tilbake i betalt arbeid, opplever bedret selvfølelse, livskvalitet, reduserte symptomer og færre reinnleggelse. Jeg må samtidig presisere at evalueringsstudiene viser at helsegevinsten ikke er helt entydig, men forskningen viser at lønnsarbeid ikke fører til forverret helsetilstand. Dette er viktig informasjon til klinikere som er engstelig for at arbeid kan være for stressende for deres pasienter.

Hvis man først er utenfor arbeidslivet, er det mange barrierer for å komme seg i arbeid. Det er fortsatt mye uvitenhet og fordommer rundt psykiske lidelser, og stigma er en utfordring. Depresjon kan også medføre sosial tilbake-trekking og negative forventninger. Angst er assosiert med økt unngåelse. Holdninger blant klinikere og folk flest kan også representere barrierer for å komme tilbake til arbeid.

Viktige systemfaktorer virker også inn: Nav måler antall vedtak innen tidsfrister, de måler ikke hvorvidt vedtakene og tiltakene fører til forebygging av uføretrygd. Helsesek-toren fokuserer på helse, og skolesektorens ansvar stopper når drop-out er et faktum. Kommuner og arbeidsgivere vet at staten tar utgiftene ved uføretrygd. Mennesker med psy-kiske lidelser opplever ofte at de faller mellom to stoler. Egen helsetilstand, holdninger i samfunnet og et fragmen-tert offentlig system gir økt risiko for uføretrygd.

Det er i dag gjennomført randomiserte studier av om individuell jobbstøtte som fokuserer på rask retur til ordi-nært, lønnet arbeid, gir flere i varig arbeid enn tradisjonelle tiltak som tilbyr skjermet arbeidstrening eller tilpasset ar-beidspraksis med lønnstilskudd. 400 personer med alvor-lige psykiske lidelser fra syv ulike fylker har vært fulgt opp av forskere med kontrollgrupper som har fått tilbud gjennom attføringsbedriftene. Tilsvarende prosjekter er nå startet opp for mennesker med lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon.

IPS, eller individuell jobbstøtte, er utviklet i USA, og de forskningsbaserte studiene skal finne ut hvordan IPS-metodikken vil fungere i norsk sammenheng. Vi har selv-følgelig et annet arbeidsmarked og et helt annet velferds-system og oppfølgingssystem enn det man har i USA. De første studiene viser at IPS gir høyere arbeidsdeltagelse etter 12 måneder, 44,2 pst. mot 37,3 pst. i kontrollgrup-pen. Effekten holder seg også etter 18 måneder og er spe-sielt signifikant for gruppen som har vært lenge utenfor arbeidslivet.

Hovedpoenget med denne interpellasjonen er å bryte ned det skarpe skillet som vi i dag har mellom helse og arbeid, mellom behandling og rehabilitering, og løfte fram ny forskning som viser at det å gjennomføre behand-ling integrert med jobbstøtte inn mot ordinært lønnsarbeid både forebygger uførhet, øker arbeidsdeltagelsen og kan gi

bedre helse enn den tradisjonelle måten å gjøre det på, å vente til pasienten blir friskmeldt før rehabiliteringen star-ter. En slik tilnærming vil kreve radikale styringsgrep når det gjelder både helsevesenet og Nav.

Det andre poenget er at denne direkte jobbstøtte-meto-dikken også bør testes ut i andre deler av helsevesenet, som f.eks. for personer med somatiske lidelser. Med så gode resultater fra psykisk helsevern ligger det store muligheter for raskere helbred, økt livskvalitet, framtidige skatteinn-tekter og reduserte trygdeytelser også for andre grupper. Vi kan ikke la dette være uprøvd. Vi viser også til en interna-sjonal trend. OECD legger i 2013 vekt på å forene arbeid og helse i all pasientbehandling.

Det tredje momentet er å øke bruk av effektevaluering av arbeidsmarkedstiltak, spesielt de som er rettet inn mot å hindre utstøting og å få folk tilbake i lønnet arbeid. Jeg må si det er påfallende at de studiene som nå pågår, er de første i Norge til å evaluere effekten av tiltak rettet mot å få personer med psykiske lidelser ut i ordinært arbeid.

Vi trenger mer forskningsbasert effektevaluering for å vite hvordan tiltak virker, hvem det eventuelt er best for, og hvem det ikke fungerer for. Det betyr at Nav i samar-beid med behandlingsapparatet kan spisse tilbudet og tref-fe bedre. For enkeltpersoner kan det bety hele forskjjel-len. Personlig jobbstøtte er et forholdsvist nytt tiltak, mens attføringsbedriftene har eksistert i en årrekke, uten at det noen gang er blitt evaluert om tiltakene har reell effekt. I den grad man har evaluert, har man spurt deltakerne og sett på statistikk, men ikke effektevaluert med kontrollgrupper. Vi har et ansvar for å gi rett tiltak til rett person, kutte til-tak som ikke virker, og videreutvikle det som virker. Det handler også om hvordan vi bruker fellesskapets midler.

Spørsmålet er: Hvordan vil ministeren bidra til at pa-sientbehandling i helsevesenet blir mer helhetlig, slik at alle viktige aspekter av pasientens problemer ivaretas i behandlingen, inkludert arbeid?

Statsråd Bent Høie [13:51:46]: Representanten Ruth Grung tar opp viktige problemstillinger om forholdet mel-lom arbeid og helse. Arbeid og aktivitet er for de aller fle-s-te helsebringende og både direkte og indirekte en kilde til helse, mestring og mening.

Tenkningen rundt arbeid og helse har ofte dreid seg om at arbeid kan gi helseproblemer, eller at helseproblemer kan gi problemer på arbeidsmarkedet eller i arbeidslivet. Etter mitt syn er det viktig å legge vekt på et tredje for-hold, som jeg også oppfatter at representanten er opptatt av, nemlig at arbeid er en kilde til bedre helse. Dette er også i tråd med rådene som kommer bl.a. fra OECD, som de siste årene har argumentert for å styrke båndene mellom arbeid og helse.

Arbeidsledighet og utestengning fra arbeidslivet har ofte negative helsekonsekvenser. Regjeringen legger til grunn at flere skal få muligheten til å arbeide til tross for et helseproblem, og å arbeide så mye som helsen tillater. Vi har nå kunnskap om den positive helsemessige betyd-ningen av å ha tilknytning til arbeidslivet. Dette vil prege regjeringens satsinger framover.

Men det pågår allerede mye på området arbeid og helse.

Innen rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten er arbeidsrettet rehabilitering utviklet som et eget fagområde, bl.a. ved flere private rehabiliteringsinstitusjoner.

Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse som Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om, omfatter flere forsøks- og utviklingsprosjekter. Kjernen i tiltakene er behandling i helsetjenesten kombinert med arbeidsrettet oppfølging fra Nav og tidlig kontakt med arbeidsgivere. Som representanten Grung viser til, finnes det forskningsbaserte pilotprosjekter for personer med psykiske lidelser der behandling og jobbstøtte integreres. Disse viser gode resultater når det gjelder økt arbeidsdeltakelse og livskvalitet.

Prosjektet Jobbmestrende oppfølging viser at to år etter inklusjon i prosjektet hadde 60 pst. av deltakerne tilknytning til arbeidslivet – 21 pst. i ordinært arbeid eller studier. Resultatene fra prosjektet holder seg også etter at prosjektet har gått over i ordinær drift. Dette er viktig og oppløftende, først og fremst for den enkelte som kommer i meningsfylt arbeid og opplever å få bedre helse, men også for samfunnet som helhet. Jeg tror også at slike resultater kan bidra til å avlive myten om at noen av dem som strever mest, ikke er i stand til å komme i jobb eller å bli i jobb.

Individuell jobbstøtte er en arbeidsrehabiliteringsmodell som nå utprøves for personer med moderate til alvorlige psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Helsetjenesten og Nav samarbeider i team. Den enkelte bruker får behandling i helsetjenesten samtidig med at vedkommende får bistand av en jobbspesialist til å skaffe seg jobb i det ordinære arbeidslivet. De foreløpige rapportene fra pilotprosjektet er gode, og mange kommer i arbeid ved hjelp av prosjektet.

Mye av fraværet fra arbeidslivet utgjøres av pasientgrupper med muskel- og skjelettlidelser og milde til moderate psykiske helseplager.

iBedrift er et annet viktig tiltak. Arbeidsgiver, arbeidstaker, helsetjenesten og Nav samarbeider om å jobbe forebyggende for ansatte med muskel- og skjelettplager eller milde til moderate psykiske helseplager. Målet er at det innen 2016 skal foreligge et forslag til nytt nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift.

Formålet med ordningen Raskere tilbake er å få syke arbeidstakere raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet kan reduseres. Målgruppen er personer som er sykmeldt, og som mottar sykepenger, herunder langtidssykmeldte. Tilbudet skal gis til personer som har stor sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid. Grupper med lettere psykiske lidelser og med muskel- og skjelettlidelser er ofte sykmeldt lenge. Det er derfor mange med den type sykdommer som bør kunne få et tilbud gjennom denne ordningen, både i Nav og i helse- og omsorgstjenestene. Ordningen tilbys av regionale helseforetak og av Arbeids- og velferdsetaten.

Spesialisthelsetjenesten gir tilbud om behandling til sykmeldte og de som står i fare for å bli sykmeldte etter henvisning fra fastlege. Spesialisthelsetjenesten har utvidet den ordinære kapasiteten og opprettet nye tilbud som en del av Raskere tilbake.

I oppdragsbrevet for 2015 til de regionale helseforetakene heter det om ordningen Raskere tilbake:

«Ordningen skal i større grad rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Personer som gis tilbud skal med stor sannsynlighet komme raskere tilbake i arbeid. Det skal måles effekt av tiltakene, og tiltakene skal evalueres. Tjenestene til brukerne bør så langt det er mulig leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker.»

Kommunene har også et viktig ansvar når det gjelder å hjelpe mennesker til å stå i, komme tilbake til eller begynne i arbeid og aktivitet. Vi har en målrettet satsing på å heve kompetansen i psykisk helsetjeneste og samtidig redusere terskelen for å få hjelp. På denne måten når vi fram til mennesker som sliter, tidligere og raskere. Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp er et godt eksempel på hvordan nye, kompetansesterke lavterskeltjenester endrer den tradisjonelle forståelsen av hvordan arbeid og sykdom kan kombineres. Den tradisjonelle tanken om at man må behandles til man er frisk før man kan komme tilbake igjen i jobb, erstattes av en tanke om at man kan få lære seg å mestre sine helseutfordringer og samtidig opprettholde kontakten med arbeidslivet. Pilotprosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet, men allerede nå er deltakerkommunene så fornøyd at de har bestemt seg for å fortsette driften etter at prosjektet er over.

Jeg vil også trekke fram regjeringens varslede krav om psykologkompetanse i kommunene som et viktig tiltak. Å styrke kommunenes kompetanse på forebygging, utredning og behandling innen psykisk helse er sentralt for å sikre videre utvikling av tjenestene.

Det er videre helt avgjørende at kommuner og spesialisthelsetjeneste samordner tiltak både internt og mellom nivåer, og at koordinering og samarbeid med Nav styrkes. I dag opererer helse- og velferdstjenestene i for stor grad i separate siloer, uten nødvendig kontakt og samhandling.

God helse er viktig for enkeltmennesker. God helse og mestring av helseutfordringer gir mulighet for livsutfoldelse, opplevelse av mening og god livskvalitet. Lengre tids sykefravær øker risikoen for varig uteblivelse fra arbeidslivet, noe som igjen øker risikoen for helseutfordringer, ensomhet og utenforskap.

Helsetjenesten må derfor se arbeid både som en del av og som et mål for behandlingen. I stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste heter det om rehabilitering og arbeid at

«et helhetlig rehabiliteringsforløp for personer i yrkesaktiv alder som har mulighet til å oppnå full eller delvis arbeidsevne, må inneholde tiltak for å komme tilbake til arbeid».

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har sammen tatt initiativ til en strategi for å utvikle samarbeidet mellom de to sektorene. Utgangspunktet for initiativet har vært at arbeid for de fleste er helsefremmende, ikke minst for folk i randsonen av arbeidsmarkedet.

Tiltakene i oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse bygger på mange av de samme prinsippene, strategiene og tilrådingene som i OECD-rapporten. Det samme gjelder innsatsen for å øke gjennomføringen i den videregående skolen.

Videre satsing innen rehabilitering som har arbeid som mål, vil også bli fulgt opp i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Helsetjenesten og arbeids- og velferdstjenesten må i større grad gå hånd i hånd i utformingen av tiltak for brukergrupper som trenger hjelp fra begge tjenestene. Tiltak som har vist god effekt, videreføres, og tiltakene må tydeligere rettes mot de store målgruppene der både utfordringene og effekten er størst. Pasientens helsetjeneste er en helsetjeneste som i større grad enn i dag gir mestring, bedre livskvalitet og kontroll til enkeltmennesket. For å få det til, må vi skape helhetlige forløp, der arbeidsdeltakelse betraktes som en del av intervensjonen. På den måten kan vi unngå oppstykkede tjenester der arbeid ikke kommer på tale før pasienten er ferdig behandlet og rehabilitert.

Marit Nybakk hadde her overtatt presidentplassen.

Ruth Grung (A) [14:00:40]: Jeg takker for svaret, og jeg tror at vi er veldig enig i beskrivelsen. Jeg savner kanskje litt svar når det gjelder effektevaluering av Nav-tiltak. Jeg har bakgrunn fra den etaten, og jeg vet at det er ganske mange milliarder som brukes over år, og mange skjebner, så det er litt påfallende at man ikke har brukt mer ressurser på å se hva som gir effekt. Det handler om å få enkeltindivider tilbake i arbeid igjen, og ikke minst om fellesskapets ressurser.

Men så er det store oppdraget: Hvordan klare å forene innenfor helse det å tenke og bruke arbeid på en annen måte, og det samme med Nav – å tørre å nærme seg helse mer? Man blir sykmeldt fra arbeid, og så skal man snu hodet og tenke at arbeid også skal være helsefremmende. Jeg har snakket med dem som forsker på dette feltet, og de er veldig optimistiske med hensyn til hva de nå har opplevd. Det viser også tallene så langt at det er grunn til, selv om det kommer nye resultater framover.

Det handler mye om kultur innenfor helsevesenet og om kultur innenfor Nav. I går var jeg på Sørlandet, og det var en som oppsummerte, som sa at kulturen er så grådigg at den spiser enhver visjon, enhver reform, til lunsj. Jeg mener at her kan vi spise det til frokost. Så hvordan klare å få den forståelsen og klare å endre på kulturen? Det merker jo også de som nå jobber innenfor disse tiltakene, at det er særdeles stor skepsis, kanskje størst innenfor helsevesenet, så det blir neste utfordring.

Statsråd Bent Høie [14:02:48]: Til den første tilbakemeldingen fra representanten: Når det gjelder at vi er enige på dette området, så er jeg helt enig i det. Jeg tror vi har en felles oppfatning av at arbeid er en kilde til helse, og at det er noe som i mye større grad må gjennomsyre hele tjenesten vår.

Når det gjelder effekten av Nav-tiltak, må jeg be om forståelse for at det kanskje er et spørsmål som heller bør stilles til arbeids- og sosialministeren, som har ansvaret for de tiltakene.

Det er nok riktig, som representanten påpeker, at vi her står overfor en ganske omfattende omveltning av både

kultur og tradisjon. Den tradisjonelle tenkningen i helse-tjenesten er basert på hvile som noe helsebringende, og at en skal slippe å arbeide hvis en er syk, at en skal ligge i en seng for å få pleie. Dette er en tilnærming som er krevende å snu innenfor hele helsefeltet, som f.eks. også henger sammen med det store arbeidet som nå skjer i kommunene, med i større grad å dreie innsatsen mer mot hverdagsrehabilitering enn tradisjonell pleie og omsorg.

Jeg synes det er spennende – representanten hørte jo min gjennomgang av de ulike prosjektene og tiltakene som er underveis – at der vi nå ser de tydeligste resultatene, er hos noen av våre aller sykeste pasienter. Når en i Bodø f.eks., innenfor psykisk helse, lar pasienter som er innlagt på døgnplass, starte å arbeide mens de er innlagt, og når vi vet hvor syk en må være for å bli innlagt innen spesialisert psykisk helse, så forteller det noe om potensialet. Det samme gjelder i Stavanger, der en har jobbsepet som en del av behandlingsforløpet. Det viser etter min oppfatning bare det store, betydelige potensialet som er på dette området.

Men jeg tror at dette vil kreve et stort og omfattende arbeid både med å nøste opp der systemene hindrer den tenkningen og ikke minst med å dreie oppmerksomheten i helsetjenesten mot mestringsbegrepet. Representanten vet at jeg har den klare oppfatningen at helsetjenestens viktigste oppgave er å bidra til at den enkelte klarer å mestre sitt liv, sine utfordringer. Det å ha mulighet til å være i arbeid, er en del av dette, så det utfordrer selve fundamentet, selve oppfatningen av hva som er tradisjonen for å oppleve hva som er sykt og friskt i samfunnet vårt.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [14:06:11]: Det er en veldig viktig problemstilling representanten Ruth Grung tar opp. Det å være i arbeid er et mål for oss alle. Arbeid gir mening, det gir mestring, og det er viktig for vår psykiske helse. Det er egentlig folkehelse i vid forstand. Altfor mange faller ut av arbeidslivet etter langvarig sykdom, og for mange er også det ikke å være i arbeid et nederlag. De fleste ønsker seg tilbake til arbeid etter sykmelding, men ofte finner man det vanskelig. Her har både arbeidsliv, arbeidsgiver og arbeidstaker en viktig rolle, bl.a. i inkluderende arbeidsliv.

Regjeringen legger til grunn at flere skal få muligheten til å arbeide til tross for et helseproblem, at man kan arbeide så mye som helsen tillater. Det er utrolig positivt. Forskning viser at det er en helsemessig gevinst i å arbeide. I folkehelse rapporten fra 2014 heter det – det er flere forskere, jeg nevner ikke dem her – at når arbeidsmiljøet er tilfredsstillende, er det holdepunkter for at deltaking i arbeidslivet i seg selv har en positiv effekt på helsen. Tap av arbeid gir dårlig psykisk helse, mens retur til arbeid gir bedre psykisk helse. Arbeid er for mange en kilde til helsefremmende sosiale relasjoner, personlig vekst og ikke minst økonomisk trygghet. Arbeid strukturerer også hverdagen, gir mening og en sosial identitet. Dette fikk jeg erfare tidlig på 1970-tallet da jeg jobbet som helsemedarbeider på en stor psykiatrisk institusjon, Lier sykehus. Da jeg kom på jobb, lurte jeg etter en stund på hvor alle pasientene var. Jo, de var på arbeid. De arbeidet i gartneri, de arbeide-

det i fjøs, de arbeidet i et eget kjøkken, og de arbeidet i en liten fabrikk. Dette er for lenge borte i dag, men jeg tror det som en av sykepleierne der sa til meg: Du skjønner at arbeid, det gjør at man føler at man gir mening til noe.

Ministeren har gjort grundig rede for ulike tiltak og regjeringens målsettinger på området. Jeg vil spesielt framheve rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten, hvor arbeidsrettet rehabilitering nå er utviklet som et eget fagområde, og hvor man samarbeider med flere private rehabiliteringsinstitusjoner. De fire regionale helseforetakene har tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering, ikke minst hvordan komme raskere tilbake til arbeidslivet. Det er et utstrakt samarbeid med private og ideelle organisasjoner.

I Helse Sør-Øst har jeg lyst til spesielt å framheve arbeidsrehabiliteringssenteret AiR, som ligger i Rauland i Telemark. Det er et kompetansesenter som utvikler kunnskap om å bygge bro mellom arbeid og helse. Det jobbes med fagutvikling, nettverksbygging og ikke minst forskning. De har et spennende tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering, bl.a. til unge voksne mellom 18 og 30 år som er diagnostisert med ME – en vanskelig situasjon, som vi vet. De har også tilbud om rehabilitering med kartlegging og vurdering med særlig vekt på arbeidsdeltakelse, uavhengig av diagnose. Målgruppen er dem som står i fare for å bli sykmeldte, og langvarig sykmeldte.

Mye av fraværet fra arbeidslivet utgjøres av pasientgrupper med muskel- og skjelettlidelser – vår tids folkesykdom – og også milde til moderate psykiske helseplager. Jeg vil derfor framheve prosjektet iBedrift. Universitetssykehuset i Nord-Norge er med i iBedrift-prosjektet, og det er et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten, Nav, primærhelsetjenesten, arbeidsgiver og arbeidstaker. Målet er å øke kunnskapen om og forståelsen av alminnelige helseplager og ikke minst hvordan komme tilbake til arbeidslivet. Som ministeren sa, er målet at det i 2016 skal foreligge et forslag til et nytt nasjonalt konsept basert på disse erfaringene.

Pasientens helsetjeneste er en helsetjeneste som i større grad enn i dag skal gi mestring, livskvalitet og kontroll til enkeltmennesket. Helse og arbeid må derfor ses i en større sammenheng.

Lavrans Kierulf (FrP) [14:11:35]: Spørsmålet representanten Grung stiller helseministeren i dag, er godt og svært viktig. Framtidens arbeidskraft betinger at vi er i stand til å utnytte vår arbeidskapasitet på en bedre måte. Det vil også innebære at vi legger mulighetene til rette for å kunne stå i arbeid selv når man møter sykdom i livet.

Arbeid innebærer flere viktige aspekter ved livet vårt. For mange er arbeid viktig for å forsørge seg selv og sin familie, men arbeid er også en viktig identitetsbygger og en betydelig del av vårt sosiale liv. Det er et sted hvor vi får bruk for våre ferdigheter og bidrar til fellesskapet. Arbeid er viktig for oss.

Det er også et mål for samfunnet at flere er i arbeid. En stadig større andel av befolkningen blir eldre. Det blir færre til å forsørge dem som står utenfor arbeidslivet.

Derfor er det så viktig at vi ivaretar de kreftene vi har i arbeidstokken i dag og i fremtiden, at arbeidsplassen er

helsefremmende og kan møte arbeidstakerens helseutfordringer på en god måte som bidrar til bedre helse, og til at den enkelte har mulighet til å fortsette i arbeid.

Sykdom og skade inntreffer de aller fleste i løpet av livet. Men for mange er det fortsatt et mål og et ønske om å stå i arbeid så lenge som mulig. For mange kan arbeidsplassen være en del av løsningen på helseutfordringene – og ikke til skade for helsen.

Jeg er enig med interpellanten i at arbeid er god terapi, for både psykiske og fysiske lidelser og plager. Gjennom god tilrettelegging i arbeidslivet og arbeidsrettet rehabilitering har vi et stort potensial til at flere har muligheten til å stå i arbeid. Fravær fra arbeid fører ofte til negative helseutfordringer.

Å bevare kontakten med arbeidslivet er i mange tilfeller helt avgjørende for framtidig arbeidsdeltakelse. For hver uke arbeidstaker er borte fra jobb, heves terskelen for å komme tilbake til arbeidsplassen. Den terskelen må vi jobbe for å senke. Det betyr at vi må styrke båndene mellom behandling, rehabilitering og arbeid. Dette er jeg glad for at arbeidsministeren og helseministeren arbeider tett om.

Flere som i dag blir holdt utenfor arbeidslivet fordi man antar at de ikke har muligheter til å bidra, er i stand til å komme i jobb – og har et ønske om å komme i jobb. Fremskrittspartiet vil jobbe for at de blir gitt den muligheten.

Det er også viktig at organisasjonene og bedriftene setter dette på dagsordenen på sin arbeidsplass. Det er de som kan være med på å skape helsefremmende arbeidsplasser og inkludere personer blant deres nåværende eller framtidige ansatte, slik at de kan stå i arbeid selv om sykdom eller skade oppstår. Nær kontakt med ansatte og tilrettelegging på arbeidsplassen er det viktigste å ta hensyn til.

At flere får være arbeidstakere, anser jeg som en vinn-vinn-situasjon. Det er bra for helsen, vedkommende kan fortsatt være selvforsørgende, og samfunnet får utnyttet arbeidskapasitet, ressurser og kompetanse. Da er det helt avgjørende at helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen samarbeider godt.

Det er derfor gledelig at helseministeren har gjort det klart at det allerede gjøres mye for å fremme disse personers muligheter til arbeidsdeltakelse, selv om det alltid vil være slik at man kan gjøre mer.

Kjersti Toppe (Sp) [14:15:04]: Først takk til representanten Grung som tar opp eit veldig viktig tema. Deltaking i arbeidslivet er ein sentral verdi i vårt samfunn, og høg sysselsetjing er eit sentralt mål i arbeids- og velferdspolitikken. Fleire har vore inne på betydninga av å kunna vera i arbeid. Eg pleier å seia det veldig enkelt: Ein må ha god helse for å arbeida, men ein må arbeida for å ha god helse.

Det er kjent at menneske med psykiske lidningar eller problem utgjer ein stor del av dei som står utanfor arbeidslivet eller som står i fare for å falla ut av arbeidslivet i dag. Mange av desse treng samordna tilbod frå både helse- og sosialtenesta og arbeids- og velferdsforvaltninga for å kunna utnytta si arbeidsevne. Det er vel dette som er utfordringa og vanskeleg å få til. Men det har vore gjort veldig mykje bra arbeid, og representanten Grung viser til for-

søk som går på dette med å bryta ned det skarpe skiljet som i dag er mellom helse og arbeid, mellom behandling og rehabilitering, og eg er heilt einig i at det handlar veldig mykje om å få til ei endring av tradisjonar og praksis for den måten vi har sett på sjukdom på – det at ein først skal vera ferdig med behandling før ein tenkjer på andre tiltak.

I 2007 la den raud-grøne regjeringa fram ein nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse, som går rett inn i denne problemstillinga. Eg vil peika på at arbeid og helse var eit prioritert område i opptrappingsplanen for psykisk helse, som vart gjennomført i 2008. Arbeidet med å styrkja arbeidsmoglegheitene og betra tilgjengelegheita til marknadstiltak for menneske med psykiske lidningar har vist at det er behov for vedvarande og systematisk innsats på feltet.

Eg har sett litt på strategiplanen som gjekk ut i 2012. Den hadde fem sentrale område som ein skulle jobba med. Det eine var samarbeid og samordning, bl.a. å tilsetje eigne personar som kunne vera rettleiings- og oppfølgingslos i Arbeids- og velferdsetaten. Brukarmedverknad og sjølvhjelp var satsingsområde. Det var satsing på tiltak og tenester, som å auka bruken av arbeidsplassen som arena for arbeidsretta innsats, og å vidareutvikla arbeidsmarknadstiltaka. Og vidare: lettare tilgang til helsetenester og å fokusera på unge med psykiske lidningar. Dette med kompetanse, nettverk, informasjon og haldningar var òg eit sentralt område. Eit sentralt område – det femte – var kunnskap, forskning og utvikling. Alle desse områda har vi vore inne på i dag, så det gjeld å vidareføra den strategien og dei målsetjingane som vart sette i gang då.

Eg har lytta til det som statsråden seier. Her skulle både arbeidsstatsråden og ein annan komité, som no sit i eit komitémøte, vore, for dette går jo midt imellom våre to komitear og er like viktig for vår komité som for arbeids- og sosialkomiteen.

Til slutt til noko som ingen har vore inne på. Dette handlar òg om eit inkluderande arbeidsliv. Vi kan snakka om arbeidsmarknadstiltak og skisserte opplegg, men har vi eit inkluderande arbeidsliv, er jo det det aller viktigaste. Eg hugsar ein som mista jobben sin i Grønn etat i Bergen kommune – som han hadde hatt i alle år – fordi Grønn etat vart konkurranseutsett. Det må vi òg våga å snakka om når det gjeld arbeidslivet for desse spesielle.

Ruth Grung (A) [14:20:16]: Jeg vil takke alle som har bidratt i debatten.

Jeg var klar over at det er ganske bred enighet, men det som er utfordringen – som jeg egentlig også tok opp – er hvordan en skal klare å få til en endring fra hvordan det er i dag.

Når det gjelder primærhelsemeldingen, er det løftet fram en visjon om mer tverrfaglighet. Jeg tror at innenfor dette feltet vil det være behov for enda mer – det blir som mastodonter – skal vi klare å enes på en annen måte.

Jeg nevnte i sted også dette med kultur. Den eneste sterke motvekten når kultur opptrer negativt, er god og tydelig ledelse. Det er en utfordring både for ministeren og for oss her på Stortinget hvordan en skal ta i bruk den nye kunnskapen innenfor dette feltet, for å klare å bryte ned noen

av barrierene og så løfte dette fram. Jeg tror vi må tenke ganske nytt og bredt, skal vi klare å endre dette – ellers vil en fortsette med småprosjekter på siden. De føler seg ganske ensomme, de som sitter og jobber med disse prosjektene – beklageligvis – selv om det er en glede hver gang de lykkes. Men det er veldig mye motstand mot dette, ikke minst fra andre klinikere.

Vi må også gjøre noe med hvordan vi rapporterer, og med systemet. Det vil også ha en innvirkning. Jeg er fullt klar over at det er arbeidsministeren som har ansvar for Nav, men samtidig er det de med helseutfordringer som går på disse tiltakene. Her burde det være en overlapping, og tilbakemeldingen er at mer effektevaluering må til.

I første runde er det viktig at vi også her klarer å få på plass en ordning for og en forståelse av at det er den enkeltes ressurser som skal mobiliseres, både helsemessig og i forhold til de andre ressursene som er rundt. Dette er en litt annen måte å tenke på enn det som har vært fram til nå, og som jeg også ser spirer i veldig mye av det arbeidet som vi gjør på alle andre områder.

En må altså komme videre. Vi er litt utålmodige, og det skal vi være. Så her håper jeg fortsatt på et godt tverrpolitisk samarbeid.

Statsråd Bent Høie [14:22:55]: Jeg er glad for at representanten understreker at det ikke finnes én enkelt løsning på denne store og omfattende problemstillingen, men at dette er noe som vi må jobbe systematisk med over tid.

Jeg tror at også resten av helsetjenesten på dette området har mye å lære av rehabiliteringsfeltet, der denne tenkningen allerede er veldig framtredd. Mye av målsettingen i det arbeidet som gjøres, er nettopp å bidra til at den enkelte får bruke sine evner og muligheter og mestre livet sitt.

Dette henger også sammen med en av de andre store endringene i samfunnet vårt, nemlig den demografiske endringen – at flere i samfunnet vårt blir eldre, og at flere av de eldre er friskere. Derfor er det viktig å se dette i sammenheng med aldersgrensene i arbeidslivet. Veldig mange blir i dag skjøvet ut av arbeidslivet på et tidspunkt som de oppfatter – med rette – er altfor tidlig. Så lenge vi lykkes med å skape et samfunn der mennesker lever lenger og er friskere lenger, må vi også legge til rette for at vi har et arbeidsliv som gjør at en får mulighet til å bidra i samfunnet. Da er aldersgrenser et viktig virkemiddel.

Dette er også noe som kommer veldig tydelig fram i folkehelsemeldingen, som komiteen nå har til behandling, der nettopp en aktiv alderdom er et sentralt tema. Dette er også et prioritert område for regjeringen og, ikke minst, for Helse- og omsorgsdepartementet, som jobber med dette spørsmålet og koordinerer arbeidet på tvers av ulike departementer.

Dette handler også om muligheten til å få prøve seg i arbeidslivet, til å komme inn. Det er politisk uenighet om virkemidlene knyttet til dette, men vi mener at de endringene som Stortinget har vedtatt når det gjelder arbeidsmiljøloven, bidrar til at flere får mulighet til å prøve sin arbeids-evne og komme inn i arbeidslivet og legger ikke minst til rette for et arbeidsliv der en ikke må være 100 pst. frisk

100 pst. av tiden, men der en har mulighet til å bidra når en kan.

I bunn og grunn, hvis en ser på dette ut fra helsetjenestens perspektiv, handler det om den grunnleggende forståelsen av hva helse er. Da er vi igjen tilbake til at her er det behov for en stor endring, som handler om å endre en kultur som kanskje er tusen år gammel. Så dette vil ta tid.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 7 omme.

Sak nr. 8 [14:25:41]

Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Musikkterapi har fått sterkeste grad av anbefaling i de nye nasjonale retningslinjene til Helsedirektoratet innen psykisk helsevern. Alt tyder på at det også blir anbefalt i kommende retningslinjer for rusbehandling. Det er i dag under 20 musikkterapistillinger i psykisk helsevern og bare en håndfull innen rusbehandling. I psykiatri- og rusomsorgen er det et stort behov for å ta i bruk ny kunnskap. De offentlige finansierte helsetjenester bygger på prinsippet om rettferdighet og likeverdighet i tilbudet. Det er bekymringsfullt at så få får tilbud om faglig anbefalt behandling basert på forskningsbasert kunnskap.

Hvilke tiltak vil statsråden iverksette for at ny profesjonskompetanse, som musikkterapi, skal bli en integrert del av helsetjenestene og et tilbud til langt flere enn i dag?»

Ruth Grung (A) [14:26:50]: Musikkterapi har gjennom forskning vist seg å ha effekt på mange praksisfelt som spenner helt fra arbeid med premature spedbarn til eldre med demens, via forebyggende arbeid med barn og unge, psykisk helse og rusforebygging og rusbehandling samt eldreomsorg og palliativ omsorg.

Musikk virker inn på vår medfødte ikke-språklige kompetanse som handler om kommunikasjon gjennom lyder og rytmer, men også på våre individuelle musikalske preferanser, som er viktig for vår identitet, motivasjon og livskvalitet.

Musikkterapi har dokumentert effekt på uro og medisinering. Helsedirektoratets nye nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykose-lidelser anbefaler bruk av musikkterapi. I retningslinjen står det:

«Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.»

Musikkterapi er gitt høyeste gradering, og kunnskapsgrunnlaget for behandlingen er vurdert til høyeste evidensnivå.

På fagkonferansen om musikkterapi nå i mai fortalte spesialrådgiver i Helsedirektoratet Brittelise Bakstad at musikkterapi er i ferd med å bli tatt inn i den nasjonale faglige retningslinjen for behandling og rehabilitering

av rusmiddelproblemer og avhengighet. Retningslinjen er forventet å være klar i september 2015.

Fagmiljøet i Norge befinner seg helt i forskningsfronten. Det utdannes kvalifiserte musikkterapeuter både ved Norges musikkhøgskole her i Oslo og ved Griegakademiet ved Universitet i Bergen.

I den offentlige debatten har det vært en del sammenblanding av begrepene «musikkterapi», «helserelatert musikkbruk» og «Den kulturelle spaserstokken». Den kulturelle spaserstokken har som formål å gi eldre større mulighet til å oppleve profesjonelle kunstuttrykk og ta del i ulike kulturelle aktiviteter.

Musikkterapi er i dag lite utbygd innen psykisk helsevern og rus. Det gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Det er viktig å være oppmerksom på forskjellen i implementeringsutfordringer på disse to tjenestenivåene.

I spesialisthelsetjenestene er utredning og spesialisert behandling hovedoppgavene, og det er først og fremst behov for å integrere musikkterapeuter med godkjent utdannelse inn i disse oppgavene.

Nordfjord psykiatrisenter og Lovisenberg Diakonale Sykehus har vært pionerer for bruk av musikkterapi innen psykisk helsevern, og Stiftelsen Bergensklinikkene og Tyrilistiftelsen har samme rolle innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre implementering bør derfor bygge på deres erfaringer.

Oppgavene i kommunene er mye bredere. For sosial- og helsetjenestene handler det om forebygging og oppfølging, for brukerne om livskvalitet og mestring i hverdagen. Det er derfor behov for å skille mellom behandlingsoppgaver som krever godkjent musikkterapiutdanning, og annen helserelatert musikkbruk der musikkterapeuten mer går inn som veileder og tilrettelegger, slik at ressurser i lokalsamfunnet kan mobiliseres, etter samme arbeidsfor- deling som vi i dag ser i eldreomsorgen. Musikkterapeuter gir behandling til de pasientene som har størst behov, og bør ellers bruke mye av sin arbeidstid til kompetanseoverføring, slik at pleiere, pårørende og frivillige kan få hjelp til å bruke musikk som en positiv ressurs i sin hverdag.

Derfor er det, i tillegg til at man stimulerer til mer bruk av musikkterapi i tjenesteutvikling, et stort behov for å utvikle gode og kunnskapsbaserte modeller for implementering på systemnivå.

Universitetet i Bergen og Uni Research Helse har tatt konsekvensen av dette og etablerte i januar i år noe som heter POLYFON, som er et nettverk for musikkterapi- forskning og praksisutvikling der en i samarbeid med en rekke helseforetak og kommunale instanser prøver ut og evaluerer ulike tilnærminger til musikkterapeutisk tjenesteutvikling. Nettverket er unikt i nasjonal og internasjonal sammenheng.

Det er et politisk spørsmål hvor mye man ønsker å stimulere slike prosesser nasjonalt med midler til informasjonsarbeid, kompetanseutvikling og følgeforskning, men vi er helt avhengig av å utdanne flere musikkterapeuter, skal vi kunne gi likeverdige helsetilbud i hele landet.

I dag er det ca. 300 musikkterapeuter i Norge. Fagmiljøet mener at de nye retningslinjene vil skape et behov for

ca. 600 flere musikkterapeuter, i tillegg til at vi får flere innenfor eldreomsorg, slik at det totalt vil være behov for ca. 1 200 musikkterapeuter på landsbasis i årene framover.

I dag er det under 20 musikkterapistillinger i psykisk helsevern og bare en håndfull innen rusbehandling.

I psykiatri- og rusomsorgen er det derfor et stort behov for å ta i bruk ny kunnskap. De offentlig finansierte helsetjenestene bygger på prinsippet om rettferdighet og likeverdighet i tilbudet. Det er bekymringsfullt at så få får tilbud om faglig anbefalt behandling basert på forskningsbasert kunnskap.

Så spørsmålet til helseministeren er: Hvilke tiltak vil ministeren iverksette for at ny profesjonskompetanse, som musikkterapi, skal bli en integrert del av helsetjenestene og et tilbud til langt flere enn i dag?

Statsråd Bent Høie [14:32:48]: Representanten Grung tar opp et viktig tema i denne interpellasjonen. Psykoselidelser innebærer store påkjenninger for dem som rammes og for familiene deres. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser er svært viktig. Ved å oppdage sykdomstegnene tidlig kan man sørge for at ubehandlet psykose blir av kort varighet. Tidlig innsats med kunnskapsbaserte tiltak øker mulighetene for tilfriskning. Tiltakene må være individuelt tilpasset, ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.

Representanten Grung viser til Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser som Helsedirektoratet utarbeidet i 2013. Retningslinjen peker på en rekke terapiformer som har, eller kan ha, effekt ved behandling av psykoselidelser. Samlet inneholder Nasjonal faglig retningslinje for behandling av psykoselidelser om lag 80 anbefalinger. Blant disse er anbefalingen om kunst- og musikkterapi. Kunstterapi omfatter musikk-, drama- og danseterapi samt bildende kunst. Forskning viser at musikkterapi er særlig effektivt for å redusere negative symptomer.

Det er også indikasjoner på at effekten av slik behandling er til stede seks måneder etter at den er avsluttet. Musikkterapi er like effektivt for pasienter som er innlagt på døgnenheter, som for dem som får poliklinisk behandling. Forskning viser at musikkterapi kan inngå i behandling både innen psykisk helsevern og i kommunalt arbeid. Anbefalingene er derfor relevante for alle nivåer i tjenesteapparatet.

Helsedirektoratets retningslinjer er kunnskapsbaserte anbefalinger. Ved å støtte seg til dem kan helsepersonell være trygge på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp, selv om anbefalinger gitt i Nasjonal faglig retningslinje ikke er rettslig bindende.

I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger, bør det dokumenteres. En bør også være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn. Når Helsetilsynet vurderer om det er handlet i samsvar med god praksis, tar tilsynet utgangspunkt i anbefalinger som er utviklet systematisk, og som er kunnskapsbasert. Retningslinjen bør være sentral i arbeidet med kvalitetsforbedring. Ledere

i helsetjenesten har ansvar for tilrettelegging av virksomheten, slik at anbefalinger gitt i Nasjonal faglig retningslinje kan følges. Anbefalingene er gradert i fire nivåer. Fire forhold vurderes derfor å bestemme nivået: det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget og etiske, politiske og økonomiske forhold.

Musikkterapeutens arbeid består i å tilrettelegge forholdene slik at den enkelte klient får mulighet til å utvikle sine ressurser ved hjelp av musikkaktiviteter. Musikkterapien er en del av en tverrfaglig behandling og forutsetter planlegging, løpende evaluering og oppfølging. Flere studier viser at musikkterapi reduserer symptomer og øker funksjonsnivået. Musikkterapi supplerer eksisterende behandlingsformer, den gir brukeren innflytelse og mobiliserer brukerens egne ressurser. Musikkterapeuter arbeider i dag både innenfor psykisk helsevern og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Musikkterapi benyttes også i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Musikkterapeuten kan arbeide både med grupper og med enkeltpersoner. Mange jobber i tverrfaglige team. Musikken brukes som et verktøy for samhandling, kommunikasjon og utvikling.

Regjeringen har i statsbudsjettet for 2015 bevilget 5 mill. kr for å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sette dette i verk. Det er organisert under Kompetanseløftet 2015, og Helsedirektoratet er i gang med å legge til rette for at kommunene kan søke om midler til opplæringsprogram. Målgruppen for disse midlene er ansatte i helse- og omsorgstjenestene som arbeider nær brukere og pasienter som har nytte og glede av miljøbehandling med musikkterapi. Blant annet gjelder det pasienter med demens, hjerneslag, Parkinsons sykdom og andre med kognitiv svikt. I slike opplæringsprogram kan det være aktuelt å benytte personell med musikkterapiutdanning.

Regjeringen har med disse midlene i statsbudsjettet for 2015 fulgt opp forslagene i stortingsmeldingen Morgendagens omsorg. I meldingen står det at for å utvikle en framtidsrettet og god omsorgstjeneste er det behov for større vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

Kunst og kultur kan brukes til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger i helse- og omsorgstjenestene. Kultur og omsorg må spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som både stimulerer kropp og sjel og aktiviserer tanke og følelsesliv, f.eks. gjennom erindringsgrupper, skriveprosjekter, dansekvelder og musikkgrupper eller gjennom kunst- og kulturprosjekter som bygger på den enkeltes evner, interesser og livshistorie. Det er etter hvert utviklet ulike miljøtiltak som kan brukes terapeutisk mot uro og depresjon ved demens eller mot utagering ved still og daglige aktiviteter. I likhet med spesialisthelsetjenesten må også omsorgssektoren utvikle systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk.

Det er positivt at det foreligger Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Anbefalingene gir grunnlag for å redusere uønsket variasjon i praksis. Jeg vil poengtere at

spørsmålet fra representanten Grung omhandler én av de 80 anbefalingene i retningslinjen.

Det er positivt at det foreligger forskning om effekter av musikkterapi. Musikkterapi har vært brukt i psykisk helsevern i flere tiår, men først de senere årene har forskningen vist effekt. Retningslinjen inneholder imidlertid ikke anbefalinger med hensyn til omfang av slik terapi, og det er ikke gjort vurdering av tilgangen på musikkterapeuter. En eventuell vurdering av mulige utdanningsmessige konsekvenser må foretas når det foreligger mer erfaringer med nye arbeidsformer som følge av retningslinjen. Jeg vil understreke at det er et lederansvar på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten at anbefalte og kunnskapsbaserte metoder tas i bruk.

Ruth Grung (A) [14:39:42]: På den ene siden er jeg veldig klar over at Helsedirektoratet er svært positivt til bruk av musikkterapi, men jeg vet også at man innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er litt på leting etter hva som lykkes. Og når ministeren mener at det er ett tiltak blant 80, virker det som om dette har relativt liten betydning, og at man vil vente for å se på videre forskning før man presser det ut. Så jeg opplever at det ikke var den framoverlente holdningen som jeg hadde håpet på. Og hvis vi ser litt tilbake på den drøftingen vi hadde i forrige sak, er det mye konservatisme, kanskje spesielt i helseprofesjonene, og det å tilrettelegge for en helt ny profesjon innenfor et etablert system, som det er innenfor helsefeltet, med all den profesjonsstyringen som er der, er utfordrende, så der har vi politikere et ansvar for å løfte fram ny kunnskap. Selvfølgelig skal det forskes parallelt på det, men når det har gitt så positiv effekt på et område hvor vi er litt søkende, spesielt innenfor rus og psykisk helsevern, håper jeg at man kan være litt mer framoverlent framover. Det er ikke minst veldig mange som ønsker å utdanne seg denne veien, og kanskje det å få inn litt bredere kompetanse innenfor helse på disse områdene vil ha betydning ikke bare for pasientene, men også for arbeidsmiljøene.

Jeg håper det kommer litt større engasjement når det gjelder bruk av musikkterapi, og så skal vi være flinkere til å dokumentere effekten av det når vi oppsøker de miljøene som har kommet langt med det, og de institusjonene som har testet det ut, og så får vi alle, som politikere, gjøre vår del av jobben og følge det opp. Men nå venter jeg på debatten fra de andre kollegene mine, og så får jeg heller se på oppsummeringen.

Statsråd Bent Høie [14:42:10]: Som jeg svarte i mitt innlegg, er dette ett av flere anbefalte behandlingstiltak i retningslinjene. Det er viktig at vi lar behandlingsretningslinjer i hovedsak være basert på kunnskapsbaserte vurderinger fra fagmiljøene selv.

Jeg har et veldig klart inntrykk av at musikkterapi brer om seg i tjenesten, spesielt innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Men det området der bruk av musikk som terapi og som en integrert del av tilbudet de siste årene kanskje har fått størst vekst, er innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Der er effektene også godt dokumentert.

Musikkterapeut som profesjon er én del av diskusjonen, men det å bruke musikk som terapi, kan jo også gjøres av annet helsepersonell som har fått kompetanseheving i det å bruke dette som en integrert del av pleie- og omsorgstjenesten.

Så jeg er – som representanten – overbevist om at dette kommer til å bli mer og mer vanlig i tjenesten. Selv om det har vært der i ti år, tror jeg det kommer til å bli mer og mer vanlig framover, både i spesialisthelsetjenesten og ikke minst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tone Merete Sønsterud (A) [14:44:02]: Først takk til interpellanten for å reise en viktig debatt. Gledelig er det at det er flere som har registrert at denne interpellasjonen fremmes i dag. Det gjelder bl.a. fagmiljøet i musikkterapi ved Universitetet i Bergen og Uni Research Helse. De har gitt innspill som jeg vil ta tak i.

Det er noen implementeringsutfordringer. Slik fagmiljøene vurderer dette, vil implementeringen av de anbefalingene som ligger i retningslinjene som er gitt fra Helsedirektoratet, kreve virkemidler utover det ordinære, først og fremst fordi dette forutsetter integrering av en ny profesjonskompetanse i helsevesenet. Implementeringen kan ikke realiseres uten en kraftig økning i nasjonal utdanningskapasitet i musikkterapi. Som representanten Grung var inne på, sier de nasjonale faglige retningslinjene:

«Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.»

De negative symptomene som det her vises til, er de utfordringer mennesker med psykose kan oppleve med hensyn til motivasjon, emosjonsbevissthet og sosial samhandling. Her er musikkterapi en godt dokumentert effekt. Dette er livsproblemer som det er vanskelig å behandle med tradisjonelle medisinske metoder.

Universitetet i Bergen har understreket ordet «må» i de faglige retningslinjene. De mener at ukyndig praksis

- representerer en risiko for pasientene og brukernes sikkerhet
- truer kvaliteten i behandlingen, rehabiliteringen og tverrfaglig samarbeid
- svekker tilliten til helsevesenet og yrkesgruppa
- svekker grunnlaget for faglig utvikling og forskning

Dette betyr selvfølgelig at det er et behov for å øke utdanningskapasiteten. Ansvaret for det ligger hos Kunnskapsdepartementet og utdanningsinstitusjonene, men det er aktuelt i denne debatten fordi det henger sammen med spørsmålet som interpellanten stiller.

Statsråden forteller oss at det er satt av 5 mill. kr til å utdanne helsepersonell. Men dette handler om mye mer enn det om vi skal lykkes. Internasjonalt er musikkterapi etablert som en profesjon og et universitetsfag. I de fleste europeiske land er kompetansekravet for yrkesutøvelse en godkjent mastergrad. Studiet integrerer det musikkfaglige og det helsefaglige, noe som er en forutsetning for å kunne arbeide kvalifisert og forsvarlig med de brukerne som har størst behov og utfordringer.

I et internasjonalt perspektiv er Norge faktisk verdensledende på noen områder når det gjelder kvaliteten i utdanningen og forskningen på området, men er kommet nokså kort når det gjelder implementeringen i helsevesenet. Jeg viser i denne forbindelse til Storbritannia, hvor musikkterapeuter har vært en autorisert helseprofesjon siden 1999.

Som sagt tidligere i debatten er det i dag ca. 300 musikkterapeuter i arbeid i Norge. Fagmiljøets vurderinger er at innen psykisk helse og rus er det behov for det dobbelte. Samtidig er det stort behov innen eldreomsorgen. Tallet 1 200 på landsbasis er nevnt. Uten en slik økning, som nødvendigvis vil måtte skje over noen år, blir det et geografisk lotteri for brukerne om de får tilgang til anbefalt behandling. Tilgjengeligheten blir helt avhengig av hvor en bor og bruker tjenester, noe som strider mot prinsipper som rettferdighet og likeverdighet i tilbud innen offentlig finansierte helsetjenester.

Overslaget om behovet for 1 200 musikkterapeuter nasjonalt er moderat, samtidig som realisering av dette forutsetter en ganske drastisk endring sett i forhold til dagens situasjon. Kapasiteten i dag er 24 studenter per år, noe som er tilpasset gårdsdagens situasjon. Men med dagens tempo vil det ta minst 50 år å realisere målsettingen som i dag foreligger. En slik tidshorisont er på mange måter uholdbar, både med hensyn til kvalitet i brukernes tilbud og med hensyn til profesjonens arbeid med kunnskap og kompetanseutvikling.

Mens implementeringen av nasjonale faglige retningslinjer vanligvis først og fremst er et ledelsesansvar i tjenesten, vil integrasjon av en ny profesjonskompetanse som musikkterapi kreve en satsing utover de virkemidlene helsevesenet vanligvis disponerer når anbefalte kunnskapsbaserte metoder tas i bruk. Det er tydeligvis et behov for en nasjonal plan for musikkterapi innen både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, og det bør gå et tydelig signal til Kunnskapsdepartementet om dette. Vi har nok av forskning på effekten, og dermed må vi sette i gang det viktige arbeidet nå.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [14:49:21]: Det er nok veldig få av oss som ikke lar seg påvirke av musikk. Når jeg går nedover Karl Johans gate på vei hjem fra jobb, møter jeg mange mennesker med ørepropper eller hodetelefoner. Det er ikke vanskelig å se, ut fra blick, ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, at man lytter til sin favorittmusikk.

I alle livets faser har musikk en betydning. Blivende foreldre stryker over den gravide magen og nynner barnesanger, jeg har sunget om trollmor som legger sine elleve små troll, hver kveld for mine unger. Vi synger i bryllup, vi synger i begravelser, og musikk er en helt naturlig del av hverdagen vår.

Så kan sykdom ramme oss alle. Noen opplever alvorlige traumer som gir dem psykiske helseutfordringer. Andre får en snikende kognitiv lidelse som gjør at det mentale – eller hodet – ikke lenger fungerer som det skal.

Men behovet for og evnen til å nyte musikk er selvfølgelig fortsatt til stede. Så kan musikk også være medisin. Det er her systematisk bruk av musikkterapi kommer inn.

Musikkterapi handler om bruk av musikk i samhandling med mennesker for å øke deres livskvalitet og helse.

Musikkterapi har de siste årene etablert seg som en forskningsbasert disiplin, og det er en profesjonell praksis i Norge. Vi vet at musikkterapi fremmer tilfriskning, og jo tidligere behandlingen starter, jo bedre lykkes man med å redusere negative symptomer. Det er altså slik at vi har gode resultater, det er evidensbasert at det fungerer, men vi mangler den brede implementeringen og bruken i tjenesten. Derfor er jeg glad for at interpellanten tar opp dette temaet i dag. Det gjelder både i psykisk helsevern og også innenfor behandling av mennesker med ulike demensdiagnoser.

Vi vet at musikkterapi kan være effektivt for å redusere agitert atferd hos pasienter med demens på sykehjem. Årsaken er jo at musikk som terapiform virker for alle de fire menneskelige dimensjoner, som selvfølgelig også er til stede hos pasienter med demens som har agitert atferd.

Vi merker oss at musikkterapi får en sterk anbefaling i psykoseretningslinjene, og at sannsynligheten for god effekt også for pasienter med skadelig rusmiddelbruk og rusmiddelavhengighet er stor. Musikkterapi anerkjenner også at hver enkelt av oss må møtes individuelt. Når vi skal skape pasientens helsetjeneste, er vi opptatt av at det er pasienten som er ekspert på seg selv. Dette er også viktig når det gjelder bruk av musikk som terapi.

Musikk kan framkalle verdens beste minner, men musikk kan også vekke frykt, bidra til økt uro og gjenkalle minner som ikke er gode. Derfor må musikkterapi utføres med kompetanse og årvåkenhet med hensyn til pasientens reaksjoner og behov.

Vi er glad regjeringen har tatt viktige grep for å videreutvikle og spre kompetanse og opplæringsprogram om bruk av musikkterapi i omsorgen.

Det er også en viktig lederutfordring å løfte kompetanse om bruk av musikk som en del av miljøbehandling både i psykisk helsevern og også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, det er en del av viktig fagutvikling. Vi vet at musikkterapeuter er viktige, det er en lederoppgave også å ha med denne ressursen når man skal bygge en god helsetjeneste for disse pasientene. Samtidig er jeg enig med helseministeren, som sier at det er utrolig viktig at helsepersonellet som er nær pasientene hver eneste dag, hele døgnet, også har kunnskap og kompetanse om å bruke musikk i den daglige pleien.

Jeg kjenner en veldig modig dame som heter Siri. Hun har en krevende hverdag, hun har hatt mange av dem de siste årene. Hun forteller meg at musikk betyr like mye som fysisk aktivitet for henne. Musikk bidrar til at hun får mentale friminutt. Det er viktig med gode friminutt for oss alle. For psykisk syke pasienter og for demenspasienter er musikk like viktig.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [14:54:15]: I likhet med foregående taler har jeg lyst til å begynne mitt innlegg med noen refleksjoner rundt musikk og hvor viktig den faktisk er i våre liv, uten at vi alltid tenker over det.

Pappaen til min venninne døde veldig tidlig. Han var sjømann. I begravelsen spilte de «I am sailing» med Rod

Stewart. Den gang var det ikke vanlig at annen musikk enn salmer ble spilt i kirken, og jeg husker fortsatt hvordan alle disse sorgtunge menneskene satt og smilte, fordi akkurat denne sangen var så innmari riktig til det livet som hennes pappa hadde levd.

Vi føler lykke når vi er på konsert, vi danser til musikk, og vi synger for våre barn. Musikken følger oss gjennom hele livet, gjennom både sorg og glede.

Personer i behandling for rus og psykiske lidelser blir ofte bedt om å holde seg unna noen former for musikk. Melankolske melodier og destruktive tekster drar deg enda lenger ned når livet allerede er tungt og vanskelig. Vi vet med andre ord at musikk virker inn på hvordan vi har det.

Selv har jeg de siste årene fulgt dette tett. En jente som jeg har fulgt ut av rusen de siste tre årene, og som har flere psykiatriske diagnoser, gikk for tre år siden på 32 forskjellige legeforeskrevne medisiner i tillegg til GHB, kokain og heroin. Hun har fått flere typer behandling de tre siste årene. Det siste året har hun gått til traumebehandling, hos psykolog med ekspertise på seksuelle overgrep og til musikkterapi. Etter hver behandling hos de to førstnevnte blir hun så utmattet at hun ofte kaster opp, og må hver gang dra rett hjem og legge seg. Likevel er disse behandlingstidene riktige og viktige for henne. Men etter timen med musikkterapi er hun alltid glad og lykkelig. Disse dagene er de beste dagene hennes. Jenta er nå rusfri og går på kun to legeforeskrevne medisiner. Musikkterapi fremmer for henne utvikling, endring og tilfriskning, og det erstatter medisiner. Musikkterapi kan brukes i heldøgns pleie eller poliklinisk.

Grunnen til at jeg nevner akkurat dette, er for å belyse at jeg ikke anser musikkterapi som det eneste riktige, samtidig som jeg mener det er et svært viktig tilbud, som jeg skulle ønske at flere fikk ta del i.

Dessverre er det slik at vi er litt trege med å ta i bruk nye metoder i Norge. Gode prosjekter blir ikke godt nok integrert over hele landet, og kunnskapen blir ikke delt, noe som kom tydelig frem da Aftenposten skulle skrive om musikkterapi som et tilbud til demente. De skrev at nå skulle de ansatte synges på jobben. Vi bevilget derfor penger i vårt budsjett for å gjøre flere oppmerksom på hvilke muligheter som ligger i sang og musikk.

Musikkterapi handler om både det musikkfaglige og det helsefaglige. Selv har jeg vært opptatt av å bygge opp medikamentfrie behandlingstilbud og tror at musikkterapi i slike behandlingstilbud bør brukes. Når vi nå innfører fritt behandlingsvalg, har jeg tro på at slike tilbud vil komme, rett og slett fordi konkurranse fremmer mangfold.

Musikkterapi i kommunene vil nok mest sannsynlig ha en noe annen innretning enn i spesialisthelsetjenesten. Der dette vil være en utrednings- og behandlingsoppgave i spesialisthelsetjenesten, tror jeg det i større grad vil være en forebyggende oppgave og en oppfølgingsoppgave i kommunene. I kommunene vil nok musikkterapeutene også i større grad veilede og tilrettelegge for mer bruk av musikk som en positiv ressurs i den ordinære helse- og omsorgstjenesten.

Vi kan bidra ved å gjøre dette kjent og ved å bevilge penger, slik vi gjorde i inneværende budsjett. Selv anser jeg meg selv som en god ambassadør for musikkterapeu-

tene, fordi jeg har sett det i bruk og sett hvilket fantastisk resultat det kan gi. I likhet med interpellanten ønsker jeg kunnskapen om bruken av musikkterapeuter veldig velkommen.

Hanne Thürmer (KrF) [14:59:01]: Takk for at et viktig tema blir tatt opp.

Framtidens og pasientens helsevesen skal være kunnskapsbasert. Det er flere og flere fag som kan bidra her, og som må få muligheter til å bidra i den kunnskapsbaserte helsetjenesten. Musikkterapi gir mulighet for utvikling, mulighet for endring. Musikkterapi er ressursorientert og utforsker pasientens egne mål og egne ressurser innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg. I dag er det faktisk «Hva er viktig for deg-dagen» innen rehabiliteringsfeltet, der man skal spørre brukeren av tjenestene: Hva er viktig for deg? – Jeg så statsråden hadde på seg en button før i dag, men den har tydeligvis falt av i løpet av dagen.

Musikk kan skape nye muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk, særlig for de pasientgruppene hvor ord er vanskelig og språket tapt. Mange pasientgrupper i tillegg til psykosegruppen kan ha nytte av musikkterapi. Det gjelder som sagt psykiske vansker, men også utviklingsmessige utfordringer, lærevansker og de mange ulike aldersrelaterte helsetap, som demens, parkinson, språktap og ruspasientene – bare for å nevne noen.

Musikkterapeuten kan legge til rette slik at den enkelte får en mulighet til å utvikle mestring. Så er det kunst- og uttrykksterapi, musikkterapi, og også sanserom og sansehage er tilnærminger som når inn til mennesker på andre måter enn den vanlige samtalen.

Det er kunnskapsbaserte tilnærminger selv om mange kanskje synes det høres fremmed ut. Det er behandling og kompetanse som kan hjelpe store pasientgrupper, men som nesten ikke er tilgjengelig. Når det er så få terapeuter og så lav kapasitet på utdanning, vil kompetanseoverføring og kompetansedeling være avgjørende, men det må også settes inn et arbeid for å styrke utdanningen. Kristelig Folkepartis håp er at utdanningen styrkes, og at kompetansedeling framelskes, både ved ny politikk og ved god ledelse.

Kjersti Toppe (Sp) [15:01:22]: Takk til interpellanten, som igjen har fremja ein svært viktig debatt. Mange har vore på talarstolen og forklart kor viktig musikkterapi er. Eg sluttar meg til alle beskrivingane og det som er vorte sagt om det.

Musikkterapi er jo positivt på individnivå og har ein verdi i seg sjølv, men det som er spesielt, er at det er ei form for behandlingsretning. Andre har sikkert sett det same som eg; det er jo på ein måte ein vedundermedisin der anna behandling ikkje når fram. Det er ingen som er imot musikkterapi eller musikkterapeutar, alle er jo veldig for musikkterapi. Det som er politikken i dette, er at vi no òg har fått desse retningslinjene, som interpellanten tar opp, og no har det òg kome inn i dei nasjonale retningslinjene for utgreiing, behandling og oppfølging av personar med psykoselidingar. Så det er altså

ei klar anbefaling om musikkterapi. I retningslinjene står det:

«Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.»

Det er utruleg flott at det òg er kome inn i nasjonale faglege retningslinjer når det gjeld behandling. Det viser jo at dette ikkje berre er noko som folk synest er bra, det er faktisk òg ein heilt fagleg grunn for å ta det inn. Òg innan rusbehandling har det kome inn – om ikkje på så sterk anbefaling, så er det i alle fall inne. Det som interpellanten tar opp, er at når vi alle er så einige, og når det kjem inn i anbefalingane, så er det eitt stort problem, og det er at vi har så få musikkterapeutar i Noreg. Det er berre 20 stykke, og det er ein utdanningskapasitet på 24 årleg. Viss ein skal framskriva det som står i anbefalingane, vil det ta 50 år før ein kan tilby det, og då tenkjer eg at det er ei underdriving. Eg trur at ein kan ha uante moglegheiter i eldreomsorga, som eg lurar på om er tatt med i dei tala. I dag er det få musikkterapeutar både i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta.

Statsråden sa at dei faglege retningslinjene ikkje sa noko om omfanget av musikkterapi, og han sa heller ikkje noko om utdanningskapasiteten. Eg tenkjer at det er eit politisk ansvar å sørgja for at musikkterapi kan få det omfanget som er nødvendig for at det skal ha den behandlingmessige effekten, og det er i alle fall eit politisk ansvar å sørgja for utdanningskapasiteten. Så den statsråden som skulle vore her i dag, er statsråd Torbjørn Røe Isaksen, som kunne ha svart på om han ser behovet for å auka utdanningskapasiteten for musikkterapeutar. Ut frå den informasjonen eg har fått, er det mogleg på kort sikt å doble kapasiteten frå 24 til 48, og det er noko som han bør vurderer veldig straks, viss alle dei gode orda som vert sagde i dag, skal ha nokon verdi.

Til slutt vil eg ta fram kommunehelsetenesta. Éin ting er psykisk helsevern innan kommunehelsetenesta. No er det levert ei primærhelsemelding som skal gjera om den profesjonsnøytrale kommunehelsetenestelova og berre nemna ulike profesjonar. Eg går ut frå at musikkterapeutar ikkje vert nemnde i den nye endringa. Det vil seia at då skal kommunen prioritera mellom lovpålagde profesjonar og ein musikkterapeut. Det er klart at det er svært negativt for musikkterapeutane, og svært mange kommunar ser seg då ikkje i stand til eller kan ikkje prioritera å tilsetja desse. Fordelen med å ha ei profesjonsnøytral lov var at då var det i alle fall ikkje nokon profesjonar som vart stengde ute. Eg fryktar den nye lovendringa òg med tanke på at musikkterapeutane skal verta ein implementert del av helseprofesjonane i Noreg.

Tove Karoline Knutsen (A) [15:06:34]: Jeg følte behov for å ta ordet, for jeg opplever vel at noen ikke helt skiller mellom de ulike begrepene her. Noen har nevnt det, men jeg kan godt gjenta det: Musikkterapi er en profesjon, som krever en masterutdanning. Det er veldig viktig å slå det fast. På samme måte som sykepleieren er knyttet opp

mot sykepleierprofesjonen, er også musikkterapeuten en profesjonell utøver av et fag.

Representanten Wilhelmsen Trøen snakket om at musikkterapeuter kunne lære folk opp til å bruke musikkterapi. Muligens var det en forsnakkelse. Musikkterapeuter skal jobbe direkte mot pasienter og brukere, men så er det kjempeviktig at både ansatte, frivillige og andre kan bidra med kulturaktiviteter og andre beslektede aktiviteter i møte med pasienter, i møte med brukere, i møte med mennesker som trenger også å få fulgt opp den siden, og få de opplevelsene i sitt liv.

Jeg har vært musiker av profesjon i nesten hele mitt liv. Jeg har reist rundt på institusjoner med det som i dag – eller muligens i går – ville blitt kalt Den kulturelle spaserstokken, altså med profesjonelle konserter hvor de menneskene du møter, møter deg som et publikum, kanskje har kledd på seg fint, kanskje har gledet seg spesielt til at noen utenfra kommer. Så har jeg også vært med og grepet til gitaren når jeg har vært på besøk hos noen, og hatt samsang med brukere og pasienter. Det er igjen noe helt annet. Men det er altså ikke å drive med profesjonell musikkterapi noen av delene. Så det å være profesjonell utøver i møte med et publikum som kanskje bor på en institusjon, og det å være aktiv i lag med en del folk og syngre, lese eller samtale, altså ha en i vid forstand kulturell aktivitet sammen med mennesker, er noe helt eget – og ikke musikkterapi. Jeg synes det er veldig viktig å være klar over de ulike begrepene her.

Så har jeg lyst til å si at det er ikke alle som er ansatt på en institusjon, som kan gi seg til å syngre verken i lag med eller for dem som bor der. Jeg tror jeg for min del ville betakke meg for det. Derimot er det veldig mange som kan gå inn i den gode samtalen, være sammen med, lese og finne andre innganger til det å berøre mennesker kulturelt, kunstnerisk, åndelig, som vi alle trenger, og som er viktig for oss fra vugge til grav. La oss nå være enige om det, men la oss også bruke begrepene, og la oss prøve å finne en riktig forståelse av begrepene med hensyn til det vi nå snakker om. Og så vil jeg også takke interpellanten for å reise en viktig interpellasjon om et viktig tema.

Ole Mic Thommessen hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Ruth Grung (A) [15:10:34]: Takk for en god debatt. Jeg visste at interessen for musikkterapi var til stede blant samtlige partier i komiteen.

Jeg vil gjenta at det er en tydelig forskjell i behov mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når det gjelder bruk av musikkterapeut. I primærhelsetjenesten blir det bygd opp på en helt annen måte, hvor de skal behandle noen tunge pasienter, men først og fremst gi veiledning til annet helsepersonell, pårørende og frivillige.

Det er ingen som har sagt at dette er det eneste mirakelmiddelet. Men det som er unikt, er at det er en relativt ny måte å tenke på, og da vet alle at det krever mye når det gjelder implementering av ny kunnskap, men det er kunnskapsbasert, som flere har vært inne på.

Musikk er så sterkt når det brukes rett, men det er også veldig sterkt hvis det brukes feil. Så det å ha kyn-

dige musikkterapeuter innen rekkevidde, at det er de som gjør jobben der hvor en kommer så nært inn på, er helt avgjørende.

Så vil jeg gjenta at vårt helsevesen er basert på prinsippet om et likeverdig tilbud. Det er ca. 300 musikkterapeuter i dag, storparten av dem jobber innenfor eldreomsorg. Nå bygges psykisk helsevern og rusbehandling opp. Det er ca. 20 innenfor psykisk helsevern og en håndfull innenfor rusbehandling. Skal vi klare å få tilstrekkelig antall musikkterapeuter, må vi gjøre noe med utdanningskapasiteten. Og det er en økende interesse for å søke denne veien.

Vi bør også se på hvordan vi skal få implementert en ny profesjon og ny kunnskap ute. Så vi bør ha mer forskning, mer av den praksisnære forskningen – hvordan dette virker ute. Vi kommer til å følge opp denne saken i løpet av høsten, ikke minst ved å besøke de institusjonene som er kommet lengst på området, som jeg nevnte i interpellasjonen. Jeg håper å få flere i komiteen med på det også.

Takk for en veldig god debatt.

Statsråd Bent Høie [15:13:08]: Takk for en god debatt. Den viser at det er et bredt engasjement for denne terapiformen i Stortinget. Bare noen korte kommentarer:

Det er helt riktig at denne regjeringen tar sikte på å reversere den profesjonsnøytrale kommunehelsetjenesteloven og innføre lovpålagte krav til kjernekompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Men når representanten Toppe får det til å framstå som en trussel mot musikkterapeutene, er det ganske forunderlig. Musikkterapeutene vil ikke minst ha behov for å ha et godt og profesjonelt samarbeid med andre helsepersonellgrupper. Det gjør ikke musikkterapeutenes situasjon enklere om de skal samarbeide med, f.eks. er ufaglærte. Det er sånn at det er en form for kjernekompetanse innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene som denne regjeringen mener er nødvendig at skal være til stede i alle kommuner.

Representanten Knutsen tok ordet fordi hun mener det i debatten hadde vært forvirring om begrepene. Det er jeg ikke enig i. Hvis det var forvirring, bidro representanten Knutsens innlegg til å gjøre den forvirringen komplett.

Musikkterapi er ingen profesjon, det er en terapiform. Men det å være musikkterapeut er en profesjon. Og musikkterapeutene, som også interpellanten var inne på, vil ha en oppgave med å veilede andre innenfor tjenesten til å bruke musikkterapi integrert i tjenesten. Så musikkterapeut som profesjon er viktig, men de er ikke i en situasjon der de er de eneste som kan drive musikkterapi.

Det er helt riktig at det å ha kultur og underholdning av god kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten er noe annet. Det hadde vi en bred diskusjon om i går. Det er også noe som kommunene har muligheten til å legge godt til rette for gjennom egne midler, men også gjennom de pengene som fylkeskommunene fordeler til Den kulturelle spaserstokken. Det er noe annet, men det er også viktig.

Å bruke musikk som terapi også inn mot pleie og omsorg i de kommunale omsorgstjenestene, er noe denne regjeringen har styrket muligheten til gjennom at de som jobber i tjenestene, kan få en videreutdanning innenfor det feltet. Men jeg tror det vi alle sammen kan være enige

om, slik jeg oppfatter det, er at musikk er viktig på alle livets områder enten den utføres av profesjonelle eller ikke-profesjonelle, og at det å være en del av en kultur er en viktig del av livet vårt. Noen ganger er det også en viktig terapiform, som er dokumentert gir helsegevinst.

Presidenten: Det var en hyggelig avslutning av debatten i sak nr. 8!

Sak nr. 9 [15:16:25]

Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om endringer i forurensningsloven (Tilsyn med kommunens plikter etter forurensningsloven § 32 a) (Innst. 283 L (2014–2015), jf. Prop. 91 L (2014–2015))

Bjørn Lødemel (H) [15:16:50] (ordfører for saka): Klima- og miljødepartementet foreslår i proposisjonen endringer i lov av 13. mars 1981 nr. 6 om vern mot forureining og om avfall, foureiningsslova § 48 a. Endringsforslaget betyr at foureiningsslova § 32 a blir omfatta av det statlege tilsynet etter foureiningsslova § 48 a. Etter at § 48 a tredde i kraft, er det identifisert eit behov for at foureiningsslova § 32 a eller føresegner gjevne i medhald av denne også er omfatta av tilsynsheimelen i § 48 a.

Som det framgår av proposisjonen, har det ikkje blitt vurdert som nødvendig å sende endringsframlegget knytt til § 48 a på offentleg høyring.

Komiteen viser til sjølve lovforslaget i proposisjonen, og ved ein openberr inkurie er det i endringsforslaget teke med eit anna ledd i forslaget til § 48 a og som ikkje er likelydande med gjeldande § 48 andre ledd. Komiteen finn at det sjølv sagt ikkje har vore intensjonen å endre § 48 a andre ledd.

Det er ein samla komité som står bak innstillinga og forslaga i saka.

Statsråd Tine Sundtoft [15:18:15]: Stortinget er i dag bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i forurensningsloven vedrørende tilsyn med kommunene.

Kommunal- og forvaltningskomiteen har i sin innstilling fulgt regjeringens forslag til endringer i forurensningsloven § 48 a. Endringen innebærer at tilsynet med kommunenes plikter etter forurensningsloven § 32 a skal gjennomføres etter kommunelovens felles prosessregler om saksbehandling, klage og virkemiddelbruk. Da vil tilsynet med kommuneplikter på forurensningsområdet samlet skje etter kommuneloven.

Kommunen har i medhold av forurensningsforskriftens § 20-6 en plikt til å utarbeide en felles avfallsplan for havner i kommunen som hovedsakelig mottar avfall fra fritidsbåter. Etter samme bestemmelse har kommunen også en plikt til å lage en oversikt over alle havner innenfor kommunen.

Lovendringen innebærer at Fylkesmannen i medhold av kommuneloven kapittel 10 A får hjemmel til å pålegge kommunene å oppfylle sine plikter, noe som kan bidra til å sikre lovoppfyllelse av kommunens plikter på dette av-

fallsområdet. Lovendringen innebærer at Fylkesmannen i medhold av kommuneloven kapittel 10 A får hjemmel til å pålegge kommunene å rette forhold som er i strid med loven.

Forslaget er kun av prosessuell art og vil derfor verken ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 9.

Sak nr. 10 [15:19:46]

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kommunenes låneopptak og gjeldsbelastning (Innst. 295 S (2014–2015), jf. Dokument 3:5 (2014–2015))

Presidenten: Første taler er Martin Kolberg. – Nei vel. Er det noen som ønsker ordet til saken?

Gunvor Eldegard (A) (frå salen): Eg har bedt om ordet.

Presidenten: Beklager. Gunvor Eldegard får ordet.

Gunvor Eldegard (A) [15:20:25]: Takk president!

No er det ikkje eg som er ordførar for saka, og eg tenkte egentleg å visa litt til innlegget hans òg. Men eg skal iallfall seia på vegner av Arbeidarpartiet –

Der kom saksordføraren! Det er riktig at saksordføraren snakkar først, og då kan eg gjerne gå ned og koma opp igjen.

Presidenten: Ja, vi kan ordne det sånn.

Gunvor Eldegard (A) [15:20:54]: Ja, og då kjem eg tilbake.

Michael Tetzschner (H) [15:21:05] (ordfører for saken): Vi får avvike fra vanlig høflighet om at damene har rangen. Men da blir det jo en stigning i programmet!

Utsatt forbruk er sparing. Forskuttert forbruk er gjeld. Litt enkelt kan man si det om kapitaloppbygging på den ene siden og gjeldssetting på den andre siden.

Det er en rekke ganske interessante problemstillinger som denne forvaltningsrapporten inneholder. Rapporten belyser noen av de betydelige faremomenter som følger av gjeldsoppbygging for fremtidig kommunalt selvstyre og handlefrihet. Så kan man si at det er det mange bedrifter og organisasjoner som opplever. Det farlige her er at kommunene er helt sentrale i å produsere velferdstjenester. Svekket økonomi vil også kunne true kommunenes evne til nettopp å opprettholde et godt, stabilt og forutberegnelig servicenivå til sine innbyggere. Derfor er det realiteter bak disse tallene, realiteter bak disse diagrammene.

Vi har en ganske sammenfallende innstilling fra komiteen. Det er selvfølgelig noen særstandpunkter, men jeg tror vi gjør klokt i å merke oss den brede enigheten som ligger i komitéinnstillingen.

Komiteen har merket seg at den renteeksponerte delen av kommunegjelden har økt fra 9 pst. av inntektene i 2006 til hele 30 pst. i 2013. Mens brutto driftsutgifter har steget med 54 pst., har netto lånegjeld økt med 97 pst. i samme periode. En stor del av aktivitetsveksten skyldes statlige satsinger, innen bl.a. sektorer som oppvekst, eldreomsorg og infrastruktur. Investeringene har i stor grad blitt lånefinansiert.

Komiteen deler seg på ett punkt: Flertallet har funnet grunn til å påpeke at noe av det som driver gjeldsoppbyggingen, er altfor gunstige – i det korte løp i hvert fall – rentekompensasjonsordninger og opptrappingsplaner, der staten er flink til å stimulere oppstarten av programmer, men ikke alltid tar det fulle medansvar for finansiering i hele tiltaksperioden. Det er et velkjent fenomen, i hvert fall sett fra et kommunestyreperspektiv.

Komiteen deler situasjonsbeskrivelsen som er gitt av pensjonsforpliktelsene, og minner om at kommunenes evne til nettopp å kunne investere av løpende inntektsstrømmer fra driften svekkes når man stadig må dekke inn pensjonstekniske underskudd som ikke er med i den kommunale planleggingen.

Komiteen har også merket seg at den gjennomgående avdragstiden på lånene er økende, og det er selvfølgelig også en fristelse for kommunene til å kunne skyve større deler av gjelden foran seg. Samtidig har økte inntekter og lave renter gjort gjelden lettere å bære i lavrenteperioder, men det har igjen stimulert til økt fremmedfinansiering av utbyggingsoppgaver.

Vi har også vært inne på at det kan se ut som om det er en innebygget dynamikk for akkumulering av gjeld når kapitalkostnadene utgjør en akseptert andel av inntektene. Rentenedgang betyr at rentebelastningen synker, men at evnen til å bære mer gjeld øker. Det betyr at gjeldsbyrden vil kunne danne et høyere beregningsgrunnlag for renteutgiftene når rentene senere begynner å stige. Den historiske erfaringen er jo nettopp at de gjør det. I et slikt forløp vil mulighetene til å skyve gjeld foran seg bli begrenset, nedbetaling må forseres, og dette vil skape ubehagelige overraskelser og kanskje også reduksjoner i kommunenes ordinære velferdstilbud på et senere tidspunkt.

Komiteen har videre merket seg at det i beskrivelsen av gjeldssituasjonen for kommunene har vært skilt mellom renteeksponert gjeld og ikke-renteeksponert gjeld, idet lån tatt opp for investeringer i de såkalte gebyrfinansierte og selvfinansierende etater – det gjelder vann, avløp og renovasjon – nærmest anses som uproblematisk. Men for innbyggerne inneholder selvfølgelig også disse gebyretatens muligheter til å skrive ut økte gebyr en potensiell merutgift den dagen det blir nødvendig. Fra et kommunestyresynspunkt kan det være en trøst at noe av gjelden ikke er så følsom for renteoppgang, men det er fordi man har noen etater hvor man kan velte de økte kapitalkostnadene direkte over på forbrukerne. Fra et forbrukersynspunkt inneholder begge disse kildene muligheter for økte utgifter.

Komiteen er tilfreds med den brede gjennomgangen av kommunenes gjeldssituasjon, fordelt på kommunetyper og utviklingstrekk som er beskrevet i rapporten. Det gir grunnlag for mye læring og mange refleksjoner. Vi har

også kommet til at det er på sin plass å minne om i denne sammenheng her i denne sal at staten har et betydelig ansvar for den økonomiske utviklingen i kommunene.

Noe av det som driver gjelden opp i kommunene, kan også være mange gode ønsker og til dels ukoordinerte sektorønsker fra nettopp statlige politikkområder. Vi viser til at Stortinget som bevilgende myndighet vil ha et ansvar for en helhetlig politikk for kommunesektoren.

Komiteen har også enstemmig pekt på at når statlig dikterte løsninger overfor kommunene bidrar til en sammenveving av statlige styringsambisjoner med lokale prioriteringer, kan det oppstå holdninger der kommunen ikke fullt ut tar sitt eget lokale ansvar, når kommunestyret heller har følelsen av at det ikke får gjennomslag for sine prioriteringer, men ser seg selv som operatør for staten. I vår nåværende lovgivning kan en kommune ikke slås konkurs, hvilket vil si at staten som siste utvei alltid står bak sine kommuner. Det vil også kunne snike seg inn i mange kommunestyrers underbevissthet – hvis vi et øyeblikk forestiller oss at de har en felles bevissthet. Man kan ikke si at det virker inn på deres ansvarlighet at gjeldsbyrden ikke er så farlig – utviklingen i gjeldsoppbyggingen er ikke så problematisk, fordi det egentlig ikke er banken man låner av, men staten. Det er staten som i mange sammenhenger, når det virkelig kommer til de harde realiteter, vil være «lender of last resort».

Komiteen har også samlet seg om en beskrivelse av at gjeldsoppbyggingen ikke kan ses isolert fra kommunens forvaltning av annen realkapital, og med det mener vi alle de andre verdiene som kommunene har i tillegg til bankinnskudd. Det kan være bygninger, anlegg, infrastruktur o.a. Selv om det fornuftig nok er formålsbegrensninger for låneopptak ved at det prinsipielt ikke kan lånes til løpende drift, vil det være av minst like stor betydning for den økonomiske bærekraften i kommunen at de har en aktiv realkapitalforvaltning. Det vil si at man også ser at den økonomiske bærekraften i kommunen avhenger av at bygninger og anlegg ikke forfaller. Når slike aktiva ikke vedlikeholdes i den takten de slites, oppstår et vedlikeholdsetterslep.

Komiteen har merket seg enstemmig at KS' eget anslag for vedlikeholdsetterslepet er 125 mrd. kr for kommunale bygninger, mellom 75 og 100 mrd. kr for veiene og et grovere anslag for etterslep innen vann- og avløpssektoren på 100 mrd. kr. 30–40 pst. av årlige investeringer i bygg har sammenheng med vedlikehold.

Komiteen mener også enstemmig – og understreker – at det kan indikere en systemfeil når det ifølge samme kilde, altså KS, hevdes at det brukes 3–4 mrd. kr for lite hvert år til verdibevarende vedlikehold. Dagens situasjon kjennetegnes av at kommunene erstatter løpende vedlikehold, som belaster driften, med investeringer som kan lånefinansieres. For å illustrere dette litt populært og litt for grovt, kanskje: Man venter altså på at et skolebygg slites ned, så det må rives, og så kan man glede seg til man bygger et helt nytt, mens de fleste av oss som private huseiere kanskje vil ha opplevelsen av at man kan beholde sitt egentlige hus lenger ved et systematisk og kontinuerlig vedlikehold.

Komiteens flertall – og her har vi skilt litt lag med Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstrepar-

ti, så her er det flertallets syn jeg gir uttrykk for som saksordfører – setter et spørsmålstegn ved om dagens regnskapsprinsipper for kommunesektoren i tilstrekkelig grad gir kommunestyrene oversikt, disiplinering og beslutningsstøtte for god forvaltning av realkapitalen. En vesentlig hjelp hadde vært om regnskapets bunnlinje ble påvirket av størrelsen på avskrivningene. Dagens budsjett- og regnskapssystem er finansielt orientert, der oppmerksomheten er rettet mot arbeidskapital og endringer og bevegelser i denne – ikke egenkapitalen. Egenkapitalen er, som vi alle vet, eiendeler fratrukket gjeld, som vil tilsvare formuesbegrepet i en privat bedrift eller husholdning.

Det samme flertallet stiller spørsmål ved om både finansiell orientering og formuesbevaring ivaretas tilfredsstillende innenfor dagens regelverk, eller om større endringer er påkrevet.

De medlemmene som ikke er med på denne flertallsmerknaden, vil selvfølgelig kunne redegjøre nærmere for sitt syn.

Komiteen tar til etterretning anbefalingene fra Riksrevisjonen om at Kommunal- og moderniseringsdepartementet iverksetter informasjonstiltak om gjeldsbelastningen overfor kommunestyrene gjennom planer og budsjetter, samt vurderinger om Fylkesmannens virkemidler kan utvikles i samme retning. Komiteen vil likevel fremheve anbefalingen til departementet om en vurdering av om kommunelovens bestemmelser i tilstrekkelig grad bidrar til å sikre at kommunenes gjeldsbelastning er økonomisk bærekraftig.

Vi er kjent med de utredningsaktiviteter som foregår i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, og håper at man også kan få noe inspirasjon og veiledning i flertallsmerknadene fra kontroll- og konstitusjonskomiteen i forbindelse med denne saken.

Gunvor Eldegard (A) [15:33:35]: Då kan eg jo takka saksordføraren for jobben òg!

Riksrevisjonen har undersøkt låneopptaka til kommunane og gjeldsbelastninga. Som saksordføraren sa, er komiteen for det meste einig i merknadene – me har nokre små ueinigheter.

Kommunane låner pengar når dei skal investera t.d. i nye skular, i nye sjukeheimar, i eldrebustadar osv. Når kommunen går ut og låner pengar, er det for å vareta velferdstenestene som kommunen er pålagt. Kommunar må ha skular der det er plass til alle elevane, og kommunar må ha sjukeheimar, slik at me er i stand til å ta vare på våre eldre når dei treng det. Og kommunane må byggja bustadar for folk med særskilde behov, t.d. personar med dobbeltdiagnose innan rus og psykiatri. Så det er som oftast gode årsaker til at kommunen tek opp gjeld.

Likevel er det urovekkjande at kvar sjetten kommune i 2013 hadde ein kombinasjon av høg gjeld og lite økonomisk handlingsrom. I tillegg er det risiko for at talet på kommunar med ei lite berekraftig gjeldsbelastning vil auka.

Kommunestyra i dei kommunane som har høgast gjeldsnivå, får òg lite informasjon om gjeldsbelastninga i dei sentrale styringsdokumenta. Det er sjølvstøtt kommu-

nestyra sitt ansvar å be om skikkeleg informasjon, slik at dei gjer riktige vedtak, men dei er avhengige av god informasjon frå rådmannen. Dei fleste vil stola på dokumenta som dei får utdelt. Det er mogleg at dette burde vera ein del av folkevaldopplæringa som KS køyrer – korleis ein skal sjå etter rett informasjon, og kva ein skal spørja etter. Dei fleste folkevalde er ikkje økonomar, og dei skal heller ikkje vera det. Difor er det så viktig at det som kjem frå administrasjonen, skal vera mogleg å forstå for alle.

Så står det òg i rapporten frå Riksrevisjonen at Fylkesmannens rettleiing og kontroll bidreg i liten grad til at kommunane si gjeldsbelastning vert økonomisk berekraftig. Til det må eg seia at dei fleste kommunestyra vil tenkja at når Fylkesmannen har godkjent budsjettet – ja då er det i orden.

Riksrevisjonen har vidare påpeikt at verkemiddelbruken til Kommunaldepartementet i liten grad er innretta mot å følgja opp kommunar som kan utvikla ei lite berekraftig gjeldsbelastning. Det syner seg at Kommunal- og moderniseringsdepartementet ikkje har innhenta tilstrekkeleg informasjon om korleis dei kommunale styringsdokumenta fungerer. Utan tilstrekkeleg kjennskap kan ikkje departementet varetta ansvaret sitt for at styringsdokumenta fungerer etter intensjonane. Mange kommunar med høgt gjeldsnivå får lite informasjon om gjeldsbelastningane gjennom dei lovpålagde styringsdokumenta økonomiplan, årsbudsjett og årsrapport. Riksrevisjonen meiner at det er behov for statlege initiativ for å sikra tilstrekkeleg kvalitet i dei sentrale kommunale styringsdokumenta.

Kommunalministeren skriv at han har sett ned eit utval for å gjennomgå kommunelova, medrekna økonomireglane, og han vil venta på innstillinga frå utvalet. I den samanhengen er det viktig å påpeika at heile komiteen i merknadene understrekar at utvalet bør verta kjent med Riksrevisjonen sine anbefalingar før arbeidet vert slutført.

Me har òg ein merknad om den skjulte gjelda som er i delar av Kommune-Noreg. Det finst en del såkalla OPS-prosjekt, offentleg–privat samarbeid, og løysingar der t.d. eigedommar kan vera overførte til selskap eller stiftelsar, men der kommunen likevel er økonomisk ansvarleg.

Som eg sa innleiingsvis, er det urovekkjande at gjeldsbelastninga i ein del kommunar er for høg. Det kan føra til dårlegare tenester for innbyggjarane. Men situasjonen vert ikkje betre om ein endrar rekneskapsprinsippa.

Løysinga totalt sett er ein betre kommuneøkonomi. Det er det det faktisk handlar om.

Helge Thorheim (FrP) [15:39:00]: Først vil jeg takke saksordføreren for arbeidet med saken og et godt forslag for Stortinget.

Jeg synes det er veldig bra at Riksrevisjonen tar opp dette temaet. Målet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å se om kommunenes gjeldsbelastning er økonomisk bærekraftig. Bakgrunnen for å undersøke dette er at gjeldsnivået i kommunene har økt kraftig de siste ti årene, som er perioden Riksrevisjonen har sett på, altså 2004–2013.

I undersøkelsesperioden har brutto driftsutgifter for kommunene steget med 54 pst., mens lånegjelden i samme

tidsrom har økt med 97 pst. Når investeringene i så stor grad har blitt lånefinansiert, og en dessuten har hatt mye sterkere vekst i lånefinansieringen enn veksten i driftsnivået i kommunene, tilsier det at handlingsrommet i kommunenes disponeringer svekkes, selv om en del gjeld er rente- og avdragskompensert dels gjennom direkte betaling fra innbyggere og næringsliv, men som i første rekke gjelder vann-, avløps- og renovasjonssektoren.

Det har lenge vært en målsetting at kommunene bør oppnå et netto driftsresultat på 3 pst. for å ha evne til bl.a. å egenfinansiere sine låneopptak eller i det minste ta den vesentligste delen av finansieringen. I den senere tid har det vært vanskeligere å oppnå målsettingen om ønsket netto driftsresultat, og for mange kommuner har nok dessverre også opparbeidede driftsrelaterte fondsavsetninger blitt tappet for å etablere nye tiltak.

Kommunene har i de senere år kunnet nyte godt av at rentenivået har sunket til et nivå som en bare for noen få år siden kunne drømme om. Dette har nok ført til at fristelsen til å igangsette nye, store investeringer har slått ut i opptak av mer gjeld, der en kanskje ikke alltid har overveid i tilstrekkelig grad den fremtidige risikoen for renteøkning og dermed store ekstrakostnader til renteutgifter.

Når det fra statlig hold innføres nye reformer og tiltak som skal gjennomføres i kommunene, følger det ofte med behov for infrastrukturtiltak, som igjen medfører finansieringsbehov og dermed som oftest nye låneopptak. Kommunene har ofte påpekt at nye tiltak ikke fullt ut er finansiert av staten, og en del av de nye kostnadene forutsettes dekket av kommunene selv. Når kommunenes handlefrihet minsker, samtidig som nye driftstiltak skal finansieres, er det dessverre så altfor ofte slik at vedlikeholdsposten for kommunenes infrastruktur blir salderingsposten. Man kommer derfor inn i en negativ trend der en til slutt blir nødt til å ta en fullstendig og kostbar lånefinansiert rehabilitering av infrastrukturen eller bygge nytt.

Vedlikeholdsetterslepet i kommunesektoren, både for kommunenes ordinære infrastrukturmasse og innen VAR-sektoren, er i dag meget stort, og det er en fare for at dette fortsetter med en negativ utvikling dersom en ikke klarer å etablere en god nok forståelse for sammenhengen mellom investering i infrastrukturen og opprettholdelsen av verdien av denne.

Noen ganger kan det være ønskelig for en kommune å gå sammen med fylkeskommunen i spleiselag om etablering av en manglende parsell på en påtenkt del av fylkesvei. En slik medfinansiering kan også være som et krav fra fylkeskommunen for i det hele tatt å gå i gang med prosjektet. Ettersom dette er en fylkesvei, kan bare fylkeskommunen ta opp lån til utbyggingen som veieier, mens kommunen er tvunget til å belaste driftsbudsjettet ettersom det ikke er tillatt å lånefinansiere tiltak på annen eiers eiendom.

Fremskrittspartiet deler Riksrevisjonens kommentarer om at det er behov for tiltak som kan bidra til en mer bærekraftig gjeldsbelastning, slik at kommunene kan betjene gjelden på kort og lang sikt uten at det får konsekvenser for tjenestetilbudet for nåværende og framtidige innbyggere, og vi slutter opp om Riksrevisjonens forslag til tiltak.

Spesielt viktig er Riksrevisjonens siste punkt om å

vurdere om kommunelovens bestemmelser i tilstrekkelig grad bidrar til å sikre at kommunenes gjeldsbelastning er økonomisk bærekraftig.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [15:43:39]: Jeg vil takke Riksrevisjonen fordi de har gått inn på dette spørsmålet. Det er viktig, og det er betimelig å gjøre det. Det er en rapport som viser det som er en generell utvikling i Norge. Det er ikke bare kommunesektoren som har en utvikling med stadig økende gjeldsnivå, men det er generelt. Det er helt logisk at når rentenivået er så lavt og realinntekta og dermed også realskatten er så høy, blir en stimulert til å opp- tre på en – vil jeg si – unormal måte innenfor vår blandingsøkonomi. En blir inspirert til å leve på forskudd i en tid da en i historisk sammenheng har mer enn nok inntekter til å finansiere nåtida. Så vi er inne i en meget krevende situasjon som følge av at vi har fri kapitalbevegelse. Når en har fri kapitalbevegelse, og situasjonen i Norge er økonomisk sett helt annerledes enn det den er i landene rundt oss, kommer vi i den situasjonen at vi er nødt til å ha et rentenivå som er lavt for ikke å få en for høy krone, noe som setter i gang en lånefinansiert etterspørsel i Norge som er uforvarselig høy. Dette smitter også over på kommunesektoren.

Som Riksrevisjonen beskriver, vil en sårn utvikling kunne innebære framtidige faremomenter i form av redusert økonomisk handlefrihet for kommunene og tilsvarende da svekke fullgode velferdstjenester i framtida når – og jeg vil understreke det – rentenivået og realinntektsøkningen forandres.

Saksordføreren beskrev faktum i rapporten på en grei måte. Gjelda har økt fra 9 pst. av inntektene i 2006 til 30 pst. i 2013 når det gjelder kommunene, og det har skjedd i en tid da brutto driftsutgifter har økt med bare 54 pst., mens netto lånegjeld har økt med 97 pst.

Senterpartiet er med i en flertallsmerknad, hvor en påpeker at ordninger som rentekompensasjonsordninger og opptrappingsplaner der staten stimulerer til igangsetting av tiltak uten fullt ut å ta det økonomiske medansvar for videreføring av ordningene, er en utfordring. Jeg vil si at det er mye godt ved handlingsregelen, men dette er et eksempel på hvordan Stortinget manøvrerer innenfor handlingsregelen, hvor en går inn på sånne ordninger som på kort sikt døyver kommunenes kostander ved å sette i gang reformer, men den realøkonomiske effekten av sånne reformer som handlingsregelen skulle begrense, er der likevel. Så dette er et utslag av svakheter ved handlingsregelen, noe som sjølsagt alle er kjent med.

Saksordføreren sa også at avdragstida på lån har økt, og at kommunene blir stimulert til å skyve større deler av gjelda foran seg. Ja, det er jo det som er tidens tegn og tidens løsen. Det er generelt tidens løsen, det er ikke et spesielt verdikonservativt prinsipp, men det er vel et prinsipp som er knyttet til den økonomiske liberalismen som vi lever i – jeg drar det litt langt, men dog, det er den kulturen som vi her snakker om.

Det er en enstemmig komité som sier at det er en innbygd dynamikk for akkumulering av gjeld når kapitalkostnadene utgjør en så akseptert andel av inntektene.

Senterpartiet er også med på en merknad om Kommunal- og moderniseringsdepartementets ansvar, at de må forsøke å ha et overordnet ansvar med hensyn til det som flertallet i komiteen skriver om ukoordinerte statlige sektorinteresser med et iboende ønske om lov- og forskriftsreguleringer for å framtvinge minstenormer og standardkrav. Dette er et dilemma. Det er et veldig stort dilemma hva en skal forskriftsfeste, og hvilke minstenormer en skal ha. På en del områder er det nødvendig å ha det, men jeg tror nok det som ligger i merknaden fra flertallet her, er at en skal ha en større aktpågivenhet for å gjøre det. Så det skal være en særskilt evigvarende grunn for å gå inn på det. Det er ganske vesentlig at en gjør det, fordi en har veldig lett for at en rettighetsfester, forskriftsfester, ting fra Stortinget langt utover det som i sum og på lang sikt er riktig og nødvendig. Det er derfor viktig at Kommunaldepartementet koordinerer dette området.

Et annet område er gjeld, og det kan ikke ses uavhengig av hvilken realkapital som den som har tatt opp gjelda, har. Alle i komiteen er enige om at det skal være et klart skille mellom det at gjeld kan opptas til investeringer, og at drift skal dekkes av de løpende inntektene. Men det som vi ser utvikler seg, er at de løpende utgiftene i en del kommuner i stadig større grad er knyttet til betaling av leie for at kommunen kan bruke andres bygg og anlegg til å drive kommunal virksomhet i. På den måten skjules de reelle økonomiske forpliktelsene til kommunene. Vi kan ha kommuner som har en betydelig lånegjeld, men som eier sine bygg og sine anlegg. Så har vi kommuner som har en betydelig lånegjeld og i tillegg leier en betydelig del av sine bygg og anlegg, og da er jo bindinga og forpliktelsene enda mye større. Ut fra min erfaring ser det ut til å være sårn at Høyre-styrte kommuner har en større andel av leie av de bygg og anlegg som de trenger, og dermed er de økonomiske forpliktelsene større. En har en del Høyre-styrte kommuner som i stor grad lever på forskudd ved å gå inn på sånne konstellasjoner, og det er noe som det er vesentlig at departementet får synliggjort i de oversikter som de er nødt til å lage for å kunne følge med på situasjonen.

Ellers er det i innstillinga en gjennomgang av de budsjett- og regnskapssystemer som gjelder. Der vil jeg understreke at regnskapsprinsipper og regnskapssystemer i seg sjøl vil ikke bedre vedlikeholdet. Det er ikke regnskapssystemene som bedrer vedlikeholdet, det er politiske vedtak. Men det er ganske opplagt at regnskapssystemene og de kompletterende systemene som legges fram for kommunestyret, kan synliggjøre hvordan det går med vedlikeholdet, og på det området er det viktig at Kommunaldepartementet er mer offensiv, for vi ser ganske mange eksempler på at det knipes på vedlikeholdet med de konsekvensene at det blir et forfall som innebærer veldig store kostnader.

Jeg er derfor veldig glad for den merknaden fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV som sier at det er en feilslutning at forretningsregnskap med avskrivninger gir bedre vedlikehold i kommunal sektor, og at en gjennom en endring av regnskapssystemet skal få til dette. Nei, dette er et spørsmål om politisk holdning. Det er et spørsmål om å synliggjøre hva som er nødvendige bevilgninger hvert år til vedlikehold av realkapitalen, og på det området må en

gjøre mer for å få synliggjort at her er det et vedlikeholds-
etterslep som er betydelig i forhold til det som er løpende
drift i kommunene.

Helt til slutt vil jeg bare si til kommunalministeren at
det er viktig at departementet følger nøye med, med sta-
tistikk på gjeldsnivået i forhold til inntektene i kommune-
ne, men også at Kommunaldepartementet får opp oversik-
ter som viser eierskapet til bygg og anlegg som kommunal
aktivitet bruker. Kostnadene ved eksempelvis leiepriser for
kommunal aktivitet som ikke gjelder 100 pst. kommunalt
eide bygg, må fram for det vil gi den nødvendige helhet, og
her er det i ferd med å utvikle seg slik – som jeg har vært
inne på tidligere – i enkelte kommuner at det er så store
forpliktelser som ligger inne i leiepriser, at det må være
en del av det hele, og det er flere og flere fylkesoversikter
som viser et feilaktig bilde fordi realaktiva til kommunenes
gjeld er så forskjellig.

Statsråd Jan Tore Sanner [15:53:21]: La meg først si
at jeg mener det er bra at Riksrevisjonen tar opp spørsmålet
om gjeldsutviklingen i kommunesektoren, og det er viktig
at dette spørsmålet også diskuteres i Stortinget.

Jeg har lest både Riksrevisjonens vurderinger og kon-
trollkomiteens innstilling. Jeg merker meg de synspunk-
tene som er kommet, og deler langt på vei også de vur-
deringene som gjøres. Jeg er glad for at kontrollkomiteen
påpeker at det er ulike forhold som bidrar til økt gjeldsopp-
bygging i kommunene, og at her er det spørsmål som det
er særlig viktig at både regjering og storting vurderer.

Det er åpenbart at det er lokale forhold og lokale ulik-
heter som kan påvirke gjeldsgrad, men de forventninger,
de pålegg og de ulike stimuleringsordninger som vi etable-
rer nasjonalt, bidrar selvsagt også til å dra opp gjeldsnivået
i kommunene. Gjennom de senere år har det vært en sterk
oppmerksomhet rundt behovet for å bygge ut barnehager,
bygge nye skoler, bygge nye svømmebassenger og bygge
ut bedre dekning innenfor eldreomsorgen. Dette bidrar
selvsagt til at mange kommuner får mer gjeld.

Vi vet også at det er stor variasjon i gjeldsnivået mel-
lom kommunene, og det kan ikke utelukkes at enkelte
kommuner har såpass høy gjeld at en eventuell renteøk-
ning kan påvirke tjenestetilbudet, slik også Riksrevisjonen
påpeker. Det er imidlertid viktig også å legge vekt på at
dette ikke bare har med gjeldsgrad å gjøre, men også hva
kommunen har av rentebærende aktiva, i hvilken grad den
har bundet renten, hvor mye av tidligere års inntekter som
er satt til side, hvilke handlingsrom kommunen har i den
løpende driften, og hvilken befolknings- og inntektsvekst
som forventes i fremtiden, bare for å nevne noe.

Høyere gjeld gjenspeiler det høye investeringsnivået
som kommunen har hatt de siste årene. I mange tilfel-
ler kan økt gjeld være fornuftig og nødvendig for å bedre
tjenestetilbudet til innbyggerne eller bygge ut kapasiteten
i takt med befolkningsutviklingen og endringen i alders-
sammensetningen. Men det fjerner ikke det faktum, som
også kontrollkomiteen understreker, at kommunene må ha
kontroll over sin økonomiske situasjon, og at man heller
ikke må love mer enn det man kan bære over en lengre
periode.

Deler av kommunenes gjeld må også ses i lys av statli-
ge stimuleringsordninger for investeringer, slik som rente-
kompensasjonsordninger og investeringstilskudd, og re-
flektorer også en ønsket politikk fra statens side. Jeg er glad
for at dette også reflekteres og vurderes i kontrollkomite-
ens innstilling.

Kommunene ser ut til å greie å betjene renter og av-
drag på de lånene de har, på en god måte. Antall kom-
muner i økonomisk ubalanse som er registrert i ROBEK,
ligger på et lavt nivå sett i forhold til tidligere år, ca. 50
kommuner ved utgangen av mai 2015. Jeg vil også vise til
at det er om lag halvparten av kommunesektorens samle-
de gjeld på vel 400 mrd. kr som dekkes helt eller delvis av
andre, og ikke belaster kommunebudsjettene. Noe videre-
formidles til privatpersoner og selskaper, noe knytter seg
til rentekompensasjonsordningen for skoler og kirker, der
staten dekker renteutgiftene. Deler av kommunenes gjeld
reflekterer altså en ønsket politikk fra statens side, og noe
knytter seg til tjenester som finansieres gjennom gebyrer
fra innbyggerne, først og fremst knyttet til VAR-området.

Riksrevisjonens anbefalinger dreier seg om at departe-
mentet bør vurdere om regelverket og statens virkemidler
er tilstrekkelig for å sikre at kommunenes gjeldsnivå hol-
des på et bærekraftig nivå. Det er for tiden, som kontrollko-
miteen også viser til, en gjennomgang av kommuneloven.
Økonomibestemmelsene i kommuneloven, som Riksrevi-
sjonens anbefalinger berører, vil være en sentral del av
dette arbeidet. Dette vil bl.a. omfatte reglene for økono-
misk planlegging, budsjettering, utredning og rapportering
til kommunestyret, reglene rundt låneopptak, låneavdrag
og finansforvaltning og reglene for statlig kontroll og god-
kjenning av økonomiske forpliktelser – mange av de pro-
blemstillingene som også representanten Lundteigen og
representanten Gunvor Eldegard tok opp i sine innlegg. Jeg
mener at det vil være hensiktsmessig å avvente eventuel-
le tiltak til utvalget har slutført sitt arbeid. Innstilling fra
utvalget skal foreligge innen utgangen av inneværende år.

La meg helt til slutt vise til at kontrollkomiteen i sin
innstilling ber Kommunal- og moderniseringsdepartemen-
tet å videreformidle Riksrevisjonens synspunkter til utval-
get. Det vil vi selvsagt gjøre, og i tillegg vil vi selvsagt også
videreformidle de synspunkter som er fremkommet i kon-
trollkomiteens innstilling, slik at utvalget kan ta det med
seg i det videre arbeidet.

Martin Kolberg (A) [15:59:40] (komiteens leder):
Som det tydelig framgår, er det stor enighet i kontroll- og
konstitusjonskomiteen i denne saken, og jeg viser her til
både saksordføreren innlegg og representanten Eldegards
innlegg.

Jeg bare følte behov og lyst, har jeg lyst til å si, til
å komme med noen betraktninger. Det er helt riktig som
statsråden nå sa, og som vi sier i vår innstilling, at det
er mange ulike forhold som skaper den gjeldssituasjonen
som er i kommunene.

Det jeg tror er helt riktig å slå fast, på tvers av alle
partiskiller og på vegne av våre kolleger i kommunestyre-
ne, er at ingen tar opp lån som de ikke oppfatter er nød-
vendige. Det får meg til å tenke den tanken som jeg etter

hvert etter et langt politisk liv har opplevd mange ganger, og som også er på tvers av regjeringenes farge, at det er en grunnleggende uenighet mellom Kommune-Norge på den ene siden og staten, les Finansdepartementet, på den andre siden om hva som er behovet i kommunene for økonomisk støtte og overføringer fra staten. Den er konstant. Dette er et stort uløst spørsmål i norsk politikk og norsk økonomi og forvaltning at vi er i den situasjonen, og – igjen på tvers av partiskiller – at vi har en gjeldsbelastning i kommunene som i alle fall er på 200 mrd. kr hvis vi skal være snille – da er vi veldig snille. Da støtter jeg meg på det som statsråden nettopp sa når det gjaldt statens engasjement for resten.

Det er et stort tankekors. Det som det er lett for oss å si i denne salen, og som statsråden også sa, og det har jeg en liten merknad til, er at det allikevel er slik at kommunene har ansvar for å drive økonomisk forsvarlig. Det er det vanskelig å få våre kommunepolitikere til å akseptere som en grunnleggende premiss. Vi skal ikke gjøre annet i denne saken enn å kontrollere og bare ha en mening om hvorfor det er blitt sånn. Det pekes på i innstillingen, slik som det er vist til fra mange talere, men ikke desto mindre er det her problemet befinner seg. Det føler jeg meg overbevist om.

Det er ikke slik at noen kommuner ikke ønsker å imøtekomme det som er borgerens ønsker, eller det som blir pålagt dem etter vedtak i denne salen, men pengene er ikke der i tilstrekkelig grad. Det fører da til at en del kommuner gjør noen krumspring som jeg skulle ønske statsråden – jeg holdt på å si om han hadde overskudd og tid i dag – kunne kommentere, og det er følgende, som også representanten Lundteigen pekte på: En del kommuner ikke bare skyver gjelda foran seg, men de forsøker å skjule den. Jeg skal ikke navngi kommuner nå, men jeg kjenner kommuner, for å bruke et sånt uttrykk, som overfører vesentlige deler av sine lån til selskaper, som de riktignok er eiere av, men som allikevel ikke kommer inn i kommuneregnskapet – de trikser altså med det. Det gjør de fordi de ser at hvis de ikke gjør det, bryter de kommuneloven. Det er en utfordring som jeg mener at noen bør passe på at ikke får lov til å bre seg. Heller ikke dette er partipolitisk – jeg understreker det. Dette må ikke få lov til å bre seg, for da kan det skjule seg noe som vi vil møte med stor kraft senere. Representanten Tetzschner har rett i sitt grunnleggende syn: Til syvende og sist er det staten som sitter med ansvaret, selvsagt, for vi kan ikke slå kommunene konkurs. Det vet alle. Så der har Tetzschner helt rett. Derfor er det viktig at også den nåværende regjering er veldig oppmerksom på den utfordringen som ligger i at man forsøker å skjule utgiftene.

Det andre er også bevisste vedtak. Jeg har lyst til å slutte meg til det representanten Tetzschner sa på det punktet. Det er det som er knyttet til disse selskapene som man på en måte tar ut, og som skal finansieres av borgerne. Det er samme historien knyttet til det. De gjør det ikke av vrang vilje, statsråd – sagt gjennom presidenten – de gjør det fordi de blir tvunget til det, slik de føler det lokalt.

Jeg tror at hvis denne salen hadde vært full av ordførere nå, hadde de nikked alle sammen – alle sammen hadde nikked. Så kan man si, men det er unntakene, at noen ganger fatter kommunestyrene vedtak som de ikke burde fattet ut

fra et forsvarlig økonomisk synspunkt. Herfra til Drammen ligger kulturhusene som perler på en snor. Jeg er for kultur, men det er spørsmål om de behøver å ligge som perler på en snor! Det er jeg usikker på – særlig når lånemengden i en del av de kommunene faktisk nå er på 90 pst. av inntektene. Jeg bare sier jeg er usikker på det. Så kan jeg sikkert få kritikk for det etterpå, men det tåler jeg! Det er en del disposisjoner noen få ganger som bidrar til denne situasjonen som vi diskuterer i salen i dag – noen ganger er det det, men ikke alltid. Hovedbildet er slik som jeg sier.

Det vil bli en stor utfordring for alle regjeringer, for alle stortingsflertall i årene som kommer, å bidra til at vi får en bærekraftig økonomisk utvikling i våre kommuner. Vi vet ennå ikke helt hva pensjonsutgiftene vil komme til å representere. De kommer som regel veldig overraskende på de fleste flertall i denne salen – hva de faktisk betyr. De ligger der som en skjult utfordring. Når en rik kommune som Lier, som jeg bor i, vedtar å slutte å betale avdrag og bare betaler renter, forteller det litt om hvilken situasjon vi er i i mange kommuner. Det er alvorlig. Derfor er denne behandlingen her av stor betydning.

Det er bra at statsråden sier at han skal ta dette med seg videre til det utvalget som nå i særlig grad har ansvaret for det.

Statsråd Jan Tore Sanner [16:07:08]: Representanten Martin Kolberg lurte på om statsråden hadde overskudd og tid til å kommentere et par problemstillinger til. Jeg kan i hvert fall bekrefte at statsråden har overskudd.

Jeg setter pris på de paradoksene som representanten Martin Kolberg trekker opp når det gjelder forholdet mellom stat og kommuner. Det er helt åpenbart at både kommunalpolitikernes forventninger og innbyggernes forventninger overskrider de økonomiske rammene. Jeg må si at i det store er jeg imponert over kommunepolitikernes evne både til å prioritere og til å tenke langsiktig. Men det er helt åpenbart at vi som representerer det nasjonale plan, må være veldig oppmerksom på at de forventningene som vi skrur opp, skal kommunene betale. Hvis vi skrur opp forventningene høyere enn de rammene som vi gir kommunene, er det kommunene som får utfordringen. Jeg er glad for at denne diskusjonen tas opp. Det er viktig at den tas bredt med flere i alle partier, og at vi må være oppmerksom på at både forventninger og de krav og pålegg vi gir kommunene, også må finansieres i et langsiktig løp.

Det jeg derimot stusset litt over, var Martin Kolbergs formuleringer rundt kommuners ønsker om å skjule eller trikse bort gjeld. Det er det ikke anledning til.

Når det gjelder bruk av offentlig–privat samarbeid, har vi fått laget en gjennomgang av bruken av OPS, og det som er veldig tydelig fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, er at bruker man OPS, må man vite hva man gjør. Det krever en betydelig kompetanse i kommunen når man skal bestille fra leverandører ikke bare bygg, men også drift gjennom flere år.

OPS har noen utfordringer som man må være klar over, men det har også noen fordeler. Det at en utbygger ikke bare har ansvaret for å bygge, men også for å drifte langsiktig, gjør at man fremmer innovasjon og langsiktig tenk-

ning i prosjektet, og det gjør også at kommunen får en garanti for vedlikehold. Når vi ser på manglende vedlikehold på mange kommunale bygg, har det også noen åpenbare fordeler.

Men la meg bare helt kort sitere fra arbeidsgrupperapport Gjeldsutvikling i kommunesektoren, som ble utgitt i april 2015, hvor det nettopp er tatt opp spørsmålet om bruk av OPS og hvordan dette skal bokføres. Der står det:

«Langsiktige leieavtaler skal i henhold til regnskapsstandard fra Foreningen for god kommunal regnskapskikk klassifiseres som langsiktig gjeld i kommunens balanseregnskap, og de må utgiftsføres med en avdrags- og en rentekomponent i kommunens driftsregnskap.»

Regnskapsføringen er altså den samme som ved ordinære låneopptak, og inngår i langsiktig gjeld i kommunens balanseregnskap. Det betyr at også ved bruk av OPS skal dette føres som langsiktig gjeld.

Så er det helt åpenbart, som flere har påpekt, at det er viktig at lokalpolitikere får god informasjon og mulighet til å sette seg inn i gjeldsoppbygging og forpliktelser i et mer langsiktig perspektiv. Det er et av de spørsmålene som også vurderes i det utvalget som vi nå har i arbeid.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 10.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Før Stortinget går til votering, foreligger det en meddelelse fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe om at den innvilgede permisjonen for representanten Tor André *Johnsen* i tiden fra og med 4. juni til og med 8. juni endres til sykepermisjon fra og med 4. juni og inntil videre.

– Denne meddelelse tas til etterretning.

Vararepresentanten, Hege *Jensen*, foreslås fortsatt å møte i permisjonstiden. – Det anses vedtatt.

Vi går da til votering.

Votering i sak nr. 1

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om industriens rammevilkår.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

II

Dokument 8:28 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Line Henriette Hjemdal, Rigmor Andersen Eide, Geir Jørgen Bekkevold og Geir S. Toskedal om tiltak for å styrke norsk industri – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

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

- forslag nr. 1, fra Karianne O. Tung på vegne av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslagene nr. 2 og 3, fra Karianne O. Tung på vegne av Arbeiderpartiet

Forslag nr. 4, fra Arbeiderpartiet, er trukket.

Det votes over forslagene nr. 2 og 3, fra Arbeiderpartiet.

Forslag nr. 2 lyder.

«Stortinget ber regjeringen senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2016 legge frem en nasjonal strategi og finansieringsplan for persontilpasset medisin i Norge.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at strategien for persontilpasset medisin, i tråd med de faglige anbefalingene, inkluderer en satsing på utdanning og kompetanseutvikling, etablering av nasjonal, aidentifisert database over genetiske variasjoner, oppbygging av teknologi, teknologisamarbeid og nasjonale faglige nettverk.»

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet ble med 67 mot 35 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.21.17)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre pasienter, fastleger og annet helsepersonell lik tilgang på lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ulike kliniske studier i Norge.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støttes til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 64 mot 38 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.21.42)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:66 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiten og Ka-

rienne O. Tung om satsing på persontilpasset medisin i Norge – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten er det satt frem i alt to forslag. Det er forslagene nr. 1 og 2, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet og Venstre. Det votes over forslagene.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen tillate forsøk med hero-inassistert behandling for de aller tyngste brukerne som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen endre sprøyteromsforskriften slik at andre inntaksmåter enn injisering og andre stoffer enn heroin tillates.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet og Venstre ble med 60 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.22.46)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber regjeringen vurdere å gjøre Narkotika-program med domstolskontroll (ND-programmet) som i dag finnes i Oslo og Bergen, permanent, samt vurdere utvidelse til andre byer.

II

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en sammenstilling av bruken og erfaringer med henholdsvis Narkotikaprogram med domstolskontroll, rus-kontrakter i kommuner og politidistriktene, og bruken av konfliktråd i friomsorgen med tanke på videre utvikling av behandlingsrettede kontrakter som alternativ til tradisjonell soning for ruspasienter.

Presidenten: Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har også varslet støtte.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

III

Stortinget ber regjeringen, i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet, varslet høsten 2015, se nærme-re på tilbudene til de mest hjelpetrengende rusavhengige, og herunder vurderer ytterligere tiltak enn de som i dag eksisterer for å sikre lavterskeltilbud med medikamentell behandling der dette er formålstjenlig.

Presidenten: Kristelig Folkeparti har varslet at de vil stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 87 mot 9 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 16.23.27)

Videre var innstilt:

IV

Dokument 8:64 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om nye tiltak for en mer human rusomsorg – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten er det satt frem i alt 19 forslag. Det er:

- forslag nr. 1, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 2, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslagene nr. 3–7, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 8, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet
- forslagene nr. 9–19, fra Audun Lysbakken på vegne av Sosialistisk Venstreparti

Det votes over forslagene nr. 9–19, fra Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene finansierer utbygging av integrerte ettervernsprogrammer hos offentlige og ideelle tjenester.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at hver enkelt pasient får en oppfølger fra kommunehelsetjenesten som

følger pasienten gjennom forvern, behandling og ettervern.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjøre narkotikaprogrammet med domstolskontroll permanent og landsdekkende.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at bosted med oppfølging skal defineres som en del av behandlingsopplegget for rusmiddelavhengige, og at rusmiddelavhengige får botilbud i varige boliger.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at nødvendig regelverk og tillatelser kommer på plass slik at de medikamentene som er nødvendige for å sikre alle rusmiddelavhengige en fullgod behandling, blir tilgjengelig, også heroin der det gir best resultat.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som får i oppgave å gjennomgå og dokumentere effekten av dagens narkotikapolitikk.»

Forslag nr. 15 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å erstatte bøter og fengsel som straffereaksjon for bruk og besittelse av brukerdoser med reaksjoner som har bedre helse og rehabilitering som mål.»

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for å sikre at rehabiliteringsdelen av LAR blir ivaretatt på en fullgod måte for alle som deltar i programmet.»

Forslag nr. 17 lyder:

«Stortinget ber regjeringen gå igjennom tilgjengelige behandlingstilbud for å undersøke om mangfoldet i tilbud er stort nok.»

Forslag nr. 18 lyder:

«Stortinget ber regjeringen avvikle alle egenandeler for behandling av narkotikaavhengighet.»

Forslag nr. 19 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge fram forslag for å sikre at det etableres brukerrom i alle større byer, samt utvide åpningstidene ved slike tilbud og sørge for tilstrekkelig helsepersonell.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti ble med 97 mot 5 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.24.43)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 8, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i opptrappingsplan for rusfeltet styrke kommunenes mulighet til å prioritere rusomsorg og -behandling, gjennomgå LAR-ordningen og bedre kvaliteten i LAR-tilbudet og sikre et mang-

fold av behandlingstilbud, inkludert lavterskeltiltak og et styrket ettervern.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 94 mot 8 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.25.06)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 3–7, fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre forsvarlig og faglig fundert behandling av søknader om forsøksordninger og nye behandlingsformer i rushelsetjenesten.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om å legge til rette for at rusmiddelavhengige kan røyke heroin i det som i dag kalles sprøyterom.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at rusmiddelavhengige får informasjon om at det er mindre skadelig å røyke heroin enn å injisere, og at det tilrettelegges for dette gjennom eksempelvis utdeling av brukerstyr og nødvendig veiledning.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber regjeringen bidra til å finansiere lavterskel, frivillig hjelpearbeid i rusmiljøene, for eksempel utdeling av trygt brukerstyr og askorbinsyre.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre langsiktig støtte til gatenære rustiltak som skaper trygghet og bedre helse for rusmiddelavhengige.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 64 mot 38 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.25.33)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 2, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i opptrappingsplanen for rusfeltet vurdere bruken av egenandeler på området rus og psykisk helse, og fremme forslag til en ramme for avvikling av egenandeler for de tyngste rusavhengige.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 61 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.25.56)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i opptrappingsplan for rusfeltet sikre at ruskontrakter som reaksjonsform kan videreutvikles og tilbys personer med rusproblemer over hele landet, som alternativ til påtale og anmerking i strafferegisteret.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 58 mot 44 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 16.26.19)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:70 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Karin Andersen og Bård Vegar Solhjell om en kunnskapsbasert og menneskelig narkotikapolitikk – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 5

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

l o v
om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
(dekning av utgifter til pasientreiser)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-6 skal lyde:

§ 2-6. *Dekning av utgifter til pasientreiser*

Pasienten og ledsageren har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven eller som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familievernkantor og helsestasjon. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven.

Stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste

stedet der helsetjenesten kan gis, når ikke annet følger av forskrift gitt i medhold av femte ledd.

Ved beregning av stønaden skal en sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasienten eller ledsageren har hatt faktiske utgifter. Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer én vei, skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn. Gjør pasientens helsetilstand det nødvendig å bruke drosje eller bil, eller går det ikke rutegående transport, skal nødvendige faktiske utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved å bruke bil legges til grunn.

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller tilbud om gratis offentlig transport. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter til andre steder enn det geografisk nærmeste stedet, egenbetaling, minste reiseavstand, kjøregodtgjørelse, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlige tilfeller, utbetaling av refusjon og frister for fremsetting av krav.

Ny § 2-6 a skal lyde:

§ 2-6 a. *Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling*

Er stønad etter § 2-6 utbetalt til noen som ikke hadde krav på den, kan stønaden kreves tilbake dersom mottakeren eller noen som opptrådte på vegne av mottakeren, forsto eller burde ha forstått at utbetalingen skyldtes en feil. Det samme gjelder dersom vedkommende har forårsaket utbetalingen ved forsettlig eller uaktsomt å gi feilaktige eller mangelfulle opplysninger.

Krav etter første ledd skal rettes mot mottakeren av feilutbetalingen. Dekkes ikke kravet hos mottakeren, kan det rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har utvist forsett eller uaktsomhet etter første ledd.

Det skal settes fram krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd, med mindre særlige grunner taler mot det. Det legges blant annet vekt på graden av uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen og om feilen helt eller delvis kan tilskrives et regionalt helseforetak eller en underliggende virksomhet. Tilbakebetalingskravet kan settes til en del av det feilutbetalte beløpet. Har den som kravet retter seg mot opptrådt forsettlig, skal krav alltid fremmes, og beløpet kan ikke settes ned.

Feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro, kan kreves tilbake, begrenset til det beløpet som er i behold når mottakeren blir kjent med feilen. Ved vurderingen av om dette beløpet helt eller delvis skal kreves tilbake, legges det blant annet vekt på størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden feilutbetalingen og om mottakeren har innrettet seg i tillit til den.

Vedtaket om tilbakekreving etter denne paragrafen er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved trekk i senere dekning av utgifter etter § 2-6 med forskrifter, eller

inndrives etter reglene i lov 11. januar 2013 nr. 3 om Statens innkrevingsentral. Krav inndrives av Statens innkrevingsentral, med mindre departementet bestemmer noe annet.

Ved tilbakekreving etter første og andre ledd på grunnlag av forsett eller grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløpet som kreves tilbake.

§ 2-7 første ledd skal lyde:

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder for vedtak som treffes etter § 2-6 a, men ikke for andre vedtak etter kapitlet her.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid. Kongen kan sette i kraft loven til ulik tid i forskjellige områder.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli satt opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 6

Presidenten: Under debatten er det satt fram ett forslag, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme egen sak for Stortinget om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsetjenestene, før en ny ordning trer i kraft.»

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 59 mot 43 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 16.27.46)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

lov om endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 12 tredje ledd skal lyde:

Ved anmodning om rusprøve fra politiet, ved vilkår for påtaleunntatelse, fra kriminalomsorgen, ved vilkår for betinget dom, og fra ungdomsordinator, ved gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging, skal lege, sykepleier, *helsesekretær* og bioingeniør ta blodprøve eller lignende rusprøve av personer som var under 18 år på handlingstidspunktet. Plikten inntreer når personen møter opp til prøvetaking

§ 12 fjerde ledd innledningen skal lyde:

Lege, sykepleier, *helsesekretær* eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første til tredje ledd av:

§ 46 oppheves.

§ 51 skal lyde:

§ 51. *Spesialistutdanning*

Departementet kan gi forskrifter om *spesialistutdanning* for autorisert helsepersonell og *godkjenning* av *spesialister*. Det kan blant annet gis bestemmelser om

- utdanningens innhold og lengde*
- utdanningsinstitusjonene, inkludert godkjenning av utdanningsinstitusjoner*
- organisering av utdanningsstillinger*
- at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

II

I lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. oppheves § 1 tredje ledd andre punktum.

III

Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i kraft til forskjellig tid.

Presidenten: Det voteres først over I, § 51.

Senterpartiet har varslet at de vil stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 92 mot 6 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 16.28.16)

Presidenten: Det voteres så over resten av I, II og III.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli satt opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

I sakene nr. 7 og 8 foreligger det ikke noe voterings-tema.

Votering i sak nr. 9

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt vedtak til

L o v

om endringer i forurensningsloven (Tilsyn med kommunens plikter etter forurensningsloven § 32 a)

I

I lov 13. mars 1981 nr. 6 om vern mot forurensninger og om avfall gjøres følgende endringer:

§ 48 a første ledd skal lyde:

Fylkesmannen kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av §§ 9, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32 a, 33, 34, 35, 37, 43, 44, 46, 47, 48 og 81.

II

Loven trer i kraft straks.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli satt opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 10

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 3:5 (2014–2015) – Riksrevisjonens undersøkelse av kommunenes låneoptak og gjeldsbelastning – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Sak nr. 11 [16:29:35]

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat. Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 16.30.
