

Møte onsdag den 18. mai 2016 kl. 12

President: Ole mic Thom messen

Dagsorden (nr. 76):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Marianne Aasen, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen og Line Kysnes Venesland om et løft for norske biobanker (Innst. 250 S (2015–2016), jf. Dokument 8:24 S (2015–2016))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Guri Melby og Sveinung Rotevatn om heving av alkoholgrensen for øl som selges i dagligvareforretninger (Innst. 253 S (2015–2016), jf. Dokument 8:27 S (2015–2016))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å la Tinn kommune overta Rjukan sykehus vederlagsfritt (Innst. 251 S (2015–2016), jf. Dokument 8:33 S (2015–2016))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Heidi Greni om å sikre rehabilitering og fysisk trening i sykehjem (Innst. 252 S (2015–2016), jf. Dokument 8:34 S (2015–2016))
5. Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren:

«Da Stortinget vedtok Nasjonal helse- og sykehusplan, var en samlet komité enig om at det må stilles høyere og nye krav til ledelse i fremtidens helsetjenester. I innstillingen viste komiteen til at sykehusene ikke lar seg fjernstyre og at det er behov for stedlig ledelse av sykehusene. Stortinget vedtok at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved sykehus. Komiteen understreket i innstillingen behovet for at ledere må kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøer best mulig. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring kan fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen. I ettertid er det likevel reist tvil om hva Stortinget la i begrepet stedlig ledelse.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre ny og bedre ledelse av norske sykehus, og hvordan vil statsråden følge opp Stortingets vedtak om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus?»
6. Interpellasjon fra representanten Ingvild Kjerkol til helse- og omsorgsministeren:

«Persontilpasset medisin gir mer målrettede behandlinger, og er allerede tatt i bruk på enkelte områder. Feltet blir i stor grad drevet av forskning og teknologiutvikling, og foreløpig aner vi bare konturene av omfanget. For å utnytte de nye behandlingsprinsippene til det beste for pasientene, er det nødvendig med et betydelig løft og en koordinert nasjonal satsing. Dette er helt nødvendig grep for å bevare folks tillit til at den offentlige helsetjenesten tilbyr den beste behandlingen. Det er bred politisk enighet om at denne type medisin vil få stadig større betydning. Den nylig fremlagte strategien er derfor skuffende lesning. Det følger ingen økonomisk satsing med strategien, og medlemmene i referansegruppen mener selv at strategien burde vært mer ambisiøs.

Hva er statsrådens ambisjoner på Norges og pasientenes vegne i dette arbeidet, og hva vil han gjøre for å møte den kritikken som har framkommet?»
7. Stortingets vedtak til lov om endringer i kirkeloven (omdanning av Den norske kirke til eget rettssubjekt m.m.) (Lovvedtak 56 (2015–2016), jf. Innst. 256 L (2015–2016 og Prop. 55 L (2015–2016))
8. Stortingets vedtak til lov om endringer i utlendingsloven (bortvisning av hensyn til grunnleggende nasjonale interesser eller utenrikspolitiske hensyn m.m.) (Lovvedtak 57 (2015–2016), jf. Innst. 247 L (2015–2016 og Prop. 58 L (2015–2016))
9. Stortingets vedtak til lov om endringer i reindriften mv. (reingjerde mot Finland m.m.) (Lovvedtak 58 (2015–2016), jf. Innst. 234 L (2015–2016 og Prop. 50 L (2015–2016))
10. Stortingets vedtak til lov om endringer i lov om offentlig støtte m.m. (opprettelse av nasjonalt register for offentlig støtte) (Lovvedtak 59 (2015–2016), jf. Innst. 235 L (2015–2016 og Prop. 57 L (2015–2016))
11. Stortingets vedtak til lov om endringer i lov om Innovasjon Norge (ansvarsforhold og forvaltning) (Lovvedtak 60 (2015–2016), jf. Innst. 255 L (2015–2016 og Prop. 66 L (2015–2016))
12. Stortingets vedtak til lov om endringer i straffeloven og straffeprosessloven (personforfølgelse, forberedelse til tvangsekteskap mv.) (Lovvedtak 61 (2015–2016), jf. Innst. 211 L (2015–2016 og Prop. 42 L (2015–2016))
13. Stortingets vedtak til lov om endringer i straffeloven mv. (militær virksomhet i væpnet konflikt m.m.) (Lovvedtak 62 (2015–2016), jf. Innst. 219 L (2015–2016 og Prop. 44 L (2015–2016))
14. Stortingets vedtak til lov om endringer i politiloven (utnevning av visepolitimestere på åremål) (Lovvedtak 63 (2015–2016), jf. Innst. 258 L (2015–2016 og Prop. 60 L (2015–2016))
15. Stortingets vedtak til lov om endringer i forvaltningsloven mv. (administrative sanksjoner mv.) (Lovvedtak 64 (2015–2016), jf. Innst. 243 L (2015–2016 og Prop. 62 L (2015–2016))
16. Stortingets vedtak til lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk) (Lovvedtak 65 (2015–2016), jf. Innst. 230 L (2015–2016 og Prop. 65 L (2015–2016))
17. Stortingets vedtak til lov om informasjonstilgang m.m. for Barnevoldsutvalget (Lovvedtak 66 (2015–2016), jf. Innst. 265 L (2015–2016 og Prop. 87 L (2015–2016))
18. Referat

Presidenten: Representantene Ingebjørg Amanda Godskesen, Anne Tingelstad Wøien, Mazyar Keshvari og Liv Signe Navarsete, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Følgende innkalte vararepresentanter tar nå sete:

- For Akershus fylke: Are Helseth og Anne Odenmarck
- For Rogaland fylke: Per Kåre Foss
- For Østfold fylke: Wenche Olsen

Fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe foreligger søknad om at den innvilgede permisjon for representanten Gunvor Eldegard forlenges til å gjelde til og med den 20. mai.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, Are Helseth, fortsetter å møte i permisjonstiden.

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

Sak n r. 1 [12:01:27]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Marianne Aasen, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen og Line Kysnes Vennesland om et løft for norske biobanker (Innst. 250 S (2015–2016, jf. Dokument 8:24 S (2015–016))

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.

Ketil Kjenseth (V) [12:02:25] (ordfører for saken): Først vil jeg rette en takk til forslagsstillerne fra Arbeiderpartiet for et viktig initiativ, dernest til komiteen for godt samarbeid og bred enighet. En særlig takk til representantene Stensland og Kjerkol, som har vært nøkkelpersoner for å komme fram til en god kombinasjon av bred enighet og litt utålmodighet knyttet til videre framdrift.

Tenk deg det mikrosekundet i verdenshistorien når oljeprisen raser og datalagringsdirektivet skrotes omtrent samtidig – og i årene etterpå er verden på vei fra sju til ni milliarder mennesker. Dette kan være tidspunktet da det virkelig er verdt å slå døra på vidt gap mot verden, rope hipp, hipp hurra og seriøst vurdere om tida er inne for det rosa industriskiftet i Norge.

På vei inn i salen i dag måtte jeg ta en sving innom Eidsvollgalleriet – om ikke for å få føling i fjæra, så treng-

te jeg litt åndelig inspirasjon fra mitt politiske ideal Gunnar Knudsen. Hva ville han gjort i dette øyeblikk – som kan sammenlignes litt med da han og Johan Castberg utmeislet konsesjonslovene for litt over 100 år siden og begynte å kjøpe opp fosser i statlig regi? Som ingeniør, skipsreder og industribygger hadde Knudsen et stort vidsyn, samtidig som han var en handlingens mann. Det var elektrifiseringen av industrien og nasjonen som var Knudsens store prosjekt.

De neste årene står vi foran en genteknologisk revolusjon hvor persontilpasset medisin bare kommer til å bli en liten del av utkommet. Samtidig blir nettopp det en storstilt industriell revolusjon og en storstilt helsemessig gevinst – på veien til å glede ni milliarder mennesker, kanskje innen 2050. Knudsen ga meg et skarpt blick og et tydelig svar: Sett i gang! Men det må så klart være med et forbehold om en statlig involvering, en slags konsesjon.

Norge har et av verdens beste helsevesen. Vi har stor progresjon i forskerutdanning og doktorgradsstipendiater innen helserelaterte fag. Vi har fått vår første nobelpris i medisin med Moser ved NTNU. Universitetet i Oslo satser storstilt på livsvitenskap, og Oslo Cancer Cluster er en ledende helseklynge på et viktig innsatsområde – kreftforskning og -behandling. I tillegg er Center for Cyber and Information Security ved NTNU på Gjøvik i ferd med å bygge seg opp til et av Europas ledende sentre innen data-sikkerhet og personvern – og nå har vi koblet på helse der. Posisjonen og tidspunktet er glimrende. Men tidsvinduet er kort for denne eventyrlige muligheten for Norge. Komiteen var på besøk i London i vinter og fikk se hvordan britene satser på Genomics England og velferdsteknologi. Danmark og Sverige tilpasser seg også raskt med lignende modeller. Det haster for Norge å organisere oss – og å prioritere.

Litt av utfordringen er at det er mange aktører: universiteter, sykehus, Folkehelseinstituttet, Forskningsrådet, Biobank Norge – det er mange som føler de har en aksje i dette. Det er mest av alt bra, men egen prestisje og råderett må legges til side fra mange aktører dersom vi skal få til en bærekraftig modell. Staten må derfor selv ta ledertrøya overfor egne aktører og skape en klok modell for et offentlig–privat samarbeid hvor privat helseindustri og forskere fra andre land også skal ha en plass.

Vi ser en legemiddel- og helseindustri som er i endring – fra lavkostjakt på produksjon til å tenke langsiktig og bærekraftig. Et av Norges store fortrinn er en stabil samfunnsstruktur og internasjonalt sett et relativt moderat lønnsnivå for hjernekraft.

Industrielt samarbeid basert på norske biobanker og helseregistre må ivareta krav til personvern og etisk regelverk og kunne garantere sikker lagring av biologisk materiale og resultater fra analysene. Tillit fra innbyggerne og mellom aktørene er helt sentralt for å lykkes med en slik satsing.

Datalagringsdirektivet er trukket – og godt er det. EU selv er på trappene med nye direktiver, som er mer på innbyggernes premisser når det gjelder eierskap til data. Et av disse – Protection of Personal data – skal implementeres i Norge allerede fra 2018. Så også her er det

et kort tidsvindu med tanke på tilpasning og å være i front.

På dette området har vi gode forutsetninger for å lykkes: et godt helsevesen, fremragende forskningsmiljøer, attraktive næringsklynger og unike data fra helseregistre, biobanker og store helseundersøkelser.

Gevinstene for pasientene og samfunnet er mange. Økt bruk av presisjonsmedisin vil kunne revolusjonere medisinsk behandling, og helsetjenesten vil kunne spare mye penger ved å unngå dyr overbehandling uten effekt.

I tillegg til å etablere en infrastruktur for et trygt og etisk forsvarlig samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører – som forslaget legger opp til – bør vi også etablere en strategi for hvordan Norge kan lykkes i å posisjonere seg som en global kunnskapshub for utvikling av framtidens presisjonsmedisin.

Norge er et av få land som har evnet å utvikle en modell for helseklynger. Oslo Cancer Cluster er eksponenten for dette. Men både rundt Bergen, Trondheim og Tromsø ser vi helseklynger i utvikling. Dette må vi også evne å finne politiske bidrag til, i en tid hvor Oslo Cancer Cluster «går ut på dato» i Arena-programmet i 2017. Det er mange viktige beslutninger som venter oss de neste par årene, med tanke på et rosa skifte i norsk helseindustri.

Ingvild Kjerkol (A) [12:07:52]: Jeg vil slutte meg til saksordførerens entusiasme, særlig det med å rope hipp, hipp hurra – kanskje en dag på etterskudd, men jeg håper man kan se stort på det, for medisinsk utvikling, bedre pasientbehandling og det å lage en stadig mer treffsikker helsetjeneste kommer ikke av seg selv. Det krever at vi hele tiden utvikler ny kunnskap gjennom bedre praksis og gjennom forskning. Arbeiderpartiet ønsker selvsagt at resultatene av forskningen skal bidra til bedre helse i befolkningen både på kort og ikke minst på lang sikt.

Det ligger store muligheter i Norges enhetlige helsetjeneste, i våre populasjonsstudier som har gått over mange år, i de biobankene som er bygget opp, og i helseregisterdata – muligheter langt utover landets grenser, som saksordføreren entusiastisk broderer ut om. En enstemmig komité ønsker å løfte dette som en satsing, og det gjør meg glad. Jeg føler nesten at jeg har bursdag i dag. Dette er politikk på sitt beste. Arbeidet med dette forslaget kan best beskrives som konstruktivt, og jeg vil berømme alle partiene for en god, åpen og fordomsfri behandling. Særlig regjeringspartiene har møtt dette initiativet fra Stortinget offensivt og konstruktivt, og det lover godt for fortsettelsen. Det er et forslag som også ble godt mottatt av samtlige som deltok på komiteens høring.

Materialet fra våre biobanker, både populasjonsbaserte og kliniske biobanker, og dataene i våre mange helseregistre benyttes i all hovedsak til helseforskning av universiteter, høyskoler og innenfor helsetjenesten. Hvis materialet også skal brukes til utvikling av bedre diagnostiske tester og nye og bedre medisiner, er det nødvendig med forskningssamarbeid med industrien. Det er fordi det er industrien som i all hovedsak utvikler, produserer og selger sånne produkter til helsetjenesten vår. Mange har omtalt våre

biobanker og helseregistre som den nye oljen. Offentlige myndigheter, mange politikere, forskere og deltagere i medisinske studier har pekt på at det her er muligheter som Norge som nasjon bør utnytte. Derfor har mange også sett på hvordan et sånt samarbeid kan foregå på en god og etisk forsvarlig måte. Rammene for å få til dette i dag er dessverre litt for lite effektive, og det krever mye administrasjon og regeletterforskning – som ligger på hver enkelt forsker. Vi mener at vi må gjøre disse dataene tilgjengelige gjennom en nasjonal infrastruktur og et lovverk man kan manøvrere i på en etisk forsvarlig og effektiv måte. Det enestående materialet som finnes i norske biobanker, er gjenstand for betydelig interesse både fra forskningsmiljøene og fra næringsliv og industri. For å ivareta tilliten i befolkningen til å avgi data til forskning er det viktig å ha formelt korrekte forhold og full åpenhet omkring samarbeid mellom forskere på universitetene og i industrien. For å unngå at enkeltforskere blir kontaktet og innleder direkte samarbeid med kommersielle virksomheter, bør man utvikle en enhetlig nasjonal modell for den type samarbeid.

Når politikken ønsker å ha med industrien på en satsing, er det alltid to ting som er viktig: Det ene er forutsigbarhet, og med en enstemmig komité vil jeg si at Stortinget legger til rette for forutsigbarhet i dag. Det andre er langsiktighet. Jeg håper regjeringen følger opp dette med å etablere en enhetlig modell for samarbeid med industrien, sånn at den forutsigbarheten som nå er skapt, også gir langsiktighet nok til at industrien investerer i forskning basert på norske biobanker og helseregistre. Som avslutning vil jeg også si hipp, hipp hurra, sånn som saksordføreren gjorde.

Sveinung Stensland (H) [12:12:58]: Førrige taler nevnte at hun følte hun nesten hadde bursdag i dag. Så vidt jeg vet, har hun bursdag i dag – så er det sagt! Men det var jo en god gave å få på plass denne saken, med så bred enighet.

Det var ikke vanskelig for oss i regjeringspartiene å bli enig med forslagsstillerne her, for dette støtter veldig godt opp om vår politikk. Så langt er dette et godt bidrag på veien til å få gjennomført mye av det som står i regjeringserklæringen om disse temaene. Så dette er bra. Samtidig er utålmodigheten også til stede fra vår side, bl.a. med hensyn til hvordan vi skal gjennomføre de tiltakene som står i HelseOmsorg21.

Jeg vil takke både saksordføreren og forslagsstillerne for en god prosess og en smidig og raus runde i komiteen. Det kunne vi sikkert trengt mer av for å få tiden til å gå litt fortere i komitémøtene innimellom.

Når det er sagt, er det ikke slik at vi bare kan slippe dette løs. Det er en grunn til at det i dag er hindringer når det gjelder registerforskning og bruk av disse dataene. Det er personvern – som representanten Kjenseth var inne på – som er sentralt her. Det er en stor verdi for Norge at vi har så gode helseregistre. Den verdien kan vi ikke bare gi bort. Det er ut fra hensynet til våre borgere at det ikke skal være for stor åpenhet om den enkeltes helsetilstand og være lett å dukke ned i det. Derfor er det for Høyre fortsatt viktig at personvern grensene ivaretas strengt.

Dette er ikke et frislipp, men vi ønsker en opprydding, slik at en ikke har unødvendige hindre for å få gode, kommersielle prosjekter ut av disse databasene.

Det som skiller Norge fra mange andre land, er at vi har så gode helseregistre. En annen ting: Et annet land, USA, har ikke engang personnummer. Det er lett for oss å finne data og anonymisere data, men det er helt åpenbart at de endringene vi gjorde i helseregisterloven og pasientjournalloven for to år siden, ikke var nok til å tilfredsstille kravene til denne type forskning. Så dette er et viktig skritt på veien videre for å legge til rette for en ny utvikling i en viktig næring for Norge, nemlig helsenæringen.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [12:15:49] (komiteens leder): Norske biobanker er viktige for norske forskningsmiljøer, sammen med gode helseregisterdata. Det er en svært samlet komité som mener nettopp dette, og komiteen er stolt over at Norges forskningsråd konkluderer med at flere norske forskningsmiljøer er verdensledende, og at biobankmaterialet som i dag finnes i norske biobanker, er gjenstand for betydelig interesse både fra forskningsmiljøer, næringsliv og industri.

Komiteen er også enig om at vi bør utnytte dette fortrinnet, og helseministeren har i brev til komiteen av 21. januar uttrykt det samme.

Det blir ikke så mye debatt når enigheten er så stor, og det kan kanskje fort bli litt mange gjentakelser, men jeg velger likevel å kommentere litt på hvor vi står.

Først har vi forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21, fra forskning til innovasjon og kommersialisering. I den forbindelse er det satt ned et råd som vil arbeide med oppfølgingen av denne. Her vil vi få et tettere samarbeid mellom offentlige og private aktører innenfor helse og omsorg, hvor det offentlige skal være en pådriver for og aktiv bruker av innovasjon.

I 2015 la regjeringen frem handlingsplanen for oppfølging av denne strategien, hvor bl.a. det å utvikle helsedata som nasjonalt fortrinn var ett av punktene.

Videre har vi etablert Direktoratet for e-helse, som bl.a. vil sørge for nasjonal styring, koordinering og forbedring av kommunikasjonen mellom helseaktørene. Og videre er det satt i gang et større arbeid for å modernisere og sentralisere nasjonale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

En ny helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015, og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med å revidere forskriftene til loven, der ytterligere forenklinger vil bli vurdert.

Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg startet et arbeid med å forskriftsregulere befolkningsbaserte helseundersøkelser og medisinske kvalitetsregistre, som i dag har tidsbegrensede konsesjoner fra Datatilsynet.

Jeg er i grunnen glad for at jeg ikke trenger å ha alle disse tingene inne i hodet – jeg synes det er vanskelig og krevende å holde styr på alt som skjer. Men det viser at vi går en vei fremover.

Komiteen støtter at det arbeides for at biobankmateriale kobles sammen med helseregisterdata, såfremt den enkeltes personvern er ivaretatt og behov for samtykke er

avklart. Dette siste er et svært viktig punkt for oss i Fremskrittspartiet.

Dette området har et ubrukt potensial som et næringspolitisk satsingsområde. Det er verdt å merke seg at biobanker og helseregistre er viktig for utviklingen av persontilpasset medisin, som jeg håper og tror vil være fremtidens måte å behandle mange pasienter på.

Vi har de siste årene sett hvordan persontilpasset medisin kan forandre måten vi behandler en rekke sykdommer på, og det blir utrolig spennende å følge denne utviklingen.

Innovasjonsperspektivet har kommet klarere til uttrykk i universitetenes og forskningsinstituttene virksomhet, og gjennom tydeligere politiske føringer og med en offentlig og nasjonalt koordinert satsing.

Komiteen ønsker et bedre lovverk som legger godt til rette for at helseregistre og biobanker kan brukes mer effektivt i forskning, men uten at kravet til personvern senkes.

Det er positivt at norske aktører samles om en felles plan, og komiteen anmoder derfor regjeringen om å ta initiativ til et møte mellom aktuelle aktører for å drøfte interesse, behov og muligheter.

Samtidig er det avgjørende at tilliten til helseregistrene og biobankene ikke svekkes. HelseOmsorg21-rådets forslag om å vurdere etablering av et offentlig biobankselskap følges opp av en samlet komité, som fremmer forslag om at regjeringen utreder modeller og infrastruktur for et samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører.

Kjersti Toppe (Sp) [12:20:13]: Senterpartiet står òg bak forslaget om å utgreia modellar og ein infrastruktur for eit trygt og etisk forsvarleg samarbeid mellom norske offentlege biobankar, helseregistre og industrielle aktørar. Noreg har eit eineståande biobankmateriale, og vi ser at dette òg er veldig interessant for både forskingsmiljø, næringsliv og industri. Det er sånn i dag at helsa til den norske befolkninga kan følgjast i nasjonale registre av både god og internasjonalt anerkjent kvalitet, og vi er einige med forslagsstillarane i at Noreg ikkje berre skal verta ein passiv leverandør av befolkningsbaserte data frå desse epidemiologiske registra og biobankane, men at ein òg vert ein aktiv og høgkompetent samarbeidspartnar, som det står i forslaget.

I denne innstillinga er komiteen svært samrøystes, og det er veldig positivt. Det er éin merknad Kristeleg Folkeparti og Senterpartiet står aleine om, og det synest eg er beklageleg, for det hadde gjort seg at komiteen torde å vera tydelegare på dei etiske utfordringane, og særleg sidan dette faktisk òg står omtalt i forslaget.

Det som står frå ein samla komité, er at det er viktig med gode lover og forskrifter som regulerer bruken av og eigarskapet til biologisk materiale, anten det vert brukt til forskning og/eller kommersiell verksemd innan dette området.

Det Senterpartiet, saman med Kristeleg Folkeparti, har fokusert på i innstillinga, er å visa til at samarbeidet mellom offentlig finansierte forskingsmiljø og den farmasøytiske industrien utløysar viktige etiske spørsmål rundt

kven som skal eiga dataa og bruka dei, og kva avgivaren sjølv skal få vita og kunna reservera seg mot. Vi viser til den arbeidsgruppa som er omtalt i representantforslaget, og som vart nedsett av Noregs forskingsråd i 2008, som utgreier nettopp dei etiske, juridiske og politiske føresetnadene for næringsutvikling og kommersiell utnytting av norske humane biobankar. Dei slo fast at det er den som avgir biologisk materiale, som vert rekna som eigar, og som kan treffa bindande avgjerder om korleis materialet skal kunna brukast. Lova opnar for at mottakaren av biologisk materiale kan driva kommersiell verksemd dersom materialet er skaffa på ein etisk forsvarleg og lovleg måte, og avgivaren har gitt nødvendig samtykke.

Så er vi einig med forslagsstillarane i at eigarstruktur for eit kommersialiseringselskap er vesentleg, og at tillit er eit avgjerande nøkkelord. Det er òg viktig at ein har eit syn på eigedomsrett og disposisjonsrett av biologisk materiale som er i tråd med folks rettsoppfatning.

Befolkninga i Noreg har tradisjonelt vist stor vilje til å delta i store helseundersøkingar – eigentleg ein imponerende stor vilje. Det er heilt avgjerande for å lykkast med det vi no vedtar, at ein klarer å ta vare på den tilliten for å få til eit løft for norske biobankar i framtida.

I formålet til biobanklova, som fleirtalet ikkje ville ha ein merknad om, men som eg synest er viktig, står det at innsamling, oppbevaring, behandling og destruksjon av materiale som inngår i ein biobank, skal skje på ein etisk forsvarleg måte, og at biobankar skal nyttast til individets og samfunnets beste.

Vi understrekar òg i innstillinga, til det som står om formålet til biobanklova, at innsamling skal skje i samsvar med grunnleggjande personvernomsyn, i samsvar med prinsipp for respekt for menneskeverd og personleg integritet og utan diskriminering av menneske som det biologiske materialet stammar frå. Det som eg seier no, er ikkje noko nytt, det er allereie formålet til biobanklova, men som sagt synest eg det er ei svakheit i innstillinga i dag at ikkje ein samla komité òg kunne ha vore med og understreka akkurat dette.

Statsråd Bent Høie [12:25:38]: Jeg er glad for at en enstemmig komité stiller seg bak dette representantforslaget, og vil benytte anledningen til å gratulere representanten Kjerkol med dagen og med en innstilling som jeg tror representanten er veldig fornøyd med.

Vi investerer store offentlige ressurser i biobanker, befolkningsundersøkelser og helseregistre, men det er fortsatt mulig å få mer ut av investeringene. Det gjelder utvikling av bedre tjenester, kvalitet, kunnskap og også næringsutvikling og arbeidsplasser.

Jeg er også fornøyd med at komiteen viser til mye av det arbeidet regjeringen allerede har satt i gang på dette feltet. Etableringen av Direktoratet for e-helse skal bidra til å utvikle en felles standard, der en også sørger for nasjonal styring og koordinering.

Ny helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015. Nå arbeider vi med nye forskrifter, bl.a. om befolkningsundersøkelser og kvalitetsregistre, som vil gi betydelige forenklinger. Det er satt av 30 mill. kr til å etablere et kommunalt

pasient- og brukerregister, og lovforslaget om etablering ligger nå til behandling i Stortinget.

I regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning satses det stort på investeringer i forskningsinfrastruktur. I 2015 tildelte Forskningsrådet 80 mill. kr til prosjektet Biobank Norge og 36,5 mill. kr til prosjekt for å gjøre data for helseregistre lettere tilgjengelig til forskningsformål.

Helsedata skal gi oss sikker kunnskap om kvalitet på og effekt av behandling og befolkningens helsetilstand. Men helsedata er samtidig sensitive opplysninger, som må behandles etisk forsvarlig og på en måte som ivaretar den enkeltes personvern. Med dette som ramme skal helsedata kunne brukes til forskning, helseanalyser, statistikk, kvalitetsarbeid, styring og ledelse, men også bidra til innovasjon og næringsutvikling.

For at bruk av helsedata skal fungere i praksis, må nødvendige forutsetninger være på plass, dvs. et effektivt, robust og forsvarlig juridisk rammeverk, helhetlige teknologiske løsninger som imøtekommer krav til sikker lagring av helsedata, effektiv organisering og en god infrastruktur. Her er det fortsatt et stykke vei å gå.

Vi vet at ulike teknologiske systemer for helsedata ikke kommuniserer godt nok. Dette gjelder kommunikasjon mellom helseregistre og biobanker og mellom helsedata og andre befolkningsdata. Systemet er fortsatt fragmentert. Hver for seg er vilkårene for sammenstilling, utlevering og forhåndsgodkjenning av helsedata legitime og nødvendige, men det er reist spørsmål om summen av disse vilkårene er unødvendig tid- og kostnadskreven.

HelseOmsorg21-strategien, som ble lagt fram i 2014, er utviklet av universitetene, sykehusene, kommunene, næringslivet, offentlige etater og brukerne selv. Helsedata som nasjonalt fortrinn og helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde var to av fem hovedprioriteringer i strategien.

I forbindelse med etableringen av HelseOmsorg21-rådet er det laget en møteplass der alle aktører fra offentlig og privat sektor kan samordne oppfølgingen i fellesskap. Å utvikle helsedata som nasjonalt fortrinn og helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde står sentralt i regjeringens handlingsplan for oppfølging av strategien.

Dersom helsedata skal bidra til næringsutvikling, er det nødvendig at næringslivet også selv tar ansvar. Staten kan ikke ha næringsvirksomhet som sitt sentrale ansvarsområde på helsedatafeltet. Men staten har helt klart et ansvar for å legge til rette for næringsutvikling også innenfor helsedata. Det er ikke åpenbart hvor langt statens ansvar skal gå. Finnes det nye måter å gjøre ting på som kan rive ned barrierene for full utnyttelse av helsedata til ulike formål, samtidig som personvern og andre nødvendige forutsetninger ivaretas? Dette ønsker jeg å utrede nærmere.

Jeg har lagt fram et forslag til regjeringen om etablering av et ekspertutvalg som skal bidra til et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata for statistikk, planlegging, helseanalyser, kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Stortingets anmodningsvedtak i denne saken vil være en del av mandatet til dette ekspertutvalget.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ingvild Kjerkol (A) [12:30:23]: Jeg vil først takke statsråden for gratulasjonen på dagen. Jeg hadde jo ønsket meg et kommersialiseringsselskap, men jeg innser at jeg kanskje ikke får det. Men jeg er godt fornøyd med dagen likevel.

Statsråden har tatt dette offensivt, og det er sammenfallende med en rekke prosesser som går. Statsråden nevner flere initiativer som er i loop, og særlig HelseOmsorg21-rådet og den ekspertgruppen som statsråden nevner på slutten av sitt innlegg, blir viktig.

Så om man skal lykkes med dette – og det er en enstemmig komité som er utålmodig, flere representanter fra statsrådets eget parti er vel så utålmodig som meg – vil jeg bare spørre statsråden: Hvordan ser man for seg å følge opp dette i regjering? Det vil være flere departementer enn statsrådets som man må spille på, om vi skal komme et steg videre med en nasjonal infrastruktur som ivaretar det vi ønsker å få til.

Statsråd Bent Høie [12:31:31]: Arbeidet er forankret i regjeringen, og oppfølgingen av de ulike strategiene er også regjeringens felles politikk. Oppfølgingsstrategien som regjeringen har på HelseOmsorg21, ble lagt fram av statsministeren selv, og er en viktig del av grunnlaget for regjeringens handlingsplan for forskning og utvikling, som kunnskapsministeren har ansvar for.

På virkemiddelsiden når det gjelder Nærings- og fiskeridepartementet, ser vi at de virkemidlene som regjeringen og våre samarbeidspartier har valgt å satse på i statsbudsjettene, er virkemidler som også nå i større grad når næringsvirksomhet som er rettet inn mot helse og omsorg. En vesentlig andel av midlene under de ulike ordningene går nettopp til gründer-, etablerings- og utviklingsvirksomhet innenfor de områdene. Så dette er en felles politikk fra regjeringens side.

Ingvild Kjerkol (A) [12:32:35]: Takk for svaret. Jeg føler meg betrygget, og vi skal fortsatt være utålmodige.

Biobank Norge-konsortiet er veldig interessant i denne sammenheng og i videre oppfølging, i og med at de representerer et forskningsnettverk som har de helt sentrale aktørene under sin paraply. Nå er de på et vis ikke en egen juridisk enhet, men jeg ser for meg – som også statsråden sier i brevet der han svarer på forslaget overfor komiteen – at de vil være naturlige å følge med på.

Kan man se for seg at også Biobank Norge kan få oppdrag knyttet til det som andre land har satset på, nemlig det som handler om mer persontilpasset medisin gjennom mer gensekvensering og det som bl.a. saksordføreren nevnte fra England? Hvis statsråden har noen tanker om det, ville det vært interessant å høre noe om det.

Statsråd Bent Høie [12:33:36]: Vi skal ha en diskusjon om persontilpasset medisin senere i dag, og Helse-direktoratet kommer med sitt forslag til strategi på det området i juni. Da får vi se på hvilke virkemidler Helse-direktoratet vil foreslå i sitt endelige forslag.

Det er også sånn at her er det mange viktige aktører på banen. Det er i tråd med helse- og omsorgsstrategiens tenkning, og det er viktig at de ulike aktørene også tar et steg fram og tar de ulike rollene som de kan ta i dette arbeidet, gjennom de mulighetene som ligger der.

Ketil Kjenseth (V) [12:34:33]: Jeg takker statsråden for innlegget.

Det er bred enighet her, men vi grenser over til næring her – det er også mange av virkemiddelaktørene som putter på midler til utvikling. Da svarer ofte regjeringa og statsministeren at vi i Norge skal ha næringsnøytralitet. Jeg kan for så vidt være enig i at det skal være likhet mellom næringer når det gjelder å utvikle seg og konkurrere seg fram til å bli Norges satsingsområder.

Men med tanke på det vi snakker om nå, er det jo per i dag mer på et stadium der det handler om en fordeling av roller og å få til en samhandling mellom mange statlige aktører – bl.a. universiteter og universitetssykehus, som et eksempel – for å få til den infrastrukturen som vi ønsker, for å bringe mulighetene ut. Kan statsråden si noe om hvor forsiktige vi skal være med å satse næringspolitisk på dette, på det stadiet vi er nå?

Statsråd Bent Høie [12:35:41]: For det første må jeg avkrefte at statsministeren snakker om næringsnøytralitet. Det gjør statsministeren ikke. Begrepet «næringsnøytralitet» i et offentlig dokument fra en regjering i Norge ble sist gang brukt av Stoltenberg I-regjeringen, men det er aldri brukt av vår regjering.

Næringsnøytralitet har vi ikke, nettopp fordi vi har veldig tydelige prioriteringer. For eksempel vil en i regjeringens forskningsstrategi se at det er pekt ut spesielle satsingsområder. Det ser en også i Forskningsrådets tildelinger. Blant annet bidrar Helse- og omsorgsdepartementet med betydelige midler til forskning og næringsutvikling gjennom konkrete programmer som er rettet inn mot de områdene, så næringsnøytralitet har vi ikke. Men innenfor de ulike virkemidlene vi har, er det viktig at de ulike aktørene konkurrerer, sånn at vi er sikre på at vi bruker pengene på de områdene der vi kan få best resultater, og at vi ikke politisk velger oss enkeltprosjekter som innebærer at vi risikerer å bruke pengene på feil prosjekt.

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

Sak nr. 2 [12:36:54]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Guri Melby og Sveinung Rotevatn om heving av alkoholgrensen for øl som selges i dagligvareforretninger (Innst. 253 S (2015–2016, jf. Dokument 8:27 S (2015–2016))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til

5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til inntil 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.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [12:37:44] (ordfører for saken): Komiteen har behandlet Venstres forslag om å heve alkoholgrensen for øl som selges i dagligvareforretninger, fra 4,7 volumprosent til inntil 7 volumprosent.

Venstre argumenterer i forslaget for at bryggerinæringen har endret seg siden Stortinget i 1992 vedtok å redusere grensen på det alkoholinnhold øl kunne ha for å selges sammen med melk og brød i butikk. Men selv om det den gang bare fantes 15 bryggerier i Norge, mens det i dag finnes et stort mangfold av over 160 norske bryggerier, er det ikke slik at bryggeribransjen selv er spesielt interessert i Venstres forslag. Snarere er det slik at Bryggeri- og drikkevareforeningen ikke støtter et slikt forslag, og begrunner det både nærings- og alkoholpolitisk.

Fremskrittspartiet støtter Venstre i denne saken. De andre partiene i komiteen er stort sett samstemte i hvorfor en ikke ønsker sterkere øl i norske dagligvarebutikker.

For flertallet er det av avgjørende betydning i denne saken å skjule til den EØS-rettslige begrunnelsen for at vi har fått beholde vinmonopolordningen i Norge – av hensyn til folkehelsen. Vinmonopolordningen er i en særstilling i Europa, og dispensasjonsordningen er et unntak fra EUs regler om et fritt og ikke-diskriminerende marked. Det er grenser for hvor mye vi kan tillate oss av avvik fra reglene som gjelder for alle land, før EU trekker tilbake dispensasjonsordningen. Selv om Venstre og Fremskrittspartiet tar forbehold om at deres forslag ikke utfordrer den særnorske avtalen om Vinmonopolet, er det også andre grunner til at flertallet ikke støtter forslaget.

At Vinmonopolet har høy legitimitet hos det norske folk, er viktig for vår alkoholpolitikk. Stortinget har de siste to årene behandlet flere saker som berører Vinmonopolets stilling, slik som anledning til å ha åpent flere salgsdager i året, og at det sikres et tilstrekkelig antall utvalg over hele landet med høy kvalitet. Vinmonopolet må ha et bredt spekter av produkter og tilstrekkelig salgsvolum. Ved å ta sterkøl ut av Vinmonopolets sortiment vil forretningsgrunnlaget kunne svekkes.

Bryggeri- og drikkevareforeningen mener at konkurransen om plassering i hyllene vil bli langt hardere om det åpnes for salg av sterkøl i vanlig butikk, og at det er de små produsentene som har mest å tape. De er faktisk opptatt av å fremheve at Vinmonopolet er en dyktig distributør for ølprodusentene, og at polet har langt bedre ølkompetanse enn dagligvarehandelen. I tillegg får småskalaprodusentene antakelig best nasjonal dekning gjennom Vinmonopolet og polets svært tilgjengelige og gode nettbutikk.

Vi som utgjør flertallet i denne saken, har også lagt stor vekt på at det av hensyn til likebehandling av produkter ikke vil være anledning til å åpne opp for kun øl, men at

en endring vil bety at alle alkoholholdige produkter opp til 7 volumprosent må kunne tillates for salg i dagligvareforretningene. Bryggeri- og drikkevareforeningen er opptatt av konkurranseforholdene også for øl i forhold til andre alkoholprodukter. De mener at sterkøl i butikk kan undergrave Vinmonopolet og åpne for vin i butikk, som vil kunne forverre konkurransesituasjonen for norsk øl.

Så er det nok slik at flere i Høyre mener forslaget fra Venstre er et godt forslag. Til det er det to ting å si: For det første har Høyre inngått en samarbeidsavtale – mellom regjeringspartiene og samarbeidspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre – om at hovedlinjene i norsk alkoholpolitikk ligger fast. Høyres stortingsgruppe mener at å tillate salg av sterkere alkoholvarer i butikk utfordrer hovedlinjene i alkoholpolitikken, og støtter derfor ikke forslaget, selv om to av de fire samarbeidspartiene mener noe annet.

For det andre deler Høyres stortingsgruppe helseministerens syn på at en slik endring som Venstre ønsker, vil kunne true begrunnelsen for at vi har fått beholde vinmonopolordningen i Norge. Det ønsker ikke Høyre å utfordre. Vi mener Vinmonopolet, slik det fremstår i dag, klarer balansen godt mellom å være en kvalitetsleverandør av alkohol samtidig som det sørger for ansvarlig salg av vin, brennevin og sterkøl. Med høye avgifter og streng kontroll er Vinmonopolet vårt viktigste alkoholpolitiske virkemiddel.

Venstres forslag får støtte fra Fremskrittspartiet, men ikke fra flertallet her i Stortinget eller fra bryggeriene selv. Venstre har med forslaget tydeliggjort et øyeblikksbilde av hvor skillelinjene for tiden går når det gjelder en mer liberal alkoholpolitikk – ikke bare helsepolitisk, men også næringspolitisk.

Ruth Grung (A) [12:42:34]: Arbeiderpartiet er opptatt av at Norge opprettholder en alkoholpolitikk der vi klarer å balansere behovet for sosial kontroll med omsetningen, samtidig som befolkningen får tilgang til kvalitetsprodukter. Vinmonopolet er det beste verktøyet vi har til å håndtere denne balansen, som også saksordføreren var inne på.

Vi er glad for at det er så bred politisk oppslutning om denne politikken. Det handler om det store flertallet som behersker tilgangen til alkohol, og det store mindretallet som ikke gjør det. Alkohol er en av de største årsakene til helseutfordringer i befolkningen, men alkohol er også en del av vår matkultur. Norge har lange tradisjoner når det gjelder ølproduksjon. Arbeiderpartiet ser positivt på den økende interessen for videreutvikling av norsk mattradisjon og etablering av mikrobryggerier. Vi har også registrert at grensen på 4,7 volumprosent har ført til at flere gode produkter under grensen på 4,7 er utviklet, og det er bra.

Vinmonopolet har tatt konsekvensene av økt interesse for øl. I løpet av dette året har de startet to pilot-pol med utvidet ølavlaging i eksisterende pol, i Trondheim og i Sandnes. Denne ordningen skal evalueres. Arbeiderpartiet mener det bør vurderes å etablere en tilsvarende avdeling i andre pol. Slik styrkes Vinmonopolets rolle, samtidig som det tilrettelegges for lokalt næringsliv og for lokale produsenter.

Arbeiderpartiet ble gledelig overrasket over Bryggeri-

og drikkevareforeningen, som på høringen var så tydelig på at de ikke støttet forslaget, både av ernærings- og av alkoholpolitiske grunner. De mente at mikrobryggeriene er best tjent med å få presentert sine produkter via Vinmonopolet enn via butikk, og at Vinmonopolet garanterer for større bredde og for kvalitet for forbrukerne.

Vi har fått en rekke nye pol de siste årene, og kommuner uten pol får levert produktene kostnadsfritt via Posten. Vin- og brennevinleverandørenes forening anbefalte komiteen ikke å gå inn for forslaget og framhevet spesielt at det ville svekke Vinmonopolet og gi forbrukerne et dårligere tilbud. Så begge de to store fagmiljøene går imot Venstres begrunnelse for forslaget, men uten at det ser ut til å påvirke Venstre og Fremskrittspartiet.

Det virker som om ren populisme er mer besnærende enn en kunnskapsbasert politikk i denne saken. Arbeiderpartiet mener at Venstres forslag er lite gjennomtenkt. Også ut ifra likebehandling vil det automatisk åpne for andre produkter med tilsvarende alkoholprosent, produkter som i dag bl.a. er knyttet til uheldig alkoholforbruk i mange ungdomsmiljøer. Arbeiderpartiet er også kritisk til et forslag som kan undergrave Vinmonopolets økonomi og legitimitet i befolkningen. Arbeiderpartiet støtter ikke forslag som svekker Vinmonopolets stilling som alkoholpolitisk virkemiddel og dets mulighet til å følge opp sitt samfunnsoppdrag.

Vi har nylig fått tilsendt årsmeldingen fra Vinmonopolet. Der kommer det fram at for første gang på 20 år har salget gått ned fra året før. Det skyldes ikke at folk drikker mindre, men at de handler alkohol andre steder, gjennom grensehandel og taxfree. Å utvanne Vinmonopolet ytterligere vil derfor være helt feil politikk.

Bård Hoksrud (FrP) [12:46:18]: Etter å ha hørt det siste innlegget tenker jeg – når representanten var opptatt av at noe av utfordringen er at Vinmonopolets salg går ned fordi man velger andre løsninger – at det kanskje nettopp er noe av begrunnelsen for forslaget at man ønsker å få det inn i legale former, og på en grei måte. Derfor er vi enig med Venstre i deres forslag, at man ønsker å åpne for at dette også skal kunne selges i dagligvareforretninger. Men vi er også enig i at man ikke skal utfordre EØS-avtalen og dette at man fortsatt kan ha vinmonopol, slik det også står i forslaget.

Det er jo ikke sånn at dette er en stor revolusjon. Dette var en ordning man hadde fram til 1993 – i 1992 vedtok Stortinget endring – så det er ikke noen stor revolusjon. Og hvorfor sluttet vi der? Jo, det er fordi det faktisk har skjedd ganske mye siden 1993 og fram til 2016, og da er det kanskje på tide å gå igjennom regelverket og se på om man bør endre på noe.

Antallet som nå produserer, har altså økt fra 15 i 1992–1993 til over 160 i dag. Det viser at dette er noe som mange nå driver med, og det har blitt en kultur for dette i Norge. Det betyr, som sagt, at vi har fått et helt annet mangfold og helt andre muligheter. Og jeg vet i hvert fall at mange små produsenter fortsatt sliter med å komme inn, og de ønsker å ha denne muligheten til å kunne gjøre dette gjennom dagligvareforretninger.

Det er jo litt spesielt at Senterpartiet, som er et parti som er opptatt av distriktene, som er opptatt av at det skal være mulig å drive næringsvirksomhet i distriktene – og fram til man har fått vinmonopol overalt, vil det sannsynligvis fortsatt være behov for å skape arbeidsplasser, som gir verdier tilbake – sier nei til å bli med på dette forslaget. For dette handler jo virkelig om å ta distriktene på alvor og la den lokale kjøpmann – som driver butikken sin, og som har utfordringer i dag fordi han blir utfordret på mange andre områder, av andre som også driver forretning – kunne få muligheten til å selge denne typen alkohol i butikken.

Jeg tror som sagt at dette ikke er det som kommer til å velte norsk alkoholpolitikk, eller det som vil velte EØS-avtalen. Jeg tror dette vil være en god måte å kunne få det ut på, at småskalaprodusentene da får muligheten til å levere til den lokale kjøpmann, og at den lokale kjøpmann skal kunne få lov til å selge dette. Og det er jo ikke sånn at dem som man virkelig er opptatt av å gjøre noe med i alkoholpolitikken, er de som velger å kjøpe en eller to flasker av denne typen alkoholholdig vare. For det første er det ofte mye dyrere, men det er også ofte folk som gjerne er glad i å kjøpe en eller to flasker, som gjør det, og som ikke gidder å ta seg bryderiet med – som enkelte representanter har sagt – bare å bestille det fra Vinmonopolet og få det levert på Post i Butikk. Da velger man heller andre produkter.

Så jeg synes dette er et godt forslag fra Venstre, som vi støtter opp om, et forslag som viser at man er opptatt av lokale produsenter, av at lokale produsenter skal få muligheten til å selge produktene sine, selv om det har en litt høyere alkoholprosent enn det som er der i dag. Men det vil altså ikke være dette som velter norsk alkoholpolitikk.

Presidenten: Skal representanten ta opp forslag?

Bård Hoksrud (FrP) [12:50:20]: Ja, gjerne det!

Presidenten: Da har representanten Bård Hoksrud tatt opp det forslaget som er referert i innstillingen.

Hans Fredrik Grøvan (KrF) [12:50:33]: Norsk alkoholpolitikk har over lang tid vært restriktiv, og Norge har som en konsekvens av dette et lavere alkoholkonsum og færre alkoholrelaterte skader enn andre europeiske land.

Kristelig Folkeparti har merket seg Venstres representantforslag om heving av alkoholgrensen for øl som selges i dagligvareforretninger, og at det begrunnes ut ifra næringspolitiske perspektiver.

Kristelig Folkeparti er opptatt av å videreføre en konsekvent og restriktiv alkoholpolitikk og mener hensynet til befolkningens helse og solidaritet med dem som sliter, må veie tyngst i alkoholpolitikken. De senere årene har omfanget av rusmiddelbruk blant ungdom gått markant ned. De siste 10–15 årene har det imidlertid vært en betydelig økning i det totale alkoholkonsumet i Norge. Det er godt dokumentert at en restriktiv rusmiddelpolitikk har god effekt. Det er den store gruppen med moderat forbruk av rusmiddel, og da først og fremst av alkohol, som forårsaker

ker mest skade og sykdom, og som påfører samfunnet de største kostnadene.

Pris og tilgjengelighet er to av de mest effektive virkemidlene vi har for å føre en konsekvent og restriktiv alkoholpolitikk. Vi er derfor sterkt kritisk til å gjøre produkter med høyere alkoholprosent tilgjengelig i dagligvareforretninger. Etter Kristelig Folkepartis oppfatning undergraver og utfordrer dette de lange linjene i norsk alkoholpolitikk.

Som Actis, rusfeltets samarbeidsorgan, påpeker, er forslaget en dårlig strategi for å få ned et helseskadelig forbruk.

Vi stiller oss spørrende til at representantene bak forslaget mener endringene vil kunne bidra til å nå alkoholpolitiske målsettinger og være gunstig for folkehelsen. De påpeker i forslaget bl.a.:

«Dersom man åpner for salg av sterkøl i dagligvareforretninger, vil det bli mulig for forbrukere å oppsøke et bredere utvalg øl uten å måtte ta turen mellom brennevinshyllene man finner i Vinmonopolets butikker. Å vri forbruket fra alkoholsterke produkter som brennevin til alkoholsvakere produkter som øl, vil være i tråd med Norges alkoholpolitiske målsettinger og også være gunstig for folkehelsen.»

Det er virkelig grunn til å etterspørre holdbarheten i denne påstanden. Den synes snarere å være mer gyldig med motsatt fortegn. Dersom et sånt forslag blir gjennomført, er det vel heller grunn til å anta at forbrukerne i dagligforretningene velger bort produkter med lav alkoholprosent til fordel for et bredt og variert sortiment med sterkøl. Det er god dokumentasjon på at økt tilgjengelighet gir økt forbruk. Det gir spesielt grunn til bekymring at en sann endring som foreslås, kan påvirke unges alkoholforbruk og salg til mindreårige. Som Vin- og brennevinforeningen påpeker, debuterer mange unge med øl kjøpt i dagligvareforretninger. Økt tilgjengelighet til ølprodukter med høyere alkoholprosent vil kunne resultere i økt forbruk og flere alkoholskader.

Som Actis også viser til i sitt høringsinnspill, har Juventes skjenkekontroll over mange år vist at over 30 pst. av dagligvarebutikkene selger alkohol til mindreårige. Kristelig Folkeparti mener i likhet med Actis at det vil være uansvarlig å la en bransje som ikke klarer å kontrollere salg av vanlig øl, få ansvaret for å selge varer med en enda høyere alkoholprosent.

Vinmonopolordningen er avhengig av folkelig oppslutning og legitimitet for å overleve. Etter vår oppfatning utfordrer forslaget vinmonopolordningen. Vinmonopolet er anerkjent og verdsatt av befolkningen. For fortsatt å kunne gi denne ordningen legitimitet er det av avgjørende betydning at norsk alkoholpolitikk støtter opp om Vinmonopolet som et av de viktigste alkoholpolitiske virkemidlene vi har.

Kristelig Folkeparti mener derfor den foreslåtte endringen vil svekke vinmonopolordningen ytterligere, og synes det er urovekkende at representantene fra Venstre og Framskrittspartiet setter kommersielle motiv over hensynet til folkehelsen og en solidarisk og restriktiv alkoholpolitikk.

Representantforslaget, som skisserer en endring som vil gjøre produkter med høyere alkoholprosent tilgjenge-

lig for flere og bredere segmenter, utfordrer hovedlinjene i norsk alkoholpolitikk, og vi er glad for at det er et flertall i denne salen som ikke støtter forslaget.

Kjersti Toppe (Sp) [12:55:25]: Dette forslaget føyer seg inn i ei rekkje av alkoholliberale forslag som Venstre anten fremjar sjølv eller skapar fleirtal for i denne salen.

Venstre meiner at dette forslaget er å vri forbruket frå alkoholsterke produkt som brennevin til alkoholsvakare produkt som øl, og at det såleis er i tråd med Noregs alkoholpolitiske målsetjingar. Heldigvis er det berre Framstegspartiet som støttar Venstre i denne argumentasjonen. Sjølv om stortingsrepresentantar frå både Høgre, Venstre og Framstegspartiet var med og fronta dette forslaget da det vart fremja like før jul, er partiet Høgre no tilbake på ei forsvarleg folkehelselinje, og dei átvarar mot forslaget som regjeringskollegaen Framstegspartiet og regjerings-samarbeidspartiet Venstre søkjer fleirtal for.

Forslaget viser det sanne ansiktet til norsk alkoholpolitikk, der skiljet går mellom Venstre og Framstegspartiet på den eine sida og Arbeidarpartiet, Kristeleg Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti på den andre sida, og der Høgre er på linje med oss. Høgre må i denne saka gå til opposisjonen i Stortinget, ikkje til sine regjeringskollegaer eller samarbeidspartnarar, for å få gjennomslag for eigen politikk. Senterpartiet seier aldri nei til å støtta ei god folkehelsesak og vil bidra til at Høgre ikkje vert stemt ned av sine egne i denne viktige saka.

Helseminister Høie meiner forslaget vil undergrava Vinmonopolets rolle som alkoholpolitisk verkemiddel. Det er ganske sterke ord frå helseministeren. I tillegg vil forslaget måtta omhandla ikkje berre øl, men også andre produkt med tilsvarande alkoholprosent. Forslaget vil slik kunna vera i strid med EØS-avtala. Men når statsråden og òg Høgre i innstillinga er uroa for Vinmonopolets stilling, er dei òg noko uærlege, for dei viser berre til grensehandel og smugling, utan å nemna at dei sjølve i regjering var med på å auka taxfreekvoten for vin med 50 pst., noko som garantert har vore med og bidratt nettopp til å undergrava Vinmonopolets stilling.

Venstre meiner at forslaget vil vera eit viktig næringspolitisk vedtak. Men da er det viktig å minna om at Bryggeri- og drikkevareforeningen meiner det motsette. Dei meiner at fleire nye produkt i daglegvarehandelen vil gi langt større konkurranse, og at dei små produsentane har mest å tapa på dette. Dei peikar òg på at to salskanalar bidrar til større omsetnad enn ein, og dei peikar på at småskalaprodusentane vil ha utfordringar med å få same nasjonale dekning i daglegvarehandelen som dei i dag har gjennom Vinmonopolet.

Eg synest det er oppsiktsvekkjande at parti som har signert avtale om at hovudlinjene i alkoholpolitikken skal liggja fast, har så ulike oppfatningar om kva dette skal eller kan innebera – men dei om det.

Representanten Bård Hoksrud sa i sitt innlegg at han meiner at dette forslaget er å ta distrikta på alvor. Eg tenker at ja, med så mykje sentralisering frå distrikta under denne regjeringa kunne det kanskje trengst meir tilgjengeleg sterkøl på bygdene, litt slik: Ja, akuttkirurgien for-

svinn, men du får gå og kjøpa deg ein sterkøl i daglegvarebutikken. Eg vil vera tydeleg på at å kamuflera dette som distriktspolitikk er berre provoserande.

Det er eit politisk mål i Noreg å redusera skadeleg bruk av alkohol med minst 10 pst. innan 2025. I dag har 17 pst. av befolkninga eit risikofyllt alkoholforbruk. Da synest Senterpartiet at å vedta dette forslaget er å la alkoholpolitikken gå i heilt feil retning. Vi vil sjølvstøtt stemma imot forslaget som er lagt fram.

Ketil Kjenseth (V) [13:00:35]: Fremskrittspartiets slagord «Folk flest» og Venstres slagord «Folk først» kan av og til gi en god kombinasjon. Det er vel først og fremst av hensyn til innbyggerne at vi står på denne talerstolen, og ikke nødvendigvis av hensyn til Bryggeriforeningens interesser at vi skal bekjempe mikrobryggerienes framvekst. Til representanten Kjersti Toppe: I Valdres er det TINEs meierier som har forsvunnet, mens rakfisken har tatt over det gamle meieriet, og mikrobryggeriet Små Vesen er på opptur. Mat og matkulturen er noe av det som ligger bak, men også den gamle ølkulturen og smakkulturen, og det er også noe av bakgrunnen for forslaget fra Venstre. Distriktene i Norge har mye å by på, og i Oppland har disse mikrobryggeriene vokst fram – på Dovre, i Aurdal og på Hadeland – nettopp rundt matproduksjon.

Og ja, Tone Wilhelmsen Trøen, det har skjedd noe med norsk bryggerisektor siden 1992. Mikrobryggerier står i dag for 20 pst. av arbeidsplassene i bryggerisektoren, og de kommer nok til å utvikle enda flere arbeidsplasser. Men det er en knapp lønnsomhet i den sektoren, ikke minst fordi en de siste ti årene – særlig under den rød-grønne regjeringa – har hevet ølavgiftene enormt, mens en har latt f.eks. spritavgiftene ligge ganske i ro. Sånn sett snakker de rød-grønne her imot sin egen utvikling de siste årene.

Vinmonopolets posisjon er ganske sterk i Norge. Det er det ene. Men det en gjorde med taxfree-kvoten, hvor en fikk anledning til å veksle inn røyk i øl og sprit, var altså ikke til hinder for Vinmonopolets posisjon. Vi har nettopp vedtatt at en skal kunne ha salg av sider fra gårder, som heller ikke utfordret. Så vi er jo ikke helt omforent om hva som utfordrer Vinmonopolets situasjon.

Oppsummert tror jeg vel egentlig at det er frykten for elefantølet, som noen av oss tok med oss hjem fra treningsleirer i Danmark, eller redselen for rusbrusen, som ligger bak noe av denne diskusjonen vi har her i dag, og at vi skjuler oss bak «folkehelse» som motiv for å diskutere dette, for det er jo ingen tvil om at en dreining fra sprit til øl også er gunstig folkehelsemessig. Men det er ikke volumet vi snakker om her; det er smakkultur, mattradisjoner og muligheter for distriktene til å utvikle noe basert på egne tradisjoner og egne ressurser, som først og fremst er muligheten ved dette forslaget.

Det er forstemmende at vi ikke kan enes om å bruke de mulighetene som finnes. For mikrobryggeriene ville det å få tilgang til dagligvarehandelen gi et bidrag til økt omsetning og bedre lønnsomheten, som de sliter med, og dagligvareforretningene er tross alt ganske godt regulert når det gjelder utsalgstider og tilsynet med dem. Det er vel det vi aller først burde snakke om i denne saken.

Statsråd Bent Høie [13:04:48]: I Norge har vi tatt i bruk en bred virkemiddelpakke som skal bidra til å begrense alkoholkonsumet og derigjennom redusere skader og problemer som følge av alkoholbruk. At alkoholholdige drikkevarer over 4,7 volumprosent alkohol selges gjennom Vinmonopolet, er en vesentlig del av denne virkemiddelpakken.

Den EØS-rettslige begrunnelsen for Vinmonopolordningen er basert på hensynet til folkehelsen. En forutsetning for fortsatt å ha en vinmonopolordning er at dette tiltaket inngår som del av en restriktiv, helhetlig og konsistent alkoholpolitikk. En endring som skissert i representantforslaget, ville ført til økt tilgjengelighet, noe som igjen vil kunne føre til økt konsum med økt risiko for skader.

Å flytte salget av produkter mellom 4,7 og 7 volumprosent alkohol fra Vinmonopolet til dagligvarehandelen ville kunne innebære at det kan stilles spørsmål ved om alkoholpolitikken fremdeles er konsistent. Etter EØS-avtalen kreves det at Norge, i sin regulering av omsetning av alkoholholdige drikkevarer, likebehandler norske og utenlandske produkter. Det ville derfor vært problematisk ikke å åpne opp for at alle produkter opp til 7 volumprosent alkohol, som f.eks. brennevinsholdig rusbrus, skulle selges i dagligvarehandelen, i tillegg til øl.

Vinmonopolet merker den økte interessen for øl blant sine kunder, noe som reflekteres i økte salgstall for både norskprodusert og utenlandsk øl. Jeg vet at Vinmonopolet for å møte den økte interessen har etablert egne avdelinger for øl i vinmonopolene ved Kvadrat i Sandnes og Bankkvartalet i Trondheim. Etableringen er et prøveprosjekt og vil bli evaluert.

Jeg mener at Vinmonopolet, gjennom sine utsalg og via nettbutikken, gir god tilgjengelighet til et bredt utvalg øl med over 4,7 volumprosent alkohol. Vinmonopolet gjør det mulig for svært mange norske og utenlandske produsenter å få solgt sine produkter. Det vil trolig være mer krevende for småskalaprodusenter å få hylleplass i dagligvarehandelen enn i Vinmonopolets bestillingsutvalg.

Jeg oppfatter at forslaget er fremmet av hensyn til småskalaprodusentene og deres kunder. Jeg mener imidlertid at forslaget ikke vil være til deres fordel. Småskalaprodusentene vil ha problemer med å få samme nasjonale dekning gjennom dagligvarehandelen som de i dag får gjennom monopolordningen. Kundene ville også fått et betydelig dårligere utvalg å velge fra. Forslaget vil også kunne undergrave Vinmonopolets rolle som alkoholpolitisk virkemiddel, og ettersom forslaget skiller ut øl, kan det være i strid med EØS-avtalen. Jeg vil derfor ikke anbefale Stortinget å vedta forslaget.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ruth Grung (A) [13:07:47]: Ministeren sa i sitt innlegg at alkoholpolitikken skal være helhetlig og konsistent – noe vi selvfølgelig støtter – men hva betyr det i praksis? Når Vinmonopolet for første gang på 20 år viser at de har en reduksjon i omsetningen sin, og også sier på lederplass at det ikke skyldes at man drikker mindre, men at man kjøper varene sine via grensehandel og taxfree, be-

kymrer det ministeren? Og hva har ministeren tenkt å gjøre for å styrke Vinmonopolets stilling?

Statsråd Bent Høie [13:08:23]: Jeg er opptatt av at Vinmonopolet skal få styrket sin stilling, og det har vi også gjort en rekke tiltak for: Vi har åpnet opp for at Vinmonopolet nå kan ha omtale av sine produkter på sine nettsider, som sannsynligvis vil bidra til at nettbutikken til Vinmonopolet vil bli mer brukt. Vi har også fått Stortingets tilslutning til å utvide Vinmonopolets åpningstider. Fra neste år vil Vinmonopolet holde åpent f.eks. pinseaften – i år måtte de holde stengt – og nyttårsaften og påskeaften. Samtidig er det også viktig å verne om Vinmonopolet, som jeg bl.a. gjør ved ikke å anbefale Stortinget å slutte seg til denne type forslag.

Så er det riktig at nordmenn reiser mer enn noen gang. Det betyr også at flere handler alkohol, enten i taxfree-en eller i utlandet. Jeg vil minne om at vår økning av taxfree-kvoten er betinget av at en ikke bruker tobakskvoten, mens de rød-grønnes økning av taxfree-kvoten var en ensidig økning, som for første gang åpnet opp for salg av vin i boks fra taxfree-en.

Ruth Grung (A) [13:09:29]: Hva vi har gjort tidligere, er nå så, men dette handler om framtiden, for det er nå Vinmonopolets omsetning reduseres, til tross for at øldelen øker betydelig.

Stortinget har bestilt en sak som går på taxfree-ordningen, så neste spørsmål er: Når kan vi forvente å få den saken?

Statsråd Bent Høie [13:09:52]: Regjeringen følger opp Stortingets anmodningsvedtak, og saken vil bli presentert for Stortinget når den er ferdig.

Kjersti Toppe (Sp) [13:10:17]: Først vil eg takka helseminister Høie for at han har vore veldig klar i denne saka. Det betydde mykje for utfallet.

Eg har grunna veldig mykje på korleis vi kan koma i ein politisk situasjon der vi har eit politisk område som er så viktig for dei fire partia som er einige om å styra landet saman, at dei slår fast i regjeringsplattforma at hovudlinjene i alkoholpolitikken skal liggja fast – og i sak etter sak etter sak går Kristeleg Folkeparti, som er det eine partiet, til oss og er ueinig i dei alkoholpolitiske sakene som vert fremja. Så eg har lyst til å spørja statsråden om kva som eigentleg ligg i at hovudlinjene i alkoholpolitikken skal liggja fast, når regjeringspartia og samarbeidspartia ikkje sjølve synest å vera klar over det.

Statsråd Bent Høie [13:11:22]: Det som ligger i den formuleringen, er veldig klart. Det betyr at en skal verne om vinmonopolordningen, at vi skal ha et avgiftsnivå i Norge som bidrar til et mer moderat alkoholforbruk, at vi skal ha regulerte salgs- og skjenketider og være tydelige på reklameforbudet. Alle disse punktene følger regjeringen opp som regjering, fordi det er vårt ansvar å gjennomføre den politikken som står i samarbeidsavtalen mellom de fire partiene.

Når det gjelder hvordan de fire partiene stemmer i Stortinget, må en nesten spørre representantene fra de ulike partiene om det, men jeg mener at vi fra regjeringens side følger veldig tydelig opp samarbeidsavtalen på dette punktet.

Kjersti Toppe (Sp) [13:12:09]: Eg vil gå vidare til eit anna spørsmål, for eg kjem ikkje lenger med dette.

Vi har hatt ei anna sak, som gjeld innhaldsdeklarasjon av alkohol. Det gjeld korleis ein brukar EØS-avtalen lagleg, ut frå kva slags utfall ein ønskjer av saka. Vi vart stemde ned på å innføra krav om innhaldsdeklarasjon av alkohol, slik at alkohol nærmast er den einaste varen som vert seld i Noreg der ein ikkje har krav om å seia kva ho inneheld, av sukker og andre ting. Da vart det òg vist til at det skulle skje ei utgreiing opp mot EØS-regelverket. Så eg vil nytta anledninga i dag – da vi iallfall har ei sak innan det same politikkfeltet – til å spørja om korleis den saka står, og om statsråden vil koma attende til Stortinget med ei sak om å innføra innhaldsdeklarasjon på alkoholholdige varer.

Statsråd Bent Høie [13:13:08]: Jeg har vært veldig tydelig på at jeg støtter innføring av innholdsmerking av alkoholholdige varer, på lik linje med alle andre varer. Jeg mener forbrukerne bør ha rett til å vite hvor mye sukker, f.eks., også alkoholholdige varer inneholder.

Det jeg svarte den gangen Stortinget tok opp dette, var at vi ville avvente den prosessen som foregår i EU, for å være en del av den prosessen som pågår der. Det er noe jeg jobber med og tar opp jevnlig også i de formelle ministermøtene som vi har i EU, for å være en pådriver i den prosessen. Jeg mener det vil være en stor fordel om EU, som et felles marked på dette området, hadde kommet fram til felles regler om innholdsmerking også av alkoholholdige varer. Jeg oppfatter at det er en diskusjon som i større grad også foregår i de andre EU-landene. Jeg tror at det vil komme på et tidspunkt, men vi ønsker nå å være en del av den prosessen som foregår i EU.

Sveinung Rotevatn (V) [13:14:27]: Eg synest det er synd at statsråden og partiet til statsråden ikkje ønskjer å støtte forslaget som ligg i Stortinget i dag.

Eg oppfattar at det i hovudsak blir framført to motargument. Det første er at ein er bekymra for at det som utgjør mindre enn 3 pst. av omsetnaden til Vinmonopolet, skal seljast i daglegvarebutikkar. Dette er ein bekymra for, samtidig som ein har utvida – og føreslått å utvide – taxfree-kvoten betydeleg, som vel må seiast å vere i ein litt annan kategori når det gjeld truslar mot Vinmonopolet. Det andre argumentet er at ein er bekymra for at også andre alkoholholdige drikkevarer enn øl skal få ein slik tilgang til daglegvarebutikkar, f.eks. sider. Denne bekymringa har ein altså samtidig som regjeringa har føreslått å utvide moglegheta til å selje sider – som er langt sterkare enn 7 pst. – frå eksempelvis gardsutsal.

Helseministeren sa at det er viktig å få ein konsistent alkoholpolitikk. Mitt spørsmål er: Meiner statsråden at dette er ein konsistent alkoholpolitikk, eller er det andre argument som ligg bak at ein går imot forslaget i dag?

Statsråd Bent Høie [13:15:32]: Ja, dette er en konsistent alkoholpolitikk. Et slikt forslag som Stortinget har til behandling i dag, ville vært mye mer radikalt i forhold til Vinmonopolets ordning enn f.eks. det en moderat utvidelse av taxfree-kvoten er, nettopp fordi det utfordrer selve grensen for hvilke alkoholholdige varer Vinmonopolet skal ha, og som har en folkehelsemessig begrunnelse. Det å omsette alkohol med så høy volumprosent – og som også er basert på brennevin – utenom Vinmonopolet, ville etter min oppfatning i mye større grad undergravid vår begrunnelse for Vinmonopolet i EØS-avtalen. Det tror jeg det ikke kan være noen tvil om.

Når det gjelder vårt arbeid for å åpne opp for sidersalg fra gårdsutsalg, er det nettopp fordi det er et sterkt ønske om at det vil ha en positiv effekt for næringen. Her er det jo det paradokset at verken næringen eller forbrukerne vil ha fordel av dette forslaget, og det vil samtidig utfordre Vinmonopolet og alkoholpolitikken. Da klarer jeg ikke å finne en eneste god begrunnelse for dette forslaget.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

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

Sveinung Rotevatn (V) [13:16:53]: Heilt til sist i det aller siste innlegget til statsråden, i siste setning, kom ordet «forbrukarane» omsider med i debatten, og då i formuleringa at han kunne ikkje sjå at det var nokon som helst fordel for forbrukarane med dette forslaget. Det synest eg er underleg, og eg vil jo seie at viljen til å detaljregulere forbruksmønsteret til folk er stor i denne salen, som alltid. Eg trur at i historias lys vil nok denne debatten etter kvart sjå litt underleg ut. For det har vore ei stor endring der ute i norsk alkoholkultur og i norsk ølkultur, og dei fleste vil seie ei endring til det betre. Men det er klart: Når du då ser den veldige framveksten av nye og meir spennande øltypar og folk sitt ønske om å konsumere dei, så verkar dagens veldig kunstige grense på 4,7 pst. for daglegvaresal meir og meir underleg.

Eg synest f.eks. det er rart at når eg besøkjer dyktige gründerar som driv mikrobryggeri i Bygde-Noreg og lagar gode produkt, så får dei altså ikkje innpass hos Vinmonopolet som har butikk på andre sida av gata for produksjonslokalet. Men det er heller ikkje eit alternativ å selje dei i nærbutikken, for det er ikkje lov, og det vil ikkje Stortinget at skal vere lov.

Vi ser også ein viss framvekst av spesialbutikker for øl, ikkje berre i regi av Vinmonopolet, men i privat regi, i ulike byar. Dei må halde seg til ei grense på 4,7 pst., som gjer det vanskeleg for dei å vekse og å nå ut til forbrukarane.

Så er det også sånn, og det bør vi minne oss på, at ikkje alle i dette landet har eit Vinmonopol tvers over gata. Det er 99 kommunar i Noreg som ønskjer Vinmonopol og ikkje får det, og som har lang reiseveg til ein plass der dei kan kjøpe nye, spennande norske ølprodukt. Det at dette skal svekkje Vinmonopolet så dramatisk som fleirtalet gjev inntrykk av – at det skal vere konkurranse på det som då altså er snakk om 3 pst. av omsetjinga til Vinmonopolet – det er veldig vanskeleg å forstå.

Eg synest det er synd at partiet Høgre, som ofte taler forbrukarane si sak, valfridomen si sak, konkurransen si sak, i denne saka skal blokkere eit stortingsfleirtal som kunne gjeve forbrukarane noko meir valfridom i heile landet. Men eg trur ikkje denne debatten kjem til å forsvinne. Eg trur han kjem til å kome tilbake i tråd med at utviklinga i norsk kultur går i den retninga vi ser i dag, som dei fleste av oss oppfatar som positivt. Eg trur det er positivt at folk i staden for å bunkre opp med kartongvin på taxfree-en og ha det til middagen, kan kjøpe seg eit godt, lokalt ølprodukt som er alkoholsvakare enn vin, og drikke det til middagen dersom dei ønskjer det, i nærbutikken sin i bygda si. Den moglegheita synest Venstre at folk bør ha, og eg håper etter kvart at Stortinget kjem til same konklusjon.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [13:20:03]: Venstre er opptatt av folks tilbud med hensyn til et bredt og mangfoldig ølutvalg. Det er Høyre også. Men spørsmålet er om ikke det ivaretas best nettopp ved å opprettholde den ordningen man har i dag. Vinmonopolet tar inn små «batcher», som det heter på fagspråket, fra bryggeriene. Venstre viser også til at det er knapp lønnsomhet hos bryggeriene, og vi har alle mikrobryggerier i vår nærhet. Mitt heter Sundbytunet og ligger på Jessheim. De har nå fått et av sine ølslag i dagligvarehandelen. Det innebærer at de må produsere 150 000 liter, og 1 000 flasker, i et sortiment. De må også produsere et ganske stort volum. Det krever millioninvesteringer å få til for et bryggeri, mens man i Vinmonopolet altså kan komme inn med små sortimenter, som vil være tilgjengelige for alle. Noen hevder også at det kan gå på kvaliteten løs at man må ha større anlegg og produsere større volum.

Venstre er opptatt av distriktene, og det er vi også. Men det er ikke like lett for bryggeriene å komme inn i nærbutikken i distriktene som det er å få ølet sitt inn i Vinmonopolets utvalg. Det er jo sånn at man får tilsendt gratis fra Vinmonopolet når man bor i distriktene, og dersom bryggeriene ikke kommer inn i dagligvaresortimentet, vil jo rett og slett ikke ølet være tilgjengelig på samme måte som det er i dag. Så derfor har vi nok et mye likere syn på hvor greit det kan være å få tilgang på et mangfold av øltyper i hele landet, og i denne saken mener vi, som også industrien selv gjør, at det sikres best gjennom den ordningen som er i dag – i Vinmonopolet.

Bård Hoksrud (FrP) [13:22:41]: Jeg tror det er viktig at man her har to tanker i hodet på en gang. Selvfølgelig har man det alkoholpolitiske, og det er naturligvis helsekomiteens viktigste ansvarsområde, men det er også mulig både å være opptatt av folkehelse og av å ivareta god alkoholpolitikk samtidig som man ivaretar næringslivet på en god måte. Og som foregående taler sa – alle har noen lokale produsenter som driver med produksjon av øl eller alkohol. I Telemark har vi noen som til og med er blant verdens beste – det har i hvert fall blitt målt blant verdens beste: Lindheim Ølkompani.

Når representanten fra Høyre sier at det er vanskelig å komme inn i dagligvareforretninger, og derfor synes man heller at det er greit at salget er på Vinmonopolet, så vet

jeg at mange av kjedene er opptatt av at lokale produsenter skal få lov til å selge produktene sine i dagligvareforretningene, så jeg tror ikke det vil bli et så stort problem. Og for mange av dem som driver med nisjeproduksjon, handler det jo ikke om at man skal få lov til å selge til hele Norge, men det handler om at man skal få lov til å selge i nærområdet sitt, for det er der kundene er. Det er der det er viktig å få lov til å komme inn på markedet – ikke at man skal få lov til å selge over hele landet. Derfor er jeg også enig i at forslaget som Fremskrittspartiet og Venstre nå er enige om, er et godt forslag.

Når det gjelder debatten som har vært i dag, høres det ut som at alt går den gale veien. Men jeg har lyst til å minne om den rapporten som er laget – det var vel ved Universitetet i Bergen – som viser at ungdom i dag både drikker mindre og røyker mindre. Det lover i hvert fall godt for fremtidige generasjoner når man ser at det er færre ungdommer – faktisk 30 pst. færre – som drikker nå enn det var for fire år siden da en tilsvarende undersøkelse ble gjort. Jeg tror det er der man virkelig har det store potensialet for å møte disse utfordringene, at man sørger for at de kommende generasjoner er opptatt av ikke å begynne med alkohol eller av å ha et moderat konsum.

Så jeg synes denne debatten er litt rar. Noen er så opptatt av dette med taxfree, men som statsråden også sa, er det faktisk noen andre forutsetninger som ligger til grunn der, for at man skal kunne få lov til å ta med seg én flaske vin ekstra. Forutsetningen er at man da må velge bort noe annet som man kanskje mener er vel så skadelig, og noen vil mene at det er enda mer skadelig. Det er begrunnelsen for det.

Jeg tror som sagt ikke at dette vil utfordre EØS-avtalen. Jeg tror det vil være fullt mulig å kunne få til dette, håndtere det på en god måte og ivareta lokal produksjon og nisjeproduksjon, men også de alkoholpolitiske hensynene.

Statsråd Bent Høie [13:25:58]: Jeg vil bare understreke at jeg mener det er avgjørende for å trygge Vinmonopolets framtid at Stortinget avviser dette forslaget i dag. Vi har en vinmonopolordning i Norge – det samme med Sverige og Finland – som har en veldig tydelig folkehelsebegrunnelse. Jeg vil minne om at Sverige har en lavere alkoholgrense for salg i butikk enn det vi har i Norge. Der er grensen på 3,5 pst.

Så er det feil som representanten Rotevatn hevder, at jeg ikke nevnte forbrukerne før i siste replikk svar til representanten. Jeg nevnte også forbrukerne i mitt hovedinnlegg, nettopp fordi jeg mener at det at forbrukerne ville fått tilgang på et større utvalg av produkter fra mikrobryggeriene, kunne vært en god begrunnelse for dette forslaget, men det er det motsatte som vil skje hvis dette forslaget blir vedtatt. Det handler om, som også representanten Wilhelmsen Trøen var inne på, at dagens struktur i dagligvarehandelen for det første innebærer at de som skal selge sine produkter i norske dagligvarebutikker, må ha et veldig stort volum, og for det andre at det er en sterk konkurranse om den hylleplassen. Det betyr at de mikrobryggeriene som mange har vært oppe på talerstolen her og hyllet, ikke hadde hatt en sjanse til å nå inn i den norske dagligvarehan-

delen. Og hvis de hadde gjort det, hadde de veldig fort ikke vært mikrobryggerier lenger, men ganske store bryggerier, for å klare å holde det volumet – mens de gjennom vinmonopolordningen er tilgjengelige over hele landet, med en nettbutikk som er tilgjengelig over hele landet, levering som er tilgjengelig over hele landet.

Det sterkeste og tryggeste argumentet for at dagens ordning er bra for mikrobryggeriene, er at all den hyllesten som har kommet til det mangfoldet som har vokst fram de siste årene, er en hyllest til et mangfold som har vokst fram under dagens ordning. Og når da de som står bak dette forslaget, trekker hensynet til bryggeriene fram i sin argumentasjon – vel, da får en heller lytte til bryggeriene og høre hva de sier, og de advarer mot forslaget.

De som ville bejublet at dette forslaget ble vedtatt, er den internasjonale alkoholindustrien, som umiddelbart hadde fått en betydelig større mulighet til å selge spritbaserte alkoholprodukter – ferdige produkter – til ungdom gjennom dagligvarehandelen i Norge, der et mye større utvalg av rusbrus ville blitt tilgjengelig for de yngste aldersgruppene. Det ville alkoholpolitisk vært veldig feil.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [13:29:07]: Det er en veldig interessant debatt, det er en veldig avklarende debatt.

Jeg vil først takke statsråd Høie for å avvise forslaget fra Venstre og takke for at det fortsatt er verdikonservative grunnholdninger i partiet Høyre. Det er noe som ikke er så vanlig.

Det er ganske sterkt å erfare hvordan Venstre nå har skiftet ham – Venstre som i sin tid var veldig tydelige på at det skulle være et sosialliberalt parti. «Sosial» betydde noe, ikke minst når det gjelder det vi snakker om nå, nemlig at en skulle organisere samfunnet slik at en tok tilbørlig hensyn også til svake grupper. En var liberal, så en var åpen, men det har nå blitt erstattet med økonomisk liberalisme. Den økonomiske liberalismen er så påtrengende at en her finner det naturlig å være sammen med Fremskrittspartiet, og der er det jo mange avskygninger, men her er det den økonomiske liberalistiske avskygningen som kommer fram – fritt fram.

Det blir sett på som et framskritt, og det blir sett på som helt naturlig at alkohol skal ha en sterk plass, ja en enda sterkere plass, i det sosiale liv når folk samles. Jeg må si at etter hvert har jeg blitt ganske tydelig på hvordan alkohol i dag former det sosiale livet, og dette forslaget vil i sin konsekvens innebære at en skal ha enda mer fokus på det. For Senterpartiet er det å regulere tilgangen på alkohol helt naturlig, og det er veldig naturlig sterkt å begrense hva som skal selges i butikk. Alkoholpolitikk er nasjonal politikk, det er ikke distriktpolitikk, det er politikk for hele landet.

Når det her snakkes om gründere, er det mer vesentlig for oss i Senterpartiet å heie fram de gründere som greier å framskaffe drikkevarer som ikke har alkohol, enn de som har alkohol. Det er visse holdninger en trenger å ha med seg når en skal være politisk leder i en ganske turbulent tid, og derfor er vi altså veldig glad for at Høyre nå ikke går inn på dette forslaget.

Det er sterkt – jeg gjentar meg sjøl – at vi nå har fått to politiske tvillinger, Fremskrittspartiet og Venstre, som så

tydelig kjører fram denne saken. Jeg kjenner mange, både i Fremskrittspartiet og i Venstre, som føler at det selskapet ikke er spesielt framtidsrettet, for når en kommer fra et område hvor tilgangen på lokalprodusert alkohol har vært stor gjennom tidene, ser en at vi har gjort en stor innsats for å fjerne oss fra den tradisjonen. Det må vi fortsette med.

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

Sveinung Rotevatn (V) [13:32:29]: Eg skal ikkje gå inn på kven representanten Lundteigen eventuelt er politisk tvilling med, men eg tviler på at samanlikninga ville falle fordelaktig ut.

Det eg ønskjer å leggje til, er at det å skildre Venstre sin ruspolitikk som «fritt fram», slik representanten Lundteigen gjer, må berre vere ein konsekvens av at representanten har følgt usedvanleg dårleg med på kva saker som går gjennom denne salen og kva som blir foreslått.

Om han f.eks. hadde teke seg tid til å lese Venstre sitt alternative statsbudsjett, ville representanten sett at Venstre foreslo å auke alkoholavgiftene på brennevin og sterke alkoholholdige drikker ut frå eit helseargument. Han ville òg fått med seg at Venstre foreslo å innskrenke taxfree-ordninga. Men vi har ei kunnskapsbasert tilnærming til ruspolitikken og ser kvar sak for seg, og i denne saka burde ein sjå på dei argumenta som gjeld.

Eg aksepterer dei fleste helsepolitiske argumenta som kjem fram, sjølv om eg ikkje nødvendigvis er einig i dei, men det er klart at helsepolitiske argument er nettopp grunnlaget for argumentet for at vi har restriksjonar på alkoholomsetning i Noreg. Men det er dei andre argumenta eg synest er underlege. Det at Høgre f.eks. her meiner at ein får eit langt betre tilbod, meir mangfald, betre forbrukarvilkår av at berre éin driv med omsetning – ein aktør, i staden for at fleire aktørar gjer det – har «formodningen» mot seg.

Og ja, det er sjølvsagt slik at om ein lokal produsent heller ikkje får produkta sine inn i daglegvarebutikken, vil det vere krevjande, men det vil framleis ikkje vere umogleg å kunne få omsett produkta sine dersom nokon ønskjer å kjøpe dei, fordi ein då ville ha moglegheita til å selje dei frå fabrikkutsalet sitt, frå bryggeriet sitt – det har ein ikkje i dag på grunn av den 4,7 pst.-grensa.

Elles kan ein bli freista til å dra Høgre sin argumentasjon vidare og seie at sannsynlegvis ville vel forbrukaren ha fått eit langt betre tilbod av svakare øl om det var monopolisert – og kanskje også andre drikkevarer og matprodukt. Eg meiner det har «formodningen» mot seg.

Så vil eg seie til sist at dette sjølvsagt ikkje er verdas viktigaste sak. Forbrukarsaker er sjeldan verdas viktigaste saker. Men eg sluttar ikkje å bli forundra over det enorme engasjementet og patosen ein klarar å dra opp i kvar einaste sak som handlar om å gjere kvardagen litt enklare for folk, gjere det litt enklare å få sjansen til å prøve alle dei nye spennande produkta som har kome innanfor norsk ølkultur dei siste åra. Som eg sa i mitt første innlegg, trur eg at i historias lys vil den motstanden sjå litt underleg ut, men det blir det andre som etter kvart vil få bedøme.

Ketil Kjenseth (V) [13:35:41]: Denne debatten har brakt oss inn i en interessant diskusjon hvis en ser det over tid. Venstre er vel det eneste partiet her i salen som har foreslått gjennom alternative statsbudsjett å avvikle hele taxfree-ordninga.

Den forrige regjeringa, med samferdselsminister fra Senterpartiet, la til rette for en langsiktig avtale for Avinor fram til 2023, som Stortinget nå er fanget av. Det vil koste mange milliarder kroner å komme seg ut av den avtalen, så det å diskutere taxfree-ordninga i Norge dag er umulig. Paradokset er at når det redder småflyplasser i distriktene, er alkoholen nyttig nok. Jeg syns det er en betydelig større debatt enn å diskutere om 4,7 pst. skal være grensa i dagligvarehandelen, og om 160 bryggerier skal få tilgang til hylleplass i dagligvarekjedene. Jeg syns også at den er interessant, den diskusjonen som kom opp her knyttet til dagligvarekjedene og hvilken utvikling vi ser i matproduksjonen i Norge, der Pizza Grandiosa og 4,7 pst.-øl er det vi skal hige etter i Norge, og der Orkla er den store aktøren, som dominerer stadig flere aktører, flere produsenter. Hvis vi vil ha en sånn strømlinjeforming av norsk matvareproduksjon, ja, da blir det ikke så mye igjen ute i distriktene. Det er en betenkelig utvikling som jeg syns vi bør vie litt mer plass, særlig i disse dager, når vi diskuterer jordbruksforhandlingene og annet. Hvem skal få tilgang til de hyllemeterne? Det blir ikke noen særlig spennende utvikling dersom vi skal ha så få produsenter.

Når det gjelder diskusjonen om bryggerisektoren, har vi ikke hørt alle sider ved saken, for det er klart at 4,7 pst.-grensa også verner om de store produsentene. Det er også en diskusjon som hører hjemme i denne debatten: Hvem er det som får tilgang til de hyllemeterne? Det er ikke de som er i en oppstartsfase, og som har store utfordringer med å få i gang produksjonen.

Som både representanten Sveinung Rotevatn og representanten Bård Hoksrud var inne på her, er det nærområdene som er markedet for disse aktørene. Vi snakker ikke om volumproduksjon. Dette er en diskusjon om smak, om 4,7 pst. og om å hjelpe fram de små aktørene.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [13:38:42]: Senterpartiet er enig med Venstre om å øke avgiftene. Når det gjelder ordningen med taxfree, er det helt opplagt at det å bruke taxfree-salg som argument for at Avinor skal få inntekter for dermed å opprettholde distriktsflyplasser, er et argument som ikke holder. Sjølsagt holder ikke det argumentet, det å sikre flyplasser rundt i hele landet er et nasjonalt ansvar som vi har uavhengig av hvilken økonomi Avinor får fra salg av alkoholholdig drikke.

Jeg er enig i at den avtalen som ble inngått under den forrige regjeringa, var ganske spesiell. Jeg vet at de som inngikk avtalen, var meget glad for det. De tjener svære penger på dette, og det kan settes mange spørsmålstejn ved hvordan i all verden den avtalen kunne gå gjennom, men det er ikke tid for det her i dag.

Jeg er også enig med representanten Kjenseth, som sier at det er behov for å få et større mangfold i butikkene. Det er en sjølkritikk som ikke minst Senterpartiet bør ta, at en har vært altfor lite vital når det gjelder å få fram det mang-

fold som er rundt omkring. Dette må en øke innsatsen på, og en må i samspill med dagligvarekjedene få dem til å se at det også vil øke deres omsetning dersom en har et større mangfold.

Det som er kjernen i denne saken, er egentlig hva som er argumentet for å tillate sterkøl i butikker. Det er fra Venstres side sagt at det er forbrukeren som har det som argument, altså at forbrukeren trenger sterkere rusmidler fra butikk enn det som er i dag. For Senterpartiet er ikke det noe forbrukerargument. Det er noen forbrukere som ønsker det, men det er andre forbrukere som ikke ønsker det. Det som er kjernen, er at flere av oss arbeider for at alkoholforbruket skal ned – det skal ned. Vi har en rekke besvergelses over at alkoholforbruket skal stabiliseres, det øker stadig i store grupper. Det er en feil utvikling, alkoholforbruket bør ned, og da er det ikke noe forbrukerargument at en skal legge til rette for at det skal bli enklere å få kjøpt – og forbruket dermed øker.

Når det så gjelder argumentet om gründere, er det veldig mye en gründer kan drive med – veldig mye som går på foredling av jordbruksvarer som kan bli mat og drikkevarer. Her er det et vell å ta fatt i, og det skjer også. Hvis regjeringa, Venstre og Fremskrittspartiet la til rette for økonomi i det vellet av produkter som blir brakt fram, slik at det ble økonomi i det, var det der man burde satse. Alkohollinja – det er veldig feil.

Marit Nybakk hadde her overtatt presidentplassen.

Kjersti Toppe (Sp) [13:41:55]: Det var representanten Kjenseth som fekk meg til å ta ordet, for eg reagerer når det vert framstilt som om det er heilt umogleg for dagens fleirtal å gjera noko med bl.a. taxfree-ordninga.

Det er jo slik at Venstre har programfesta at dei vil utvikla heile taxfree-ordninga, men likevel var det Venstre sine røyster som skapte fleirtal her i Stortinget for å auka taxfree-kvotene. Eg synest ikkje at politikken heng i hop når dei signaliserer ut at dei er mot taxfree-ordninga, men er det partiet som gjer at ordninga vert utvida. Det er den eine saka Venstre har vore med på.

Ei anna sak, som eg nemnde i ein replikk, er innhaldsmerking av alkohol, der det òg var Venstre sine røyster det stod på i Stortinget for å få ei raskare innføring av dette tiltaket.

Senterpartiet hadde òg eit forslag om å la Vinmonopolet overta taxfree-ordninga, som vi har programfesta. Der var det òg Venstre sine røyster det stod på for å kunne få eit prinsippvedtak om det. Venstre var òg det partiet i Stortinget som gjorde at regjeringspartia fekk fleirtal for å få nye normerte reglar for reaksjonar ved brot på alkoholloven, noko som gjorde at ein – i forhold til dagens praksis i alle dei store byane – kunne skjenka fleire overstadig rusa, og ein kunne skjenka til mindreårige, utan at det lenger skulle føra til at ein mista skjenkebevillinga.

Dei sakene eg refererer til, er dei Senterpartiet viser til når vi seier at dette er ei rekkje forslag som Venstre har bidrege til i Stortinget, som har ført alkoholpolitikken i heilt feil retning. Venstre er, overraskande, veldig opp-

tatt av rusbehandling, og eg seier at det er jo ikkje utan grunn.

Sveinung Stensland (H) [13:44:24]: Jeg finner det ganske besynderlig at vi, når vi diskuterer et relativt enkelt forslag, skal bruke så mye tid på å karakterisere hverandres politikk. Jeg vil gi honnør til Lundteigen for at han har oppdaget at det finnes en enklave av verdikonservatisme i Høyre. Vi vil nok overraske representanten stadig vekk utover høsten når verdisakene kommer på rekke og rad. Jeg finner meg ikke helt i den beskrivelsen av Høyre som et så ultraliberalt parti som det som kom frem her.

Når det gjelder denne saken, så er det sånn at hvis det hadde vært et godt forslag, hadde jeg stemt for det. Men det er ikke et godt forslag – det er et dårlig forslag. Hvem har jeg hørt på? Jeg har hørt på de aktørene som det gjelder: importørene, produsentene og avholdsbevegelsen. Ingen i høringen syntes dette var en god idé. Hvorfor skal vi da innføre dette forslaget?

Hadde jeg vært imot Vinmonopolet, hadde jeg stemt for det. Det er helt åpenbart at dette vil gjøre mye for Vinmonopolet. Statsråden har redegjort for det på ypperlig vis. Det ville økt også for andre rusdrikker opp til 7 pst. Et annet punkt er at EØS-avtalen faktisk ble stadfestet etter at denne prosentgrensen for alkohol ble vedtatt i 1992, så det er en ny situasjon der også.

Jeg foreslår at vi går inn for landing, og at vi så blir enige om at dette stemmer vi ned. Så kan vi spare alkoholdebatten til en annen gang. Nå må vi komme videre.

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

Ketil Kjenseth (V) [13:46:13]: Det var innlegget fra representanten Kjersti Toppe som jeg må knytte noen kommentarer til. Hun snakket om en utvidelse av taxfree-ordningen. Under dagens regjering har det ikke skjedd noen utvidelse av ordningen. Det har skjedd en endring av hva man kan ta med seg av enten tobakk eller vin eller øl. Det var under den forrige regjeringen at det skjedde en utvidelse.

Når det gjelder merking av alkohol, er Venstre for det – det skulle bare mangle. Som statsråd Høie var inne på, så handler det om tidspunktet for å innføre den merkeordningen, og Venstre har foreslått at vi i forbindelse med dette, kunne gjøre piloter nettopp knyttet til mikrobryggeriene.

Når det gjelder overtakelse av taxfree-ordningen for Vinmonopolet, er jo det knyttet til de økonomiske utfordringene også. Det er en krevende debatt, det vil koste oss mange milliarder, og det er en samferdselsdebatt og ikke en alkoholdebatt.

Når det gjelder skjenkekontrollen, handler jo ikke det om en liberalisering, men om et enhetlig tilbud over hele Norge, som Venstre er for.

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

Sak nr. 3 [13:47:30]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å la Tinn kommune overta Rjukan sykehus vederlagsfritt (Innst. 251 S (20152016), jf. Dokument 8:33 S (20152016))

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

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til inntil 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.

Representanten Tone Wilhelmsen Trøen får ordet på vegne av sakens ordfører, Kristin Ørmen Johnsen.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [13:48:45]: I dag behandler vi et representantforslag om å la Tinn kommune overta Rjukan sykehus vederlagsfritt. Forslagsstillerne viser til at helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte 5. juni 2014 stadfestet Sykehuset Telemark HFs vedtak i utviklingsplan 2014–2016, som innebærer en avvikling av akutt- og døgntilbudet på Rjukan sykehus og Kragerø sykehus. Salget ble godkjent med bl.a. en føring om at eiendommene først skal tilbys kommunene i samsvar med føringene i samhandlingsreformen. Det er verdt å påpeke at føringene for salget i denne saken er de samme som legges til grunn i alle saker om salg av eiendom fra spesialisthelsetjenesten, så dette var ikke noe særegent for salget av Rjukan sykehus.

I etterkant av denne godkjenningen har Sykehuset Telemark og Tinn kommune vært i dialog om mulig salg av bygningsmassen til Tinn kommune. Bygningene på Rjukan hadde ved utgangen av 2015 en bokført verdi på 28 mill. kr og en takst på 43,2 mill. kr, og sykehuset har ikke akseptert et bud fra kommunen på 7 mill. kr.

Statsråden har vært tydelig i sitt svarbrev til komiteen i denne saken. Departementet fastsetter årlig, på bakgrunn av Stortingets vedtak, økonomiske krav og rammer for de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal sørge for måloppnåelse og en forsvarlig drift innenfor disse rammene. Å gi bort verdier fra spesialisthelsetjenesten vil være klart i strid med dette. En gave eller salg til underpris fra spesialisthelsetjenesten til kommunen er å anse som en formuesoverføring mellom to sektorer. Helseforetaksloven åpner ikke for å gi eiendom i gave eller å selge eiendom til en pris som åpenbart er lavere enn markedspris. Helseministeren har vært klokkeklar på at å føre midler over fra spesialisthelsetjenesten til kommunesektoren ikke kan gjøres uten at det behandles som en budsjett-sak i Stortinget, og det er ikke aktuelt å fremme en slik sak.

Men det kanskje viktigste argumentet i denne saken er at det ikke er noen forskjell mellom denne salgssaken og en rekke andre salgssaker innenfor spesialisthelsetjenesten. I

en rekke slike salg har kommunene kjøpt til markedspris, og jeg vil her vise til at Kragerø kommune har lagt inn et bud på Kragerø sykehus på 63 mill. kr, som er den fastsatte markedsverdien på sykehuset. Dersom forslaget som i dag fremmes, skulle fått flertall, vil det fremstå som helt urimelig for kommuner som har gjennomført kjøp til markedsverdi. Sauda, Askim og Sarpsborg er eksempler på slike kommuner.

Vi mener det er uheldig om spesialisthelsetjenesten ved salg fremover ikke kan legge markedsverdien til grunn. Et salg til under markedsverdi eller en vederlagsfri overføring gjør at helseforetakene må ta et regnskapsmessig tap, og andre investeringer planlagt gjennomført som følge av salget må reduseres tilsvarende. I tillegg vil jeg bare peke på hvilken presedens dette skaper fremover – som f.eks. ved salg av bygg på Ullevål eller salg av forsvarsbygg. Dette vil på sikt kunne medføre et betydelig inntektstap for helseforetakene og på den måte tappe spesialisthelsetjenesten for ressurser.

På denne bakgrunn vil Høyre ikke støtte forslaget som fremmes i denne saken.

Torgeir Micaelsen (A) [13:52:24]: Denne saken har mange sider, og dette er bare en av dem. Problemet er bare at de henger sammen, og det kanskje med ganske god grunn. For på den ene siden er jo sykehuset på Rjukan i Tinn kommune, som er en del av Sykehuset Telemark, vedtatt nedlagt som en del av utviklingsplanen som Sykehuset Telemark gjennomførte for ca. halvannet år siden. Samtidig er det forutsatt i den utviklingsplanen at flere tjenester, også spesialisthelsetjenester, skal videreføres desentralisert på sykehuset, og i den utviklingsplanen har de – så vidt jeg vet – også åpnet opp for at flere tjenester om nødvendig kan legges til Rjukan. Samtidig er det åpnet opp for at bygningene kan selges.

Arbeiderpartiet og jeg er ikke enig med forslagsstillerne, som mener at man skal gi bort et sykehusbygg gratis. Det ville skapt – slik Trøen nettopp redegjorde for – uheldige signaler både for dem som har gjennomført avhendinger, salg og kjøp tidligere, og for framtiden. Men det er forskjell på å gi bort noe gratis og det å operere i en sak som er svært spesiell og på et svært spesielt sted, som – med all respekt – ikke er sammenlignbart med å selge f.eks. noen av landets dyreste eiendommer midt i Oslo sentrum. Når man bruker sykehusbyggene på Ullevål som et eksempel som skulle være overførbart til Rjukan, innerst i en dal hvor det går én vei inn og én vei ut, eller Kragerø, for den saks skyld, har de – med all respekt – et litt annet marked og markedsforhold enn man har for bygninger som er regulert for spesialisthelsetjenesteformål innerst i Rjukan.

Det er det som egentlig er spørsmålet vi stiller oss, og vi mener derfor at statsråden bør kunne bidra aktivt til å finne en mer minnelig løsning mellom Tinn kommune og Sykehuset Telemark. Hva er et bygg regulert til sykehusformål i Rjukan – en by med 6 000 innbyggere – verdt i dag? Ja, vi har en markedsverdi, en takst, men det har vi hatt tidligere også. Vi gikk tilbake for å finne taksten, markedsprisen og de bokførte verdiene da Sauda sykehus i sin tid ble avhendet. Det var også ganske høye anslag som en rekke gan-

ger ble nedjustert, og til slutt fant man en minnelig løsning med kommunen. Jeg har ikke svaret på hva det skal være i dag, og Arbeiderpartiet på Stortinget krever ikke at vi skal vedta en pris her. Men i en sak som har en så spesiell forhistorie, der det ikke er helt åpenbart hva en slik eiendom skal takseres til, og det i tillegg skal være ganske utstrakt bruk av helsetjenester også i framtiden, kanskje også spesialisthelsetjenester, burde regjeringspartiene og flertallet, med den forhistorien denne saken har, bidra til å finne en minnelig løsning, etter vårt syn.

Jeg tar derfor opp det forslaget som vi har fremmet, og ber på nytt statsråden i sitt innlegg kommentere om det ikke har vært andre eksempler tidligere der man har funnet såkalte ikke-markedsmessige løsninger på denne type situasjon.

Presidenten: Representanten Torgeir Micaelsen har tatt opp det forslaget han refererte til.

Bård Hoksrud (FrP) [13:56:26]: Jeg tror at det i denne saken er utrolig viktig at man er prinsipiell i forhold til hva man mener. Jeg synes saken i seg selv er ganske spesiell – at Senterpartiet foreslår, når to sykehus skal legges ned, som er i ganske lik posisjon, at det ene skal man få overta gratis. Det andre bryr man seg ikke så veldig mye om, i hvert fall har man ikke laget noe representantforslag som går på det samme.

Jeg vet at den kommunen som det ikke er noe forslag på i dag, hvis forslaget til Senterpartiet skulle gått gjennom, da ville kommet til Stortinget og bedt om det samme. For det er klart at dette handler om hvordan man behandler, og om hvordan man er prinsipiell. Jeg registrerer at representanten Micaelsen sier at det er ikke sånn, at dette har ikke de samme konsekvensene som i andre tilfeller, men det må jo være sånn. Og jeg vet at hvis Arbeiderpartiet hadde sittet i regjering, hadde Arbeiderpartiet definitivt vært opptatt av at man må være prinsipiell og sørge for at de forskjellige tingene blir behandlet på samme måte.

Hvis man skulle følge Senterpartiets forslag fullt ut, betyr det at hvis Ullevål sykehus skulle bli flyttet, måtte en av indrefiletene i Oslo sentrum gis gratis til Oslo kommune. Det tror jeg ingen i denne salen ville mene at ville være bra for spesialisthelsetjenesten. Det kan hende at miljøbyråden i Oslo ville vært fornøyd fordi hun da kunne laget en flott sykkelhensettingsplass på Ullevål, subsidiert av Stortinget og på bekostning av dem som trenger pleie og omsorg. Jeg tror kanskje ikke det. Det er litt sånn man må være. Man må være prinsipiell i forhold til hva dette handler om.

For meg virker det som om Senterpartiet, som vant valget på at de skulle bevare Rjukan sykehus og også fikk ordføreren i Rjukan, driver på grensen til politisk kameraderi, fordi her skal man sørge for at man skal få overta denne eiendommen helt gratis, uten å betale noe for den. Konsekvensene av det er at det vil gå ut over pasientbehandlingen i Telemark for alle pasientene, både de som bor i Tinn og alle andre pasienter, for Senterpartiet foreslår ikke at staten skal ta regningen. Det betyr at det er sykehusforetaket lokalt som må sørge for å dekke opp underskuddet

ved det forslaget som ligger her i dag, og det vil ramme pasientbehandlingen.

Jeg tror alle her er enige om at man helt sikkert kommer til å se at ikke dette kommer til å bli solgt for den prisen som er verdien per i dag, men jeg tror det er helt feil om Stortinget skal gå inn i diskusjonen om hva man skal sette prisen til eller ikke sette prisen til, spesielt fordi det er andre sykehus som er i akkurat samme situasjon, og hvor mye av den samme debatten da vil komme opp. Jeg håper – og det ser det ut som flertallet kommer til være veldig tydelig på – at man her må gå videre.

Jeg har også lyst til å spørre Senterpartiet om de tror det er sånn at man sender en sak til Stortinget fordi man har brukt lang tid på å se om man kan klare å komme fram til en enighet mellom kommunen og sykehuset. Ja, hvis man tror at det å sende saken til Stortinget gjør at det går raskere, tror i hvert fall jeg at sykehusstyret ikke ville tatt beslutning om å fatte det ene eller det andre vedtaket, så lenge saken ligger til behandling i dette huset.

Når vi nå får behandlet saken, håper jeg at det raskt kommer til å skje noe, og at det forhåpentligvis blir en god løsning. Fra denne regjeringens side har man prøvd, og man jobber for å se på mulige løsninger for ting som man kanskje kan ha på Rjukan. I hvert fall har representanter fra regjeringspartiene tatt opp forskjellige ting der, og vi vet at det er private som ønsker å komme inn, i tillegg til at spesialisthelsetjenesten også skal bruke deler av sykehuset som er der i dag, nettopp for å sikre at det fortsatt vil være spesialisthelsetjenester igjen på Rjukan. Det er jeg veldig glad for som telemarking.

Men jeg synes det er viktig nå at vi er prinsipielle, og vi må tenke lenger enn bare til dette ene sykehuset. Man må faktisk se konsekvensene og hva det betyr for hele landet hvis man skulle gjøre dette. For å sette dette inn i et annet perspektiv er det jo mange som ønsker at det skal skje ting med Drammen sykehus, f.eks. Jeg er ikke sikker på om det ville være til det beste for helsetjenesten hvis man måtte gi bort sykehuset i Drammen gratis fordi man skal bygge et annet sykehus et annet sted. Mange av de pengene ville man jo måtte bruke nettopp på å få bygd det nye sykehuset. Jeg er glad for at det ser ut som et flertall ønsker å stemme ned Senterpartiets forslag i dag.

Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [14:01:39]: Aller først vil jeg takke Senterpartiet for å ha belyst en viktig sak. Som også diskusjonen rundt forslaget demonstrerer, handler helsetjenester til befolkningen om noe langt mer grunnleggende enn kjøp og salg. Et godt og tilgjengelig helse-tilbud er viktig for folks helse og trygghet. Det er også verdifulle at en nyetablering i Tinn kommune bidrar til å styrke og videreutvikle det helhetlige tjenestetilbudet til Telemarks innbyggere.

I 1971 solgte Hydro sykehusbygget på Rjukan til det offentlige for én krone. Nå er Rjukan sykehus lagt ut for salg på det åpne markedet for 43,2 mill. kr. Salget ble godkjent av helseministeren i et foretaksmøte 7. oktober 2015, hvor det også ble lagt inn føringer om at eiendommen først skulle tilbys kommunen, i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

Tinn kommune ønsker å benytte bygget til helsetjenester i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten og eventuelle private helsetilbydere. Kristelig Folkeparti mener det er verdifullt og viktig at det tilrettelegges for en slik løsning. Det er avgjørende med en tett og god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre et optimalt tilbud som tilrettelegger for et godt fagmiljø, og et godt tilbud til pasientene. Løsningen vil kunne bidra til en utvikling og styrking av tjenestetilbudet til Telemarks innbyggere både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Jeg har forstått det sånn at diskusjonen i særlig grad har dreid seg om hvorvidt EØS-regelverket utfordres, om det åpnes for at Tinn kommune får overta Rjukan sykehus vederlagsfritt. Kristelig Folkeparti ønsker at det skal legges til rette for at Tinn kommune kan kjøpe Rjukan sykehus, men er selvfølgelig samtidig opptatt av at det må legges til rette for en ryddig prosess som ikke er i strid EØS-regelverket. Derfor gir vi vår tilslutning i dag til forslaget om å finne en minnelig løsning innenfor EØS-regelverket for salg av Rjukan sykehus fra Sykehuset Telemark til Tinn kommune.

Kjersti Toppe (Sp) [14:04:47]: Den 5. juni 2014 stadfesta helse- og omsorgsminister Bent Høie Sjukehuset Telemark HF sitt vedtak i utviklingsplan 2014–2016. Utviklingsplanen innebar at ein skulle leggja ned akuttt- og døgntilbodet på Rjukan sjukehus, men det skulle likevel vera eit framtidig spesialisthelsetenestetilbod der, som dialyse, cellegiftbehandling, spesialistpoliklinikk og røntgen- og laboratorieteneste. Utviklingsplanen slo òg fast at det skulle «løpende vurderes ut fra pasientbehov og tekniske muligheter om ytterligere desentraliserte tilbud kan opprettes». Dette gav òg helseminister Høie klart uttrykk for i sitt innlegg i denne salen den 17. juni 2014.

Senterpartiet tapte saka om utviklingsplan for Telemark, men vi aksepterer ikkje at den utviklingsplanen helseministeren sjølv har godkjent, ikkje vert følgd opp. Sjukehuset Telemark har lagt Rjukan sjukehus ut for sal, og det er bakgrunnen for forslaget vårt. Det at Sjukehuset Telemark skulle selja sine lokalsjukehus, stod ikkje omtalt i utviklingsplanen. Det sto ikkje omtalt at dette var med som ei finansiering av den utviklinga som skulle skje.

No er situasjonen den at kommunen og helseforetaket ikkje har vorte einige om pris. Det er synleggjort i saka at EØS-reglane ikkje hindrar foretaket å selja under marknadspris, bl.a. er dette vist i ei fråsegn av advokat Per Andreas Bjørgan, etter initiativ frå Tinn kommune. Statsråd og departement har ikkje imøtegått den fråsegna.

Statsråden og fleirtalet av partia meiner at kommunen ikkje skal få overta sjukehuset vederlagsfritt, slik Senterpartiet føreslår i denne saka – heller ikkje Arbeidarpartiet. Akkurat det synest eg er litt merkeleg, for vi la merke til eit brev som stortingsrepresentant Terje Aasland sende til Bent Høie den 19. juni 2015, der han på det sterkaste oppfordra til at «bygningmassen i sin helhet tilbakeføres Tinn kommune uten krav om vederlag» – altså bygningmassen på Rjukan sjukehus.

Det vert vist til § 32 i helseforetakslova i svaret frå stats-

råden. Der står det at «sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke». I merknadene til helseforetakslova står det at «med «sykehusvirksomhet» menes sykehus i drift». Eg meiner ut frå utviklingsplanen at det framleis er drift, skulle ha vore drift, på Rjukan sjukehus. I merknadene står det vidare at «salg av sykehusvirksomhet er av så stor betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og muligheten for å nå de politiske målsettingene, at saken må undergis en betryggende demokratisk behandling. Bestemmelsen fastsetter derfor at Stortinget må samtykke til salg av sykehusvirksomhet.»

I helseforetakslova står det altså klart og tydeleg at den føresegna, § 32, er der for at det skal vera ei betryggende demokratisk behandling av saka, og for å setja ei prosessuell sperre mot privatisering av sjukehusverksemd. At Stortinget skal ha det avgjerande ordet i spørsmål om sal av sjukehusverksemd, vart slått fast i helseforetakslova da ho vart vedtatt i 2001.

Vi meiner difor at vi òg har forankring i lovverket når vi ber om at denne saka vert tatt opp i Stortinget, og at ein kan overføra sjukehusbygget til kommunen. Statsråden og regjeringspartia viser til at det ikkje er aktuelt å fremja ei eiga budsjettsak til Stortinget knytt til avhendinga av Rjukan sjukehus. Dei viser til likebehandling i forhold til tilsvarende saker både i dag og i framtida. Senterpartiet meiner at det er spesielt å selja eit sjukehusbygg som det skal vera spesialisthelseteneste i både no og i framtida, ifølgje det som statsråden sjølv har sagt, og vi meiner at ein ikkje kan samanlikna sal av Ullevål og sal av Rjukan, for kva er eigentleg marknadsverdien av Rjukan sjukehus på Rjukan?

Presidenten: Presidenten antar at representanten skal ta opp forslaget?

Kjersti Toppe (Sp) [14:09:51]: Ja, eg tar opp forslaget frå Senterpartiet.

Presidenten: Representanten Kjersti Toppe har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Ketil Kjenseth (V) [14:10:13]: For Venstre er det viktig å ha en prinsipiell tilnærming til denne saken. Som flere har vært inne på, er det flere som både har vært og er i liknende situasjoner med bygg som benyttes til helseformål. Norske Kvinners Sanitetsforening, et eksempel som ikke er blitt nevnt her i dag, har overdratt mange bygninger i første omgang til fylkeskommunene. Bygningene har der nest gått over til helseforetak og statens eie. Noen av dem er det også knyttet diskusjon rundt i dag når det gjelder videre bruk og hvem som skal være eier dersom staten eventuelt skulle ønske å selge noen av disse eiendommene i dag – om det er heftelser knyttet til denne bygningmassen når den er gitt bort gratis, eller for én krone.

Det er én side ved denne saken. Representanten Bård Hoksrud var inne på en annen side ved saken. Det gjelder Kragerø og Rjukan og hvorvidt man skal forskjellsbehandle de to kommunene. En annen sak, som også andre har vært inne på, gjelder annen statlig eiendom knyttet til

forsvar og andre sektorer, og at det er en krevende vei Stortinget begir seg inn på dersom man skulle støtte opp om Senterpartiets forslag om vederlagsfri overdragelse.

Det har kommet et alternativ fra Arbeiderpartiet om en minnelig løsning. Et spørsmål å stille er: Hva er en minnelig løsning? Og hva er Stortingets rolle knyttet til å vedta den? Representanten Torgeir Micaelsen brukte eksemplet fra Sauda. Så vidt jeg kjenner til, ble ikke det eksemplet vedtatt i Stortinget. Det er én prinsipiell forskjell, og det er mulig å finne en minnelig løsning mellom kjøper og selger i dette tilfellet uten at Stortinget bringes på banen for å si noe om hva summen skal være. Da er vi også inne på diskusjonen om hva som er omstillingsstøtte til en kommune. Det kan Stortinget vedta med litt andre rammer enn å gå inn på en subsidie knyttet til et bygg.

Jeg må også si, siden dette har vært en omstridt sak i Tinn kommune, i Rjukan og for så vidt i hele Telemark, at da vi diskuterte saken om nedlegging av Rjukan sykehus – også på initiativ fra Senterpartiet – fremmet f.eks. Venstre et forslag i den saken om at man skulle avvente nedlegging av Rjukan sykehus til vi hadde hatt en helhetlig diskusjon om Nasjonal helse- og sykehusplan. Det støttet ikke Kristelig Folkeparti da, men valgte å støtte regjeringa og bekrefte statsrådets avvikling av sykehuset på Rjukan i tråd med Sykehuset Telemarks ønsker. I denne saken velger Kristelig Folkeparti en annen vei og støtter Arbeiderpartiet i en såkalt minnelig løsning.

Jeg tar opp dette fordi det er to veldig forskjellige saker. En diskusjon var om sykehuset skulle avvikles. I dag diskuterer vi en helt annen sak, nemlig hvordan en skal håndtere en økonomisk sak og overdragelse mellom aktører. Dette belyser de prinsipielle sidene ved denne saken. Det er også en stemmeforklaring for hvorfor Venstre i denne saken velger å støtte regjeringa i at Stortinget per i dag ikke skal ha noen rolle i å vedta et beløp for hva vi eventuelt skal støtte Tinn kommune med i fortsettelsen – bl.a. fordi vi vil stå overfor en rekke lignende saker i mange statlige sektorer i tida som kommer.

Torgeir Knag Fylkesnes (SV) [14:14:50]: Berre til siste talar: Subsidiar knytt til bygg har vi mange gongar i denne salen brukt som verkemiddel til omstilling. Det er ikkje noko ekstraordinært over det.

Ein får eit inntrykk av at det er finanskomiteen som diskuterer her i dag, ikkje helsekomiteen. Det er mykje snakk om finansar, og sjølv tenkinga rundt helse er fullstendig borte her, spesielt for dei som ønskjer å gå mot forslaget frå Senterpartiet. Dermed signaliserer eg vel kor SV står i denne saka.

Behovet for sjukehusinnleggingar vil auke sterkt i tida som kjem. Innan 2040 vil talet på 80-åringar bli dobla. Vi vil få stor vekst i talet på tunge brukarar i helsetenesta. Sjølv om eldre i framtida vil vere friskare enn det dei er i dag, vil ei høgare forventet levetid føre til ein auke i førekomst av ressurskrevjande sjukdommar. Sjukdommar ein tidlegare døyde av i ein alder av 80, vil folk i større grad overleve. Og før tida er omme, mange år seinare, vil fleire enn tidlegare utvikle demens, pådra seg hoftebeinsbrot, få hjartesykt og hjerneslag.

I ein slik situasjon er det ikkje til å unngå at vi treng auka kapasitet ved norske sjukehus. Da er det merkeleg at sjukehus blir lagde ned. I Telemark konkluderte Fylkesmannen med at sjukehuset der gav uforsvarleg pasientbehandling da stort overbelegg i 2015 førte til alvorlege komplikasjonar og fleire dødsfall. Sjukehuset Telemark har slitt med kronisk overbelegg etter at det blei bestemt at sjukehusa på Rjukan og Kragerø skulle bli lagde ned.

Samtidig blir også nye sjukehus konstruert for ikkje å kunne huse korridorpatientar. Kalnes i Sarpsborg er eit veldig talande eksempel, som allereie nokre få veker etter opning hadde dei første korridorpatientane på plass. Dette kjem av innkøyringsproblem, sa Høie den gongen. Sidan da har ortopedar slått alarm fordi dei må brekkje opp brota til pasientane sine. Dei har rett og slett måtte vente for lenge på nødvendig operasjon på grunn av for liten operasjonskapasitet, og sidan den gongen har f.eks. kreftsjuke Ruth blitt kalla inn først tre månader etter at kreftbehandlingen skulle ha starta. Årsaka var igjen kapasitetsproblem.

Det er dessverre mange slike historier i Sjukehus-Noreg, og talet kjem til å auke med regjeringas strategi: å byggje ned samtidig som behovet aukar.

Det er i dette perspektivet diskusjonen om overtaking av Rjukan må bli forstått. No ligg sjukehuset på finn.no, etter at helseministeren vedtok nedlegging. Det skal seljast til høgstbydande. Det er for å sikre sjukehusøkonomien. Finn-annonsen blir eit symbol på at sjukehusøkonomien har blitt viktigare enn helsepolitikken i dette landet under den blå-blå regjeringa.

Det var ei anna tid da helse var viktigast, da Hydro gav bort bygget for ei krone fordi dei såg det i samfunnets interesse at eit offentleg sjukehus skulle bli bygd. Det tankegodset er no borte. Regjeringas linje kan faktisk også øydeleggje det regionale arbeidet med å stable på beina nettopp kapasitet i helsetenesta, og det blir vist – syltynt – til presedensar og EØS-reglar.

SV kjem berre til å stemme for Senterpartiets forslag i denne saka – ikkje subsidiært for det frå Arbeidarpartiet og Kristeleg Folkeparti. Med den særigne historikken sjukehuset på Rjukan har, er det ikkje musikalsk å skjule seg bak verken sjukehusøkonomi eller EØS-reglar. Kva som blir lagd i «minnelig løsning» i forslaget frå Arbeidarpartiet og Kristeleg Folkeparti, er for oss heilt uklart.

Statsråd Bent Høie [14:19:20]: I denne saken må jeg bare vise til brevet jeg allerede har skrevet til komiteen om saken 9. februar 2016. Salget av Rjukan sykehus ble godkjent av meg i foretaksmøte 7. oktober 2015. Departementet fastsetter årlig økonomiske krav og rammer for helse-regionene på bakgrunn av Stortingets vedtak. De regionale helseforetakene skal sørge for måloppnåelse og en forsvarlig drift innenfor disse rammene. Å gi bort verdier fra spesialisthelsetjenesten ville ha vært klart i strid med dette. Departementet vurderer en gave eller salg til underpris fra spesialisthelsetjenesten til kommunen som en formuesoverføring mellom to sektorer. Helseforetaksloven åpner ikke for å gi eiendom i gave eller selge eiendom til en pris som åpenbart er lavere enn markedspris. En slikt sak må fremmes som budsjett sak for Stortinget. Det har ikke

vært aktuelt for regjeringen å fremme en sann sak knyttet til Rjukan sykehus. Likebehandling må være det bærende prinsippet både i denne saken og når det gjelder tilsvarende saker i framtiden.

Helseforetakene både har, har hatt og vil i framtiden ha behov for å selge eiendom. Helseforetakene skal ikke sitte med bygg de ikke har behov for, men selge, og benytte disse verdiene til videre utvikling av spesialisthelsetjenesten, nettopp av hensyn til pasientene. Å gi bort eiendom fører til inntektstap og reduserer mulighetsrommene og helseforetakenes videreutvikling, i dette tilfellet Sykehuset Telemark. Stortinget bevilger på postnivå, og dersom vi mener at det kommunale tilbudet skal styrkes på bekostning av spesialisthelsetjenesten, må Stortinget klart ta stilling til det.

Jeg er glad for at komiteens flertall peker på at det ikke er noen forskjell mellom denne salgssaken og en rekke andre salgssaker som har vært håndtert innenfor spesialisthelsetjenesten siden 2012. De som i denne saken tar til orde for å gi sykehusbygget på Rjukan i gave til Tinn kommune, gir i realiteten en gave der de sender regningen til noen andre, nemlig til de andre pasientene i Sykehuset Telemark. Sykehuset Telemark blir de som i tilfelle blir sittende igjen med regningen på den gaven som mindretallet i Stortinget i dag ønsker å gi Tinn kommune. Hvis det er sann at en ønsker å kompensere Tinn kommune i større grad enn det Stortinget allerede har gjort, for at sykehuset i Rjukan ble nedlagt, har en full mulighet til det i de ulike budsjettene en behandler i Stortinget. Men da bør Stortinget i tilfelle prioritere midler til dette og ikke be Sykehuset Telemark om å finne de midlene og prioritere dette på bekostning av det som er Sykehuset Telemarks oppgave – en oppgave de har fått av Stortinget.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Torgeir Micaelsen (A) [14:22:26]: Jeg legger merke til at mens helseforetaket veldig sterkt har argumentert med de EØS-rettslige dimensjonene ved en sann type sak, gjør ikke helseminister Bent Høie det. Han argumenterer heller langs det mer prinsipielt økonomiske sporet, og derfor mener jeg det er greit å få avklart et par forhold. Det ene er: Er det slik at det er helseministerens standpunkt – og også da regjeringens standpunkt – at det aller viktigste for helseforetaket, Sykehuset Telemark, er å få solgt det til markedspris, og at det da nærmest er helt ubetydelig hva som eventuelt skal drives i nåværende bygg? Vil det f.eks. være slik at det er greit at det drives hotell, kjøpesenter eller andre typer kommersielle aktiviteter, bare kjøpesummen er til den prisen som er lagt på finn.no?

Statsråd Bent Høie [14:23:23]: Nei, og det er derfor jeg allerede har fulgt opp det som jeg oppfatter må være innholdet i Arbeiderpartiets forslag i dag, nemlig ønsket om å finne en god løsning med kommunen. Derfor er det gitt føringer i foretaksmøtet om at bygget skal tilbys kommunen først. Men da er det veldig lurt at de som har kompetansen på å vurdere byggets eiendom, de som sitter med det økonomiske ansvaret, også er de som forhand-

ler om hva som bør være den fornuftige prisen mellom de to partene. Jeg har ikke tenkt å opptre som amatørerne som stiller opp i tv-programmet «Solgt!», og prøve å finne priser som passer bedre enn det som de profesjonelle her finner fram til.

De forholdene som representanten Micaelsen trakk fram, er helt riktig forhold som vil påvirke prisen, men jeg tror det er lurt at Sykehuset Telemark og Tinn kommune diskuterer de forholdene, og at vi ikke gjør det her i Stortinget.

Torgeir Micaelsen (A) [14:24:25]: Jeg takker for svaret, og jeg synes dette var litt mer oppløftende enn de svarene som både statsråden og til dels også regjeringspartienes representanter har argumentert med så langt, og også representanten Bård Hoksrud, som til de grader har klart å lære seg talepunktene fra Finansdepartementet på svært kort tid, etter at han ble medlem av helsekomiteen. For denne saken er ikke svart-hvitt. Statsråd Høie kan helt sikkert bekrefte i replikkordskiftet her etterpå at det har vært saker før der det i utgangspunktet foreligger en såkalt markedsverdi, men det er – som med alt annet, mange steder i Norge – vanskelig å anslå hva som skal være riktig markedspris. Derfor foreslår heller ikke Arbeiderpartiet at vi skal støtte forslag som gir bort sykehuset i gave, eller bidra til å gi en eksakt pris.

Men jeg vil gjenta spørsmålet på en litt annen måte: Hva vil statsråd Bent Høie aktivt bidra til for å finne en minnelig løsning i saken, i stedet for bare å skyve alle prinsipielle sider foran seg?

Statsråd Bent Høie [14:25:24]: Jeg mener at representanten Hoksrud og de andre som har hatt ordet fra regjeringspartienes side og fra Venstres side i denne saken, har vært veldig tydelige på det viktige prinsipielle, som jeg opplever at også Arbeiderpartiet er enig i, nemlig begrunnelsen for ikke å støtte Senterpartiets forslag.

Når det gjelder Arbeiderpartiets forslag, mener jeg at det er ivaretatt gjennom foretaksmøtet, der jeg har sagt at en først skal forsøke å finne en løsning med kommunen. Det er helt i tråd med slik det også er gjort tidligere, som også representanten er inne på. Men hvis Stortinget nå hadde vedtatt Arbeiderpartiets forslag – i etterkant av de føringene som jeg allerede har gitt i foretaksmøtet – ville det blitt oppfattet som at en hadde grepet inn i disse forhandlingene som nå pågår. Jeg tror det vil være en stor fordel, som representanten Hoksrud også var inne på, at Stortinget nå blir ferdig med denne saken, slik at de som skal forhandle, kan forhandle seg ferdig.

Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [14:26:36]: I dag leier Tinn kommune 1 070 m² av sykehusbygget til legevakt og andre kommunale tjenester, som f.eks. rehabilitering. Statsråden godkjente utviklingsplanen for Sykehuset Telemark HF i et foretaksmøte 5. juni 2014. Ifølge godkjent utviklingsplan skal det fortsatt være sykehusstilbud på Rjukan etter at akutt- og døgntilbudet ble lagt ned. Blant annet ble det i utviklingsplanen lagt opp til dagtilbud som dialyse, cellegiftbehandling, spesialistpoliklinikker og røntgen-

og laboratorietjenester på Rjukan. Ut ifra at denne utviklingsplanen fremdeles gjelder, er det ganske oppsiktsvekkende at statsråden godkjenner salg av Rjukan sykehus, der det fortsatt skal drives offentlige spesialisthelsetilbud framover. I og med at salg av sykehuset ikke var en del av utviklingsplanen for 2014–2016, må jeg få lov til å spørre helseministeren: Er det slik at de premissene som lå til grunn for denne utviklingsplanen, nå er endret?

Statsråd Bent Høie [14:27:45]: Nei, premissene er ikke endret. Som jeg også sa i mitt innlegg: Når spesialisthelsetjenesten sitter på store bygningsmasser som de selv ikke bruker vesentlige deler av, er det fornuftig at de ser på muligheten for salg av dette. Men i denne saken ville det også – slik føringen lå fra foretaksmøtet – ha vært en god løsning om det var kommunen som kjøpte bygget. Jeg har ikke tenkt å gi Sykehuset Telemark føringer i denne saken som vil innebære at Tinn kommune som forhandlingsmotpart kan diktere prisen de ønsker å betale. Her må nettopp de to partene møtes og finne en fornuftig løsning i fellesskap. Føringer fra meg eller fra Stortinget som i praksis innebærer at Tinn kommune bare kan diktere prisen, vil gå på bekostning av de andre pasientene som Sykehuset Telemark har ansvaret for.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:28:52]: Statsråden sier at premissene ikke er endret, altså at utviklingsplanen for Sykehuset Telemark som statsråden godkjente 5. juni 2014, står ved lag. I den utviklingsplanen står det definert hvilke spesialisthelsetjenesteområder som skal utøves ved Rjukan sykehus. Det er det som er det springende punktet, og mitt spørsmål er da så enkelt: Vil statsråden si at Rjukan sykehus i dag er i drift?

Statsråd Bent Høie [14:29:32]: Nei, det er ikke sykehusdrift på Rjukan sykehus i dag, i tråd med de føringene som også ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan, som Stortinget har sluttet seg til. Det er spesialisthelsetjeneste der, men det er ikke et nærsykehus, eller et lite akutt sykehus, som er begrepet. Så det er spesialisthelsetjeneste i dag.

Når det gjelder henvisningen som representanten Toppe hadde til spesialisthelsetjenesteloven, vil jeg understreke at det som beskrives der, er sykehusvirksomhet. Det handler om at jeg hvis jeg som statsråd hadde kommet på den oppsiktsvekkende ideen f.eks. å selge Sykehuset Telemarks virksomhet til en privat aktør, hadde måttet komme til Stortinget med det, selvfølgelig. Men det har jeg absolutt ingen planer om.

Torgeir Knag Fylkesnes (SV) [14:30:46]: Eg synest det er litt oppsiktsvekkjande at helseministeren meinte at forslaget til Arbeidarpartiet var det same som var utgangspunktet for forhandlingane som regjeringa og helseføretaka no har med Tinn kommune.

Det blei sagt at det var ei prinsipiell haldning her. Eit prinsipp er når ein anvender den same tenkinga på dei same tilfella. Det er utgangspunktet. Det betyr at dersom ein har eit heilt identisk eller tilsvarande tilfelle, skal ein anvende

same prinsippet på tilsvarande eksempel. Kan helseministeren kome opp med eitt eksempel frå Helse-Noreg der historikken er lik den som har vore rundt Rjukan sykehus, der ein har blitt overdratt sjukehuset for ei krone frå Hydro?

Statsråd Bent Høie [14:31:37]: Jeg har ikke fullstendig oversikt over det nå, men det er ikke noe unikt at bygninger som i dag brukes til offentlig sykehusdrift, har en historisk opprinnelse fra private gaver. Et annet eksempel på det er Nordfjord sjukehus, som ble gitt i gave i sin tid. Jeg klarer ikke nå å huske om Sauda sykehus hadde samme historie, men jeg kan ikke utelukke det. Det er en rekke andre sykehus som også er bygd opp delvis av store innsamlinger. Men opprinnelsen til bygget vil ikke ha noen betydning for det økonomiregelverket som gjelder på dette området, og loven som gjelder på dette området. Det er eierskapet nå som har betydning for det.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

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

Kjersti Toppe (Sp) [14:32:50]: I innstillinga har Arbeidarpartiet eit forslag der ein ber regjeringa bidra til å finna ei minneleg løysing innanfor EØS-regelverket for sal av Rjukan sykehus frå Sjukehuset Telemark til Tinn kommune. Senterpartiet har i innstillinga ein merknad der vi seier at Senterpartiet vil kunna stemma subsidiært for dette forslaget, der vi viser til vårt primære forslag om at Tinn kommune skal overta Rjukan sykehus vederlagsfritt. Etter å høyrt på debatten her i dag kjem vi til å gjera som SV – vi kjem til å stemma for vårt forslag og ingen andre.

Det er òg slik at å visa til EØS-regelverket ikkje har noka meining, for saka har jo belyst veldig tydeleg at det ikkje er det som er problemet. Det har heller ikkje statsråden tatt opp i sitt svar til komiteen. Det er jo pengespørsmålet det vert gjort eit poeng av og at dette visstnok skal vera med og finansiera alt anna som skal skje i Sjukehuset Telemark. Dersom Arbeidarpartiet faktisk meinte det dei sa, kunne forslaget vore skrive på ein litt annan måte. Vi står i alle fall fast på at dette skal kunna givast vederlagsfritt dersom Stortinget ser verdien av det.

Så reagerer eg på at her får vi vita at utviklingsplanen ikkje gjeld, at det ikkje er sjukehusdrift, og ikkje skal vera det, på Rjukan. Eg har funne eit sitat frå statsråd Høie frå 17. juni 2014, da vedtaket om Sjukehuset Telemark vart gjort her i denne salen. Da sa han:

«Jeg håper også at denne beslutningen blir starten på et fornyet og forsterket samarbeid mellom Sykehuset Telemark og Tinn kommune om utviklingen av felles helsetjenester mellom Sykehuset Telemark og Tinn kommune om utviklingen av felles helsetjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for de av områdene som skal være igjen på sykehuset i Rjukan. Det er polikliniske tjenester og dagtilbud, og der vil det også være mulighet for å utvikle et bedre samarbeid mellom legevakt, øyeblikkelig hjelpsenger osv.»

Det som vi får vita i dag, er at det er ingenting meir.

Det er heilt greitt, det har vi sagt heile tida kom til å skje. Det er ikkje vi som har vedtatt utviklingsplanen, men vi har tatt det for gitt at han skal følgjast opp, og difor har vi reagert på at ein har lagt sjukehuset ut for sal på den opne marknaden.

Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [14:36:04]: Jeg vil også understreke på det sterkeste at dette ikke må endre de premissene som lå til grunn for utviklingsplanen når det gjelder Sykehuset Telemark. De premissene var viktige den gangen vi behandlet denne saken i Stortinget 17. juni 2014, slik det redegjøres for. Så jeg håper at statsråden følger nøye med på dette, og at han også følger opp det han har vært inne på i sine svar her, at man prøver å få til en minnelig løsning med Tinn kommune, slik at det fortsatt kan være sykehusdrift på sykehuset, og at det ikke blir et kjøpesenter eller noe helt annet.

En av grunnene til at jeg tok ordet, var at Kjenseth setter spørsmålsteget ved hvorfor Kristelig Folkeparti gjør det de gjør i dag. Jeg bare minner litt om historien her: Kristelig Folkeparti tok ikke noen aktiv del i eller noe aktivt ansvar for å legge ned akuttmottaket. Det Kristelig Folkeparti ikke gjorde, var å overprøve statsrådets beslutning.

Kristelig Folkeparti er opptatt av at det skal tilrettelegges for et tilgjengelig og sterkt akutttilbud i hele landet, og dette kjempe vi også for i forbindelse med den nylig avgitte Nasjonal helse- og sykehusplan. Det kjenner en til. Akutt- og døgnfunksjoner ved Rjukan sykehus ble utviklet med begrunnelse i at pasientsikkerheten ikke lenger var ivaretatt. Det var en viktig begrunnelse. Kristelig Folkeparti mener et trygt tilbud er en forutsetning for opprettholdelse av enhver sykehusfunksjon, ikke bare akuttfunksjoner.

Så vil jeg også påpeke at Kristelig Folkeparti har tatt til orde for å sikre tilstrekkelig med omstillingsmidler til Tinn kommune som følge av endringene som ble vedtatt i 2014. I budsjettet for 2015, og dette kjenner kanskje representanten Kjenseth til, kjempe vi for 30 mill. kr i omstillingsmidler til Tinn. Vi fikk gjennomslag for 10 mill. kr. Dette er viktige midler for å sikre videreutvikling og etablering av nye tilbud i Tinn kommune, og vi kommer til å fortsette å kjempe for det også i budsjettforhandlingene framover.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:38:35]: Historien om Rjukan sykehus blir sterkere og sterkere. Det er en rekke dokumenter som beskriver hva som står i utviklingsplanen for Telemark sykehus når det gjelder Rjukan. Jeg kan sitere fra side 31 i planen, som ble framlagt av administrerende direktør Bess Frøyshov den 13. mai 2014, hvor det står:

«Anbefalt funksjonsfordeling av de somatiske behandlingstilbud

(...)

Rjukan: Lokalsykehus med et bredt poliklinisk dagtilbud både for kirurgi, ortopedi og medisinske behandlingsområder inklusiv radiologi og lab. Dialyse og kreftbehandling. Samarbeid med private avtalespesialister og kommunale/eksterne helseaktører.»

Det var planen. Det er den planen som er godkjent i helseforetak på to nivåer, og det er den planen som stats-

råden har gitt sin tilslutning til den 5. juni 2014. Og så opplever vi her nå at statsråden sier vi står overfor Rjukan sykehus som ikke er i drift. Det går altså an å ha slike formuleringer, som statsråden har sluttet seg til, samtidig som statsråden kan si at det ikke er et sykehus i drift. Det er meget krevende – *meget* krevende.

Det er mange som har satt spørsmålsteget ved ærligheten i denne prosessen. De som har ment at dette ikke har vært ærlig, har i hvert fall nå fått svar på at de hadde rett. For når statsråden sier at det ikke er sykehus i drift, er det sjølsagt at statsråden kjenner helseforetaksloven § 32 Salg av sykehusvirksomhet, og det står i Ot.prp. nr. 66 for 2000–2001 om lov om helseforetak, som danner det lovmessige grunnlaget for Stortingets behandling, på side 215:

«Merknad til § 32

Med «sykehusvirksomhet» menes i bestemmelsen sykehus i drift.»

Og sykehus i drift skal behandles av Stortinget. Statsråden gjør altså en elegant bevegelse og sier at her har vi ikke sykehus i drift, dermed trengs det ikke å behandles i Stortinget. Alle vedtak har lagt opp til at det var sykehus i drift, og så prøver statsråden seg med en slik omgåelse. Sånt bør ikke kunne forekomme i denne sal.

Bård Hoksrud (FrP) [14:41:53]: Det var noen som var opptatt av talepunkter fra Finansdepartementet. Jeg har ikke fått noen talepunkter fra Finansdepartementet i denne saken, men det er tydelig at det er noen andre som husker godt hvordan det var da man holdt på i Stortinget kanskje – jeg vet ikke.

Til representanten Knag Fylkesnes, som var opptatt av at dette handlet om penger: Nei, for meg handler ikke dette om penger i det hele tatt, det handler faktisk om pasientbehandling. Når bokført verdi er rundt 40 mill. kr på Rjukan sykehus og ca. 60 mill. kr. på Kragerø sykehus, betyr det at dersom man skulle gå for Senterpartiets forslag, som ikke har inndekning i forhold til dette, er det 100 mill. kr som blir borte til behandling av pasienter i Telemark. Det er pasientene i Telemark jeg er opptatt av.

Jeg hadde hatt forståelse for forslaget hvis man hadde vært prinsipiell i forhold til at det er to sykehus som står i en ganske lik situasjon, som man nå skal avhende bygningsmassen på. Rjukan sykehus ble solgt for én krone fra Hydro for flere tiår siden. Men også Kragerø kommune har gitt bort tomten som sykehuset i Kragerø står på. Så de er ganske like – med hensyn til å behandle de to sykehusene likt. Det er der jeg stusser over Senterpartiet.

Når argumentasjonen var at folk eller lokalpolitikere i Kragerø ikke engasjerte seg like mye som folk og lokalpolitikere på Rjukan, må jeg si at jeg stusset litt. Jeg tror ikke at lokalpolitikere i Kragerø kjenner seg igjen i det. Kanskje Arbeiderpartiets fraksjonsleder bør sjekke med sin egen ordfører i Kragerø, jeg tror ikke han har den samme oppfatningen – at han ikke gjerne ville fått sykehuset gratis hvis han kunne fått det. Så her tror jeg det er viktig at man har tungen rett i munnen, og jeg synes statsråden på en god måte – klart og tydelig – har sagt at det nettopp er det at han har gitt føringer, som gjør at man har mulighet

til å finne gode løsninger. Jeg håper virkelig at man får en god løsning, for Tinn-samfunnet er det viktig å få på plass en god løsning.

Jeg registrerer også at Senterpartiet ikke vil svare på det som er litt spesielt, at der hvor Senterpartiet har ordføreren, skal man nå gi bort gratis, men der hvor Senterpartiet ikke har ordføreren, er det ikke like viktig at man skal få det på samme måte. Jeg tror mange i Telemark vil oppfatte det som svært underlig.

Som sagt handler det om pasientene i Telemark – alle pasientene, også de som bor i Tinn. Hvis man må kutte 100 mill. kr på driften, får det konsekvenser for pasientene. Det er jeg opptatt av. Derfor følger jeg også nøye med på at pasientene blir ivaretatt på en god måte framover, og det tror jeg at man får til på en god måte her.

Statsråd Bent Høie [14:45:09]: I Lundteigens innlegg var en nå vitne til det oppsiktsvekkende at Senterpartiet mener at det fortsatt er sykehusdrift på Rjukan, at det er et lokalsykehus på Rjukan. Når det handler om ærlighet, var nettopp det en av mine hovedbegrunnelser for å ha foretaksmøte som bekreftet utviklingsplanen for Sykehuset Telemark, og møte demonstrantene utenfor Stortinget med min begrunnelse for hvorfor jeg mente det var en riktig beslutning å legge ned sykehuset på Rjukan.

Det er en diskusjon der en nå prøver å skape et inntrykk av at det ikke var dette som skjedde – at det ikke var det som befolkningen opplevde skjedde, det alle i denne salen opplevde skjedde, og de som jobbet på sykehuset, opplevde skjedde. Den aktiviteten som er der nå, og som skal være der i framtiden, vil ikke være på et sånt nivå at det vil komme inn under det som i Nasjonal helse- og sykehusplan kalles for et akuttsykehus. Det vil være planlagt aktivitet som i all hovedsak vil foregå der, aktiviteter i samarbeid og i samhandling med primærhelsetjenesten. Men det vil – helt riktig – også i framtiden, i tråd med utviklingsplanen, være spesialisthelsetjenestetilbud på Rjukan. Men det å nå skape et inntrykk av at en fortsatt har det som befolkningen opplever som sykehusdrift, på Rjukan, tror jeg representanten Lundteigen og jeg er enige om at ville vært et uærlig spill.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:47:04]: Vi kan være enige om at det er behov for klare definisjoner av hva som er et sykehus, men det vi diskuterer her, er helseforetaksloven § 32, Salg av sykehusvirksomhet, hvor det står:

«Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.»

Det står i Ot.prp. nr. 66 for 2000–2001, under Merknad til § 32, følgende:

«Med «sykehusvirksomhet» menes i bestemmelsen sykehus i drift. Sykehus er virksomheter som er godkjent i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-1. Bestemmelsen regulerer salg av den delen av sykehuset som har kliniske funksjoner samt medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner.»

Det vi nå erfarer, er at det som står i utviklingsplanen for Sykehuset Telemark, nemlig at det skal være et lokal-

sykehus med «et bredt poliklinisk dagtilbud både for kirurgi, ortopedi og medisinske behandlingsområder, inklusiv radiologi og lab», ikke er sykehusvirksomhet. Det er det som er kjernen her. Jeg tror statsråden har store problemer med å beskrive at det som står i utviklingsplanen, ikke kommer inn under sykehusvirksomhet, slik som lovgiver fikk seg dette forelagt i Ot.prp. nr. 66.

Så har vi representanten Hoksrud, som snakker om at foretaket ikke får penger, og at det går ut over noen. Igjen: Hvis man går til utviklingsplanen for Sykehuset Telemark på side 5, under Økonomiske rammebetingelser, står det:

«Planen skal baseres på de forventede økonomiske rammebetingelser (Økonomisk langtidspan 2013–2016, ØLP)

Planen skal inneholde en resultatprognose for det enkelte år, samt forventet behov for investeringer og en finansieringsplan knyttet til disse.»

Det er ingen forutsetninger for planen at en skal selge sykehusbygningene. Sjølsagt, hvis det hadde vært forutsetningen, hadde debatten blitt helt annerledes. Det ble en skarp debatt omkring sykehuset på Rjukan. Den ble godt opplyst. Alle var framme, alle kunne si hva en ønsket for å belyse saken. Det vi opplever nå, er at det er en dobbeltkommunikasjon i denne saken som er helt grotesk. Det står ikke statsråden til gode at en legger opp til noe sånt. Det er et brudd med helseforetaksloven § 32. Det er et faktum, etter min vurdering.

Presidenten: Representanten Bård Hoksrud har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Bård Hoksrud (FrP) [14:50:17]: Nå begynner det å bli mange teknikaliteter i debatten, men jeg vet også hva som står i utviklingsplanen for Sykehuset Telemark. Det er klart at med de prinsippene som man fører etter nå, vil det få konsekvenser hvis man selger til lavere verdi enn det som er verdien per i dag. Det betyr at det går ut over driften, og det vil få konsekvenser for pasientene.

Det jeg i hvert fall er glad for i dag, er at nå kommer vi til å ferdigbehandle saken. Det betyr at man kan gå videre lokalt for å sørge for at man sannsynligvis finner den gode løsningen. Der mener jeg statsråden på en god måte har sørget for å følge opp både i foretaksmøtene og det han har sagt i debatten i dag – til beste for alle pasienter i Telemark. Jeg tror også Tinn kommune kommer til å få på plass en god løsning.

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

Kjersti Toppe (Sp) [14:51:26]: Eg synest det er beklageleg at òg representantar frå Telemark så lett avviser at utviklingsplanen som er vedtatt, skal følgjast opp. I forslaget er han referert – det står kva i planen som etter planen skal vera på Rjukan i framtida. Det står dialyse, det står cytostatikabehandling. Ortopedi- og skadepoliklinikk, lungepoliklinikk, hjartepoliklinikk, diabetes-

poliklinikk, gastropoliklinikk, øyre-nase-hals-poliklinikk, augepoliklinikk, gynekologisk poliklinikk og fødepoliklinikk og kirurgisk poliklinikk skal vurderast, og medisinske støttetjenester, lab og røntgen. Noko skal utvidast, noko skal fortsetja som i dag, og noko skal planleggjast i framtida. At ein som representant frå Telemark synest det er heilt greitt at dette ikkje kjem, synest eg er oppsiktsvekkjande. Det er på bakgrunn av dette at vi har fremja forslaget, som da dessverre fell.

Presidenten: Representanten Per Olaf Lundteigen har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:52:45]: For Senterpartiet er det ingen grunn til subsidiært å støtte noen andre forslag. Denne saken er så sterk, og jeg ser statsråden sitter og ser ned når det refereres fra planene om hva som skulle være av spesialisthelsetilbud ved sykehuset – det som var et fullverdig sykehus på Rjukan. Det er veldig sterkt å erfare det.

Jeg merket meg også at representanten Terje Aasland sto på talerlisten, men han har ikke tatt ordet. Jeg står her med et brev som Terje Aasland sendte den 19. juni 2015 til helse- og omsorgsminister Bent Høie, hvor det står:

«Selv om Sykehuset Telemark har bidratt til å utvikle bygningsmassen ved sykehuset siden overtakelsen i 1970 vil undertegnede på det sterkeste oppfordre til at bygningsmassen i sin helhet tilbakeføres Tinn kommune uten krav om vederlag.»

Det er tydelig fra representanten Aasland, som har stått i striden lenge, og som sikkert har gjort dette etter nøye gjennomtenkning.

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

Sak nr. 4 [14:54:01]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Heidi Greni om å sikre rehabilitering og fysisk trening i sykehjem (Innst. 252 S (2015–2016, jf. Dokument 8:34 S (2015–2016))

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

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

– Det anses vedtatt.

Tove Karoline Knutsen (A) [14:55:14] (ordfører for saken): La meg først få takke forslagsstillerne, som har adressert et svært viktig tema i dette representantforslaget.

Det er tverrpolitisk enighet om at vi i framtida både skal forebygge mer og komme tidlig inn med gode og tilpassede rehabiliteringstjenester, slik at den enkelte kan bo i eget hjem så lenge dette er ønskelig og mulig. Det er viktig for den enkelte – og for oss som samfunn og fellesskap – at vi kan leve selvstendige liv så lenge som mulig, og utsette eller redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester. Vi ser at utviklinga har gått i retning av mer hjemmebaserte tjenester de siste årene. Det betyr at vi har behov for mer av det som betegnes som hverdagsrehabilitering. Det er et begrep som først ble lansert i NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg, og som seinere ble fulgt opp i Meld. St. 29 for 2012–2013 Morgendagens omsorg, som Stortinget behandlet våren 2013.

Hverdagsrehabilitering representerer en litt annen måte å tenke omsorg på. Istedenfor å legge til grunn at brukere med funksjonssvikt skal ha kompenserende – kanskje passiviserende – tiltak, tilbyr man rehabilitering som skal bidra til bedre mestring av hverdagen og de daglige gjøremål. Hverdagsrehabiliteringa skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse og dermed utsette mer omfattende pleiebehov. Når jeg i forbindelse med det foreliggende representantforslag snakker om hverdagsrehabilitering – som altså oftest brukes om rehabilitering når folk bor hjemme – er det fordi mange nå tar til orde for at dette perspektivet også må gjelde den rehabiliteringa som tilbys beboere på sykehjem. Forslagsstillerne peker på at de som kommer på sykehjem i framtida, sannsynligvis vil komme til å bli enda mer skrøpelige enn før.

Men også sykehjemsbeboere vil ha behov for ulike former for tiltak som skal understøtte den enkeltes funksjon. En mer kontinuerlig rehabiliteringsinnsats vil også bli nødvendig for dem som bor på sykehjem – rett og slett fordi det viser seg at f.eks. demente eller de som er skrøpelige fysisk, har både glede og nytte av rehabilitering. De ulike organisasjonene som deltok i komiteens høring om det representantforslaget vi her skal debattere, understreket dette poenget og ga sin støtte til en slik tenking. Norsk Fysioterapiforbund pekte på en nordisk forskningsundersøkelse fra 2010, som viser at det er et stort potensial for helse- og treningseffekt hos de eldre. De som har liten funksjonsevne, har mye å hente på fysisk trening. Undersøkelsen viser faktisk at de skrøpeligste beboerne på sykehjem hadde mest utbytte av treninga.

Da er det kanskje slik at fysisk aktivitet og trening både kan styrke bærekraften i pleie- og omsorgssektoren og samtidig gi bedre helse og økt livskvalitet til den enkelte. Jeg mener det er mye bra med den eldreomsorgen som ytes i norske kommuner, men den store svakheten er at mange eldre passiviseres i helse- og omsorgstjenestene, og at dette særlig er en utfordring på sykehjem. Derfor trengs det sterkere politiske virkemidler for å sørge for mer innhold og aktivitet i eldreomsorgen.

Arbeiderpartiet la i vårt alternative budsjett for 2016 inn 78,5 mill. kr til dagaktivitet for demente og 4,6 mill. kr for livsglede og aktiv aldring. Vi har også foreslått ekstra midler til et fond for innovasjon i den kommunale helse- og

omsorgssektoren, herunder midler til tjenesteinnovasjon. Det er et stort behov for en systematisk og overordnet innsats for økt aktivitet i eldreomsorgen, særlig på sykehjem. Dette må selvfølgelig gjelde fysisk rehabilitering og habilitering, men også kulturelle og sosiale aktiviteter og opplevelser er viktig i hverdagen for å skape glede, trivsel, mestring og tilhørighet. Arbeiderpartiet foreslo i vårt alternative budsjett for 2016 å øke støtten til Den kulturelle spaserstokken med 50 pst., til 45 mill. kr.

Vi forventer at regjeringa i den bebudede opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering vil konkretisere både kvalitet, kompetansebehov og innretning på tilpassede rehabiliteringstiltak for den eldre befolkninga, herunder for beboere ved sykehjem.

Jeg tar opp det forslaget som vi fremmer sammen med Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Kenneth Svendsen hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Tove Karoline Knutsen har tatt opp det forslaget hun refererte til.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [15:00:22]: Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste og tilrettelegge for gode tilbud til alle pasienter – uansett alder.

God helse er å mestre eget liv. Det er derfor viktig å føle at man kan ha god helse også når man må leve med skader eller svekket funksjon. Dette er utgangspunktet for regjeringens politikk, også når det gjelder habilitering og rehabilitering, og det vil derfor gjenspeile seg i regjeringens varslede opptrappingsplan på feltet.

Nettopp fordi fokusering på god rehabilitering i altfor mange år har vært et politisk forsømt område, lovet Høyre i valgkampen å fremme en opptrappingsplan på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet dersom vi kom i regjering. Vårt løfte ble en del av regjeringplattformen, og regjeringen har sagt at den vil komme til Stortinget med en opptrappingsplan, som lovet.

Forslagsstillerne ber regjeringen sørge for at rehabilitering av eldre innlemmes i planen, at planen må inneholde konkrete tiltak for å sikre økte fysioterapi- og ergoterapiressurser i sykehjem, og at det utarbeides en nasjonal tilskuddsordning for å sikre stillinger på sykehjem som bidrar til økt aktivitet.

Denne regjeringen har allerede igangsatt en del arbeid for å sikre brukerne bedre habiliterings- og rehabiliterings-tilbud.

Ved behandlingen av primærhelsemeldingen ble det varslet at regjeringen vil iverksette et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid med sikte på å utvikle en trykghetsstandard for sykehjem.

Det pågår nå et arbeid for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel. Kommunene kan søke fastlønnstilskudd for å ansette fysioterapeuter, og Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag i primærhelsemeldingen om at loven bør liste opp profesjoner som representerer kjernekompetansen som enhver kommune skal tilknytte seg, herunder kan nevnes lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helse-

søster samt psykolog, fra 2020. I tillegg har et flertall i Stortinget bedt om at ergoterapeut også skal være en lovfestet profesjon.

Jeg har for øvrig merket meg at Senterpartiet nå ønsker å innføre krav om fysioterapi- og ergoterapikompetanse i sykehjem, samtidig som de ikke støtter regjeringens forslag i primærhelsemeldingen om lovfesting av bestemte profesjoner.

Vi er stadig flere som lever lenger. Det mener vi i Høyre er en positiv trend, som ikke nødvendigvis betyr at flere av oss i fremtiden vil ha behov for plass i sykehjem – dette fordi stadig flere kommuner er blitt flinkere til å tilrettelegge for at flere som ønsker det, skal kunne bo lenger hjemme i eget hjem. Det igjen kan sjølsagt bety at den som først kommer på sykehjem, trolig vil være både eldre og dårligere enn tidligere. Det kan sjølsagt også være store forskjeller kommuner imellom med hensyn til hvordan de organiserer tjenestetilbudet for best å kunne møte de lokale utfordringene.

Høyre mener allikevel at det er den enkelte kommune som best kjenner behovene lokalt, hvordan ressursene skal utnyttes til beste for brukerne, og hvordan tjenestetilbudet skal organiseres for å møte lokale utfordringer. Samtidig mener vi at det bør stilles store krav til kommunene om at de må følge utviklingen tett, for bedre å kunne differensiere tilbudet, slik at både de som blir boende hjemme, og de som til slutt kommer i institusjon, kan få tilbud om god rehabilitering tilpasset den enkeltes behov.

At stadig flere rammes av en form for demenssykdom, er også en utvikling som betyr at det i fremtiden vil være behov for en større differensiering av rehabiliteringstilbudet, ikke bare i sykehjemmene, men også ute i kommunenes hjemmetjenester.

Jeg er enig i at det er viktig å sikre gode rehabiliteringstjenester for eldre, og at fysisk aktivitet for eldre må ha høy oppmerksomhet både i sykehjem og i kommunen for øvrig. Det er derfor godt å vite at regjeringens opptrappingsplan for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet vil omtale alle aldersgrupper – og med det også fokusere på god rehabilitering og tverrfaglig kompetanse for eldre i sykehjem.

Bård Hoksrud (FrP) [15:05:22]: Det er ikke tvil om at det å være i bevegelse er både viktig og nødvendig for alle, uansett alder. Vi vet både av erfaring – kanskje egen – og fra forskning at et stillesittende liv ikke er godt verken for kropp eller sjel. Hva betyr egentlig da å være i bevegelse? Jo, i bunn og grunn dreier det seg om å bevege seg litt eller mye med hele eller deler av kroppen i moderat til økende tempo, intensitet og styrke. Noen ganger trenger vi bevegelse som hjelp til å trene opp kroppen etter skade eller sykdom, og da kaller vi det ofte rehabilitering.

På sykehjem i dag finner vi to hovedgrupper. Det er eldre mennesker med en framskreden demenslidelse og alvorlig syke og pleietrengende, ofte eldre. De andre finner vi i sitt eget hjem. Alle sammen har forskjellige behov for bevegelse, og bevegelse er definitivt en investering i god helse.

La det heller ikke være noen tvil: Regjeringen byg-

ger pasientens helsetjeneste, og i den skal pasientene faktisk få lov til å være med og bestemme, og stemmen skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjenester. I den tar vi utgangspunkt i hva den enkelte trenger, for så å sette inn de nødvendige ressursene for å hjelpe pasienten. Det er bl.a. vist til i primærhelsemeldingen gjennom bygging av team og gjennom lovfesting av ergoterapiressurser, gjennom forebyggende tiltak for en aktiv aldring i folkehelsemeldingen – ved at vi har en fornying og forbedring av helsetjenesten bl.a. gjennom mobilisering av pasienter og pårørende som endringsagenter i Nasjonal helse- og sykehusplan – gjennom fokusering på aktivitet i strategi for eldres helse og ikke minst Demensplan 2020. Nå venter vi kanskje på at regjeringen skal legge fram prikken over i-en, rosinen i pølsa eller kremen i kaka: en egen rehabiliteringsmelding med hovedfokus på bevegelse for alle.

Jeg vil bare gjøre det helt klart: Selvfølgelig har vi tenkt på at beboere i sykehjem også har stort behov for både rehabilitering og fysisk aktivitet, og at tilgang til fysioterapi og ergoterapiressurser skal være en selvfølge. Det har jeg sett mange ganger også. Når man reiser rundt, ser man altså at man mange steder ikke får et godt nok tilbud om å holde seg i aktivitet, rehabilitering og habilitering, så det er store utfordringer på området. Men vi er mest opptatt av at vi må ha et tilbud som skal skreddersys ut fra hva beboeren ønsker og trenger, og ikke være en statisk tjeneste som er tilknyttet enten hvert lille sykehjem eller hver lille hjemmetjeneste. Det er viktig.

Til sist har jeg et par små refleksjoner. Det er litt interessant at de som nå foreslår at vi må ha krav om mer rehabilitering og fysisk trening i sykehjem, er de samme som i forbindelse med behandlingen av primærhelsemeldingen valgte å stemme imot lovfesting av bestemte profesjoner i sykehjem, eller som faktisk var en del av en regjering som til og med tok bort profesjonene i forrige periode. Det er litt spesielt at et parti som i hvert fall i denne salen ønsker å framstille seg som at de er opptatt av å være imot å pålegge kommunene ting, eller at man skal styre og bestemme over kommunene, plutselig, når kommunene ikke gjør som dette partiet vil, da vil Senterpartiet gjerne komme inn og styre og kontrollere.

Hvis man skulle fulgt logikken videre, hadde det ikke vært noe problem, for Senterpartiet har mange ordførere rundt omkring i dette landet – jeg tror det er 95 – og de sitter og styrer sammen med andre. Dette er en oppgave som man har lagt til kommunene, og Senterpartiet er opptatt av at dette skal være hos kommunene. De ønsker ikke engang noe særlig positivitet rundt statlig finansiering av eldreomsorgen, så man ønsker jo at dette er noe som kommunene skal ha full råderett over og ansvar for. I stedet for at man nå må gjøre det – nå ønsker for så vidt regjeringen å gjøre det, men jeg synes det er noen paradokser med det partiet som foreslår dette – kan de bare gå ut til sine egne ordførere og si at nå må dere sørge for at dere leverer på dette, for vi forventer at de følger opp og sikrer at alle får rehabilitering og fysisk trening i sykehjemmet. Jeg er veldig glad for at Senterpartiet ikke har villet det, og jeg er glad for at vi har en regjering og et stortingsflertall som har vedtatt her at

dette er noe vi skal gjøre, nemlig for å sikre at profesjoner vil være der også i fremtiden.

Astrid Aarhus Byrknes (KrF) [15:10:41]: Høve til å bevege seg og tilgang på frisk luft er heilt grunnleggjande behov som mange av oss tek som sjølv sagt. Men slik er det ikkje for alle. Vi veit at inaktivitet er eit aukande problem. Difor er regelmessig fysisk aktivitet viktig også for eldres helse. Ved mangel på aktivitet, som igjen ofte er årsak til einsemd, ser vi altfor ofte at dette kan forsterka både depresjonar og utvikling av demens. Morgondagens omsorgstenester må difor satsa offensivt på aktivitet i alderdommen og tilretteleggja for fysisk, sosial og kulturell aktivitet både i og utanfor institusjon.

Kristeleg Folkeparti vil ha ei offensiv satsing på førebyggjande tiltak som styrkjer livskvaliteten blant heimebuande eldre, for dei som er på eit korttidsopphald eller innom sjukeheimen for opptrening, og for dei sjukaste eldre som har fått ein langtids plass på ein sjukeheim eller eit anna butilbod. Ein kvardag med innhald, der brukaren får oppretthalda sitt funksjonsnivå og koma raskt i gang med rehabilitering når det krevst, vil gje ein helsegevinst òg for den enkelte eldre, og dermed auka livskvalitet.

Dessverre ser vi altfor ofte at på sjukeheimen blir bebuarane best til å gjera det dei gjer oftast, nemleg å sitja. Dette gjer at dei fort tapar sitt funksjonsnivå.

Medisinsk oppfølging og eit heilskapleg tilbod som blir tilpassa den enkelte, er viktig. Kristeleg Folkeparti føreslo i sitt alternative budsjett for 2016 å løyva 500 mill. kr ekstra til landets kommunar for bl.a. å styrkja bemanninga i norske sjukeheimar, for bemanninga må vera i samsvar med dei oppgåvene som skal løysast, slik at den einskilde bebuar blir vareteken. Difor treng institusjonane og andre typar butilbod for eldre riktig kompetanse og ei bemanningsnorm som stettar behova til bebuaren, både på det fysiske, det psykiske, det sosiale og det åndelege planet.

Vi har utruleg mange gode kommunar i landet vårt som gjer det yttarste for eldreomsorga. Eg vil berømme alt helsepersonell som kvar einaste dag yter ein viktig jobb i ein svært travel kvardag. Eg skal gje eit lite eksempel frå min eigen region i Nordhordland når det gjeld fysisk aktivitet. Her har vi gått til innkjøp av noko ein kallar «motiv-view-sykkelen». «Motivview» er eit motivasjonsverktøy som er ganske så innovativt. Det stimulerer dei eldre, med både demens og andre, til auka fysisk aktivitet. Denne sykkel er teken i bruk både i heimetenesta og på sjukeheimane. Ved hjelp av levande bilete og lyd kan brukaren faktisk dra på sykkeltur i kjende omgjevnader og gjenoppleva barndomsminne. Dette har gjeve resultat. Vi ser betre mobilitet og reduksjon i fallførekomstane, raskare rehabilitering ved skadar og faktisk auka matlyst. Vi ser at medisinsbruken går ned, og vi ser betre svevn og mindre smerter. Trivselen aukar, og ikkje minst er det til stor inspirasjon for personalet og pårørende. Når bebuaren får lov til å bruka dette verktøyet, får dei ei stor oppleving av å meistre. Det er viktig med fysisk aktivitet.

Kristeleg Folkeparti har lenge sett fram til den varsla opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, han er heilt nødvendig. Betre helse, høgare livskvalitet og

sjølvmeistring blir overraskende raskt eit faktum når målretta tiltak blir sette inn. Gjeldande forskrift om ei verdig eldreomsorg legg i tillegg til det reint medisinske vekt på at den enkelte har rett til å få koma seg ut i frisk luft, til aktivitet, eit variert kosthald og kulturopplevingar. For å lykkast med dagens og morgondagens eldreomsorg treng ein auka fysioterapi- og ergoterapiressursar, slik dette representantforslaget presiserer. Kristeleg Folkeparti meiner det er sjølv sagt og forventar ein sterk og tydeleg plan frå regjeringa i tråd med vår felles forståing av den heilt sentrale rolla til habilitering og rehabilitering i førebyggingsarbeidet og i oppfølginga av den enkelte brukaren. Då vil vi få ei heilskapleg teneste.

Kjersti Toppe (Sp) [15:15:38]: I ein studie av 40 norske sjukeheimsavdelingar frå sju ulike fylke konkluderte forskarane med at fysisk og sosial aktivitet framleis er på eit relativt lågt nivå, trass i fleire kampanjar frå helsestyresmaktene. Studiet viser til at eit auka tal sjukepleiarar på ein sjukeheim alltid fører til betre generell omsorg, men ikkje nødvendigvis til meir fysisk og sosial aktivitet blant bebuarane.

I 2010 kom «Forskrift om en verdig eldreomsorg». I § 3, punktane f) og g), handlar det om å leggja til rette for å kunna fungera i kvardagen og fagleg forsvarleg oppfølging av lege og anna relevant personell.

I 2011 fekk vi NOU-en Innovasjon i omsorg, der det vart vist til at dei fleste undersøkingane peikar på at daglegliv, måltider, sosiale og kulturelle forhold er dei største svakheitene ved dagens omsorgstilbod. Det vart vist til behovet for større fagleg breidde med plass til fleire yrkesgrupper, slik at omsorgstilbodet dekkjer psykososiale behov og kan givast ein meir aktiv profil.

I 2012 kom meldinga Morgendagens omsorg, og den følgde opp desse tilrådingane om det å bidra til fagleg omstilling i omsorgstenestene for å skapa større fagleg breidde med fleire faggrupper og auka vekt på tverrfagleg arbeid. Meldinga Fremtidens primærhelsetjeneste, som kom i 2015, omtala òg behovet for habilitering og rehabilitering i primærhelsetenesta. Senterpartiet meiner at dei politiske målsetjingane om aktiv omsorg i desse stortingsmeldingane og NOU-en må følgjast opp med konkrete tiltak.

Bevegelse er eit grunnleggjande behov for alle. Det er òg eit grunnleggjande behov for bebuarar på sjukeheim. Det er godt dokumentert at inaktivitet har mange negative fysiologiske, sosiale og psykologiske konsekvensar. Det gjeld òg for dei som bur på sjukeheim.

Det er òg forskning som underbyggjer at fysiske øvingar har effekt på funksjon hos sjukeheimsbebuarar. I den varsla opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering meiner Senterpartiet at det må komma tiltak som sikrar rehabilitering for sjukeheimsbebuarar, og at ein har verkemiddel som bidreg til auka fysioterapi- og ergoterapiressursar for denne gruppa.

Det er i dag svært avgrensa med fysioterapi- og ergoterapiressursar på sjukeheimar. Tal frå kommunanes rapportering frå 2013 viste at i 114 av landets kommunar får eldre på sjukeheim 0,2 timar fysioterapi eller mindre kvar veke.

Ein gjennomsnittskommune tilbyr 0,38 timar fysioterapi i veka per bebuar.

I «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» § 2-1 står det:

«I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste.»

Det er bra, men dette inneber ikkje nødvendigvis at fysioterapeutane vert nytta til å oppretthalda og betra funksjonen for sjukeheimsbebuarane generelt. I forskriftas § 3-2 står det at buforma skal ha tilknytt ein administrerande leiar, ein lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlinga, og ein offentlig godkjent sjukepleiar som skal ha ansvaret for sjukepleia, og elles så mange personar som er nødvendig for å sikra bebuarane nødvendig omsorg og bistand.

Vi meiner at forskrifta må tydeleggjerast, at ein òg får inn ergoterapi- og fysioterapiressursane. Vi foreslår ei tilskotsordning for dei kommunane som ønskjer å gjera noko meir når det gjeld aktivitet, som kan bidra til oppretting av stillingar, ikkje berre fysioterapeutar og ergoterapeutar, men vi tenkjer òg på musikkterapeutar, på aktivitetørar og på frivilligkoordinatorar som kan bidra til at det vert meir aktivitet blant bebuarane.

Eg er glad for den støtta vi har fått for å presisera at eldre skal inn i opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering, og eg vil fremja dei forslaga som Senterpartiet står aleine om i denne saka.

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

Ketil Kjenseth (V) [15:21:00]: Først av alt vil jeg si at intensjonene i forslagene fra Senterpartiet støtter Venstre opp om. Rehabiliteringstilbudet i sykehjem er viktig – så diskuterer vi jo mer når og hvordan. For Venstres del er et av tiltakene bl.a. også å skape sterkere kommuner og færre kommuner.

En del av utfordringa i dag er at vi har en pleie- og omsorgstjeneste i kommunene som er svært ulik, fordi den praktiseres veldig ulikt – det er ulike politiske prioriteringer lokalt. Kompetansebehovet og kravet til kompetanse varierer og praktiseres også ulikt, men den siste primærhelsemeldinga er et eksempel på at noen partier vil sette krav til hvilken kompetanse kommunene skal ha. Senterpartiet var en del av en regjering som opphevet det kompetansekravet.

Venstre satte som krav at vi skulle ha ergoterapeuter inn i teamene fra 2020. Det tror vi er viktig for å legge til rette for god rehabilitering. Ergoterapeutene er gode på å se omgivelsene og tilpasse menneskene til dem. En del sykehjem har åpenbart tilpasningsbehov for dem som bor der. Oppe i dette er det også en utvikling innenfor velferdsteknologi hvor ergoterapeutene spiller en viktig rolle – fysioterapeutene også, selvfølgelig.

Vi har også diskutert en folkehelsemelding – tidlig innsats – men den omhandler også en sen innsats for dem som er i slutten av livet.

Det er også viktig her å diskutere begrepet «sykehjem», som er en del av forslaget, for det praktiseres også ulikt rundt om i Norge. I noen kommuner er gjennomsnittlig liggetid ved et sykehjem på seks måneder. Det er da i praksis et sted man dør. Andre steder i landet er gjennomsnittlig liggetid, eller beboertid, på to, tre og fire år – da er sykehjemmet et sted man bor. Det er åpenbart avhengig av geografien – og også av hvilke politiske partier som styrer – hvordan dette praktiseres.

Men en felles utfordring for alle er at stadig flere under 67 år bor på sykehjem, fordi det gjerne ikke er noe annet tilbud i kommunene. Det er en felles utfordring for oss alle å få opp andre boligformer for dem som er under 67 år, som ikke skal bo på sykehjem. Det er her de felles ressursene kommer til kort, og vi må diskutere mer samordning, større kommuner og en mer bærekraftig forvaltning av de felles ressursene, som er knappe goder. Derfor trengs det en kommunereform for å styrke både kompetanse og kapasitet.

Når det gjelder de konkrete forslagene her, er det en felles forventning, sikkert fra flere, at den opptrappingsplanen som er lovet fra regjeringspartiene, også skal omhandle hvilket tilbud som skal være til beboere i sykehjem, og at den skal si noe om hvilket ansvar kommunene skal ha i fortsettelsen når det gjelder rehabiliteringstilbud, og om den økonomiske innsatsen når det gjelder aktørene som skal drive med rehabilitering.

Rundt alle formål pågår det prosesser – det har vært diskusjoner, debatter og meldinger som omhandler dette. Venstre slutter i stor grad opp om regjeringas arbeid på dette området. Det er målrettet innsats for å bedre tilbudet. Så er det en utfordring at det er en frihet i kommunene til å disponere ressursene. Også der mener Venstre at det skal være egenrådighet for kommunene, og det er da selvfølgelig også en grense for hva Stortinget skal overstyre kommunene med når det gjelder detaljregulering. Det er litt av bakgrunnen for at Venstre ikke støtter Senterpartiets forslag i denne runden.

Karin Andersen (SV) [15:25:58]: Denne saken handler om at vi er nødt til å erkjenne at et menneske er et menneske, enten man er nyfødt, barn, ungdom, voksen eller eldre. I alle livssituasjoner er vi det, og da trenger vi aktivitet, vi trenger noe meningsfylt å drive med, vi trenger trygghet, og vi trenger å få hjelp til våre helseproblemer, hvis vi har det. Vi fungerer som mennesker hele tida. Jeg tror vi må erkjenne at også veldig mange som trenger høy grad av hjelp til praktiske ting – enten man får det hjemme, trenger å være i en omsorgsbolig eller er så syk at man får plass på sykehjem – trenger aktiviteter utover det, både fysiske og andre aktiviteter, for å ha noe å fylle livet med.

Skal vi få det til, er vi nødt til å sørge for at det er noen mennesker som gjør den jobben, og det kommer til å koste penger å oppfylle alle de fine målsettingene som alle partiene nå er enige om at vi skal ha på plass. For alle sier jo det, og det har man sagt lenge. Dette er en av grunnene til at SV har prioritert å øke kommuneøkonomien med 6 mrd. kr utover det regjeringen og samarbeidspartiene har gått inn for. Blant annet er det 375 mill. kr til økt beman-

ning i omsorgen og også penger for å sikre seg mot de rettighetstapene vi vet forekommer fordi det er brudd på basis menneskerettigheter i eldreomsorgen, noe Stortinget ikke ville kartlegge etter SVs forslag som ble behandlet for noen måneder siden.

Vi kommer til å støtte disse forslagene, men vi ønsker en lovfestet bemanningsnorm i omsorgen. Det har vi også fremmet forslag om som dessverre er blitt nedstemt. Det må selvfølgelig gjelde både de sykepleiefaglige funksjonene og ergoterapi, fysioterapi og aktivtører. For det trengs. Det er viktig, som flere er oppe her og sier, at dette – selvfølgelig – må være pasientens helsevesen, og at de eldre i større grad må få bestemme selv. Men det må også etter hvert bli slik at de som har faglig kompetanse, må få større frihet til å bruke sin faglighet i hverdagen når de ser hva som trengs. Problemet i dag er at noen steder er ikke disse fagprofesjonene til stede, og der de er til stede, har de for liten tid. De har for liten tid til å kartlegge, og de har for liten tid til å følge opp den enkelte som trenger hjelp til ulike aktiviteter, enten det er fysisk tilrettelegging eller fysisk trening. Fysisk trening er viktig for alle, også når man er svært syk. All forskning viser at det virker positivt. Det kan man bare kjenne etter selv, når man har en dårlig dag eller ser på sine nærmeste som lever i slike situasjoner.

Jeg er spesielt opptatt av eldre med demens. Mange av dem kan være i fysisk veldig god form. De trenger virkelig å kunne bevege seg, og de har stor glede og nytte av det. Da er det også viktig at man får lagt til rette for det. Det brukes i altfor stor grad låste dører og tvang i omsorgen av demente, nettopp fordi de er raske til beins og har lyst til å bevege seg. Men det finnes det ikke muligheter til.

Da er det også svært viktig at man får til et samarbeid med frivillig sektor. Der er friluftslivsorganisasjonene veldig viktige når det gjelder å legge til rette for tilbud som også mennesker med demens kan bruke, slik at de får utfolde seg, som de trenger, under trygge forhold.

Vi ser selvfølgelig fram til de forslagene som regjeringen har sagt at de skal legge fram. Men det er behov for at man også prioriterer penger til dette. Vi ønsker å styrke kommunene, slik at de har mulighet til å gjennomføre dette, men vi ønsker også å stille helt konkrete krav til fagligheten som må være på plass for at disse tilbudene skal bli gode. Da er det mange ting som må på plass: Det er god faglighet, det er god ledelse, og det er tid og mulighet til å ivareta den enkelte. Vi trenger en bemanningsreform. Vi trenger ikke en kommunereform med større kommuner, men vi trenger en reform der kommunene har råd til å ansette dem de trenger, og vi trenger en tillitsreform, slik at fagprofesjonene kan få utøve sin profesjon på en faglig god måte.

Statsråd Bent Høie [15:31:22]: La meg først gå til kjernen: Hva er rehabilitering? Det er ingen enkelttjeneste, men en organisering av flere tjenester som skal gi brukeren et helhetlig, målrettet tilbud med formål å bedre brukerens mulighet til egenmestring og opprettholdelse av funksjon så lenge som mulig.

Mange eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig, og mange kommuner har derfor styrket rehabiliteringsinnsat-

sen i hjemmet. Forskning viser at den beste rehabiliteringen skjer nettopp i hjemmet, i brukerens vante omgivelser, forutsatt at det settes inn tilstrekkelig med ressurser. Innsatsen i sykehjem blir ofte knyttet til korttidsplasser og rehabiliteringsavdelinger. Det er bra, men det bør ikke gå på bekostning av tilbudet til beboere på langtidsplasser.

Alle brukere skal ha mulighet til å leve og bo selvstendig og leve et aktivt liv, fysisk og sosialt. Dette tydeliggjøres i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene har plikt til å legge til rette for et tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Alle brukere, uavhengig av alder, har rett til rehabiliteringstjenester. Flere skal få disse tjenestene i kommunene, i tråd med samhandlingsreformens og kommunereformens intensjoner. Pasientene utskrives tidligere fra sykehus, og det forventes at kommunene iverksetter rehabilitering i tidlig fase. Tett oppfølging og intensivt tilbud fra starten er ofte nødvendig for at rehabiliteringen skal ha effekt.

Gode rehabiliteringstjenester handler om kompetanse, ledelse, ressurser, holdninger og kultur. Rehabilitering er en tankegang som er nødt til å gjennomsyre alle ledd og deltjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Jeg er enig med forslagsstillerne i at rehabilitering av eldre og oppmerksomhet på kompetanse og tverrfaglig kompetanse i sykehjem er viktig. Mange sykehjemsbeboere vil ha en bedre hverdag hvis de får mer fysisk, sosial og psykisk stimulering.

Rehabilitering er et viktig område for regjeringen. Vi vil følge opp forslagene i stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste om å lovfeste kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blant annet gjelder dette krav om at kommunene skal ha fysio- og ergoterapeut. Videre har vi sagt at vi vil endre vilkårene for fastlønnstilskudd for fysioterapeuter for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene.

Vi har også lagt fram et kompetanseløft som skal bidra til å utvikle en faglig sterk tjeneste. Gjennom Kompetanseløft 2020 skal vi bidra til at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. De senere årene har vi styrket tilskuddet til lederopplæring. Vi vet at god ledelse er avgjørende for utvikling av gode tjenester, også på rehabiliteringsfeltet.

Jeg følger utviklingen av nye metoder på dette området med stor interesse. Nå har over 100 kommuner satt i gang prosjekter med hverdagsrehabilitering, og satsingen er evaluert. Mange kommuner har gode resultater.

I min egen hjemkommune, Stavanger, gikk kostnadene til hjemmesykepleie og korttidsopphold ned fra 15 til 5,5 mill. kr tre måneder etter Prosjekt Hverdagsrehabilitering. Og det aller beste: De eldre ble fysisk sterkere og fikk tilbake troen på at det er mulig å komme seg. Lignende erfaringer har man i andre kommuner og i Danmark og Sverige. Evalueringen i Stavanger konkluderte med at dette tilbudet må bli bedre kjent blant fastlegene. Det er jeg helt enig i.

I Omsorg 2020 har vi påpekt behovet for økt aktivitet og stimulering i sykehjem. Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator har gode forslag om hvordan kommunene kan or-

ganisere rehabiliteringstilbudet, og den er godt mottatt. Vi har også varslet en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, som vi tar sikte på å legge fram i år.

Rehabilitering av eldre og oppmerksomhet på tverrfaglig kompetanse i sykehjem er viktig. Samtidig er det den enkelte kommune som vet best hvordan ressursene skal utnyttes og tjenestene organiseres til beste for brukerne og ut fra de lokale forutsetningene.

Hvert enkelt menneske trenger et tilbud som passer for deres situasjon, og brukeren skal selv bestemme målet for rehabiliteringen. Helse- og omsorgspersonell må alltid stille spørsmålet: Hva er det som er viktig for deg? Dette er det viktigste spørsmålet, også når pasienten har behov for rehabilitering. Da er det også utrolig viktig at de som stiller spørsmålet, tar svaret på alvor.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Tove Karoline Knutsen (A) [15:36:27]: Regjeringa har lovet å legge fram en nasjonal opptrappingsplan for rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Mange pasientorganisasjoner og fagprofesjoner har etterlyst planen og uttrykt en viss utålmodighet over at den har uteblitt, så langt. Statsråden og regjeringspartiene framholder betydningen av lovfesting av ulike fagprofesjoner og deres tilstedeværelse i kommunal pleie og omsorg, men mange av de samme fagprofesjonene advarer mot å bruke lovfesting som sovepute, fordi det ikke sier noe om kvalitet og dimensjonering av de samme tjenestene, og mange sier at det jo godt kan tenkes at man går inn for minimumsstillinger på f.eks. 20 pst. Regjeringspartiene støtter ikke forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti om at det må komme konkrete tiltak i opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering i sykehjem.

Mener statsråden fremdeles at lovfesting av fagprofesjoner er et tilstrekkelig virkemiddel, eller kan han komme tilbake til mer konkrete tiltak som går på kvalitet og dimensjonering?

Statsråd Bent Høie [15:37:32]: Jeg forstår veldig godt at bruker- og pasientorganisasjonene er utålmodige etter at regjeringen skal legge fram en opptrappingsplan på rehabiliteringsfeltet, men det skal vi gjøre. Men utålmodigheten stammer jo først og fremst fra at de ble forespeilet dette i åtte år under den rød-grønne regjeringen, uten at det kom en eneste plan. Nå kommer planen.

Så er det helt riktig at det å lovfeste et krav til kompetanse i kommunen er et viktig virkemiddel, men det er selvfølgelig ikke det eneste virkemiddelet. Som jeg har sagt, vil vi komme med en opptrappingsplan, men vi jobber også med dette på mange andre områder. Blant annet bruker vi over 1 mrd. kr i året til å gi kommunene muligheten til både å etter- og videreutdanne egne ansatte, utvikle den kompetansen som det er behov for, og ved at vi nå jobber med å lage en egen trykghetsstandard for sykehjem som vil bli et konkret arbeidsverktøy, nettopp for å sikre de resultatene som jeg oppfatter at vi er enige om.

Tove Karoline Knutsen (A) [15:38:36]: Jeg vil bare opplyse statsråden om at det kom både en habiliterings- og en rehabiliteringsplan, mange viktige dokumenter og mer penger til rehabilitering på forrige regjervakt, så la nå det være sagt.

Men jeg glemte et konkret spørsmål: Vil regjeringa legge fram denne planen i forbindelse med statsbudsjettet, eller kan det tenkes at opptrappingsplanen kommer mot slutten av året – hvis det går an å stille et så konkret spørsmål?

Statsråd Bent Høie [15:39:04]: Ja, det går an å stille et så konkret spørsmål, men jeg tror representanten har så lang erfaring at hun vet at den typen spørsmål får hun ikke svar på, fordi en kommer selvfølgelig til å legge fram planen når regjeringen er ferdig med arbeidet med den. Det er riktig at det kom mange dokumenter fra den rød-grønne regjeringen, men det kom ingen opptrappingsplan på rehabiliteringsfeltet.

Kjersti Toppe (Sp) [15:39:41]: I denne innstillinga er det ein samla komité som står bak forslaget om at rehabilitering av eldre skal vera ein del av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Men regjeringspartia og Venstre stemmer ikkje for eit forslag frå mindretallet om at opptrappingsplanen må innehalda «konkrete tiltak for å sikre økte fysio- og ergoterapiressurser i sykehjem».

Så kan ein jo fundera over kvifor ein ikkje kan slutta seg til noko så opplagt. Når ein går for ein opptrappingsplan, tenkjer eg at det sjølv sagt må føra til auka fysioterapi- og ergoterapiressursar på sjukeheim. Kan statsråden bekrefte at han vil sikra auka fysioterapi- og ergoterapiressursar, eller meiner han at det ikkje skal skje?

Statsråd Bent Høie [15:40:45]: Jeg oppfatter at når regjeringspartiene og Venstre går inn for det forslaget som de gjør, er det nettopp fordi de har tillit til at det skal lages en opptrappingsplan. Men det er ingen grunn for disse partiene nå, på bakgrunn av et representantforslag, å gå inn for en rekke detaljerte forslag om hva en sånn plan skal inneholde. Den planen vil disse partiene ha full mulighet til å påvirke gjennom det arbeidet som skal gjøres før planen legges fram. Det vil jeg tro er den naturlige forklaringen på den stemmegivningen.

Det er helt åpenbart at regjeringen har vært veldig tydelig på at vårt arbeid på hele rehabiliteringsfeltet vil ha oppmerksomheten hovedsakelig rettet mot behovet for å bygge opp tjenesten i kommunen. Det er bl.a. en av grunnene til at rehabilitering er pekt på som et av de viktige områdene i forbindelse med kommunereformen og arbeids- og oppgavefordelingen der, at kommunene vil få et større ansvar på rehabiliteringsfeltet i årene framover. Det er også godt for pasienten.

Kjersti Toppe (Sp) [15:41:50]: Eg forstår ikkje heilt svaret, for spørsmålet er: Når ein seier A, at ein skal ha ein opptrappingsplan, og der skal rehabilitering av eldre vera med, men ein kan ikkje støtta at dette skal føra til auka fysioterapi- og ergoterapiressursar i eldreomsorga eller på

sjukeheim, forstår eg framleis ikkje argumentasjonen for kvifor ein ikkje kan seia B.

For å spørja annleis: Ser statsråden nokon argument for at det ikkje skal verta meir fysioterapi- og ergoterapiressursar på norske sjukeheimar etter opptrappingsplanen?

Statsråd Bent Høie [15:42:43]: Som jeg sa i mitt svar, tror jeg det helt åpenbare svaret på det spørsmålet er at når regjeringspartiene og Venstre så tydelig slår fast at regjeringen skal legge fram en opptrappingsplan, er det – og dette er «A» – ingen grunn til at disse partiene nå skal gå inn og vurdere alle «B-ene» som skal være i den planen. Det vil det være gode muligheter til i utarbeidelsen og behandlingen av planen. Senterpartiet kan ikke vri det til at dermed er disse partiene imot noen av de tiltakene. Representanten er veldig klar over at det er helt vanlig i Stortinget at når partier som sitter i regjering og deres støttepartier jobber med en sak, går en ikke inn og tar stilling til enkeltforslag som ligger i saken. Det gjør en når en har fått sett helheten og vurderer dette i en sammenheng.

Det er helt åpenbart at det er behov for å øke tilgangen på høy kompetanse knyttet til rehabilitering i kommunene. Det er en av grunnene til at disse partiene, i motsetning til Senterpartiet, har gått inn for å lovfeste krav om denne typen kompetanse i kommunene.

Karin Andersen (SV) [15:43:57]: Hvis man skal lovfeste krav om kompetanse, må man jo gå inn på de ulike faggruppene, og da kan man jo bli litt urolig når statsråden sier at det å si noe konkret om at det skal være fysioterapeuter og ergoterapeuter, er en detalj. Det kan umulig være en detalj i en rehabiliteringsplan.

Jeg vil spørre statsråden om noe annet, for hvis man skal få til dette, må man enten få nye ansatte eller frigjøre ressurser, og da må man lete etter tidstyver. I kommuneproposisjonen står det at man skal opprette et nytt kommunalt bruker- og pasientregister. Da er jo spørsmålet: Hva skal det fange opp som i dag ikke fanges opp av alle de registreringene som gjøres, f.eks. gjennom IPLOS-registrering? Kan statsråden si noe konkret om hva dette er, og vil man i så fall kunne fjerne noen av de andre registreringene som i dag tar tid og ressurser, som kunne vært brukt til rehabilitering?

Statsråd Bent Høie [15:45:02]: For det første har jeg aldri kalt fysioterapi- og ergoterapitjenester «en detalj». Så jeg vet ikke hvor representanten har det fra. Det som jeg sa, var at det detaljerte innholdet i en opptrappingsplan vil en selvfølgelig komme tilbake til senere. Men vi har vært tydelige på – Stortinget også – hvilke typer kompetansekrav som skal stilles i den nye loven. Loven vil bli fremmet for Stortinget om ikke så lang tid, og da kan også alle andre partier ta stilling til og eventuelt tenke seg om når det gjelder hvorvidt en fortsatt vil være imot et sånt kompetansekrav. Men når det gjelder fysio- og ergoterapi, har Stortinget vært veldig tydelig på at det vil det være kompetansekrav til i kommunene. Da er det en fordel at kommunene blir større, sånn at en får gode og robuste kompetansmiljø på disse områdene. Det vil bedre det.

Når det gjelder det nye kvalitetsregisteret for kommunale tjenester, er det et stort behov for å vite mer om nettopp kvaliteten i tjenestene, som mange har etterlyst. Den saken ligger nå til behandling i Stortinget.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

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

Kjersti Toppe (Sp) [15:46:27]: Eg har berre eit par kommentarar til slutt.

Dette med store kommunar vert alltid, i alle helsesaker, tatt opp. Når det gjeld denne saka, må eg seia at bakgrunnen min for forslaget var at eg for eitt års tid sidan hadde – dessverre, heldt eg på å seia – veldig sterk nærkontakt med eldreomsorga i Bergen kommune, Noregs nest største by. For å seia det sånn: Det var der eg oppdaga kor ille det stod til med aktivitet, manglande ergoterapitener og nesten fråverande fysioterapitener. Så viss dei store kommunane i dag er malen for korleis det skal verta i samanslåtte kommunar, er det ganske bedrøveleg. Det er det eine.

Senterpartiet har fått kritikk og vorte nærmast latterleggjort for at vi i det heile tatt fremja dette forslaget, når vi ikkje stemte for lovfesting av profesjonar. Lovfesting av profesjonar er ikkje ei svær sak for oss. Det har vore lovfesting av profesjonar før, og no har det vorte det igjen. Vi ville lovfesta kompetansen, regjeringa ville lovfesta profesjonar, men hadde utelate ergoterapeutane. Vi er veldig for at når ein først skal ha lovfesting, må det gjelda dei viktige. Ergoterapeutane kom heldigvis inn igjen. På same måten: Når vi i dag har ei forskrift om kva slags profesjonar som skal og må vera tilknytte ein sjukeheim, synest vi det er urimeleg at fysioterapeutar og ergoterapeutar ikkje er med. Eg veit ikkje kva SV gjer, men vi registrerer at vi ikkje får nokon andre parti med oss på det. Men eg meiner at det framleis er ein mangel ved dagens forskrift at det berre omhandlar legar og sjukepleiarar.

Vi får bera over med den harseleringa som vi har møtt. Vi har fått enorm støtte ute for dette forslaget. Eg trur alle, både dei som jobbar, dei som er pårørande, og dei som er brukarar, ser at det er for lite aktivitet i eldreomsorga i dag. Eg ser ikkje at andre kjem med betre forslag til korleis dette kan styrkjast, enn dei forslaga som vi har fremja i dag for Stortinget.

Astrid Aarhus Byrknes (KrF) [15:49:18]: Eg har lyst til å takka statsråden for innlegget hans, som hadde veldig mange viktige, gode refleksjonar og tiltak som no blir varsla for rehabiliteringsfeltet. Det ser vi verkeleg fram til.

Eg har lyst til å leggja til at ved fysisk aktivitet og med all type rehabilitering er det avgjerande at det er eit felles ansvar mellom dei ulike profesjonane, og at det er eit naturleg tilbod gjennom heile dagen. Anten det er rehabilitering på ei sjukeheimsavdeling, på ei korttidsavdeling eller ein kjem inn for å få det på dagtid frå heimetenesta, så er det viktig at det tverrfaglege teamet er skrudd saman slik at brukaren får dekt det behovet som ein har til kvar tid.

Det gjeld om ein bur heime eller om ein bur i institusjon, i ulike butilbod der.

Alle brukarar eller bebuarar er ulike og treng ulik oppfølging. Det er viktig når ein snakkar om rehabilitering. Når den varsla planen om rehabilitering no kjem frå regjeringa, er han veldig velkommen. Eg tenkjer at det er både viktig, heilt riktig og nødvendig at vi får ein sånn type opptrappingsplan.

Ketil Kjenseth (V) [15:50:58]: Til Senterpartiets Kjersti Toppe: Jeg håper ikke jeg var en av dem som ga inntrykk av at jeg ville harselere. Jeg sa tvert imot innledningsvis at jeg tror vi alle deler intensjonen.

Og nei, store kommuner er ikke malen for hvordan vi ønsker at det skal være. Utfordringen er at hadde vi bare hatt 700 små kommuner i Norge, hadde midlene til administrasjon nærmest forsvunnet langt utenfor vår fatteevne – til helt andre oppgaver enn kvalifisert rehabilitering.

Så utfordringen er, som jeg var inne på, at vi har for store variasjoner. Det var én av grunnene til at Venstre forhandlet inn et pilotprosjekt ved Helsehuset i Askim. Det er sju kommuner i Indre Østfold som samarbeider om Helsehuset i Askim. Det er en helt riktig satsing, det tror jeg alle partier vil mene – med både legevakt, øyeblikkelig hjelp og god legedekning – men de ser behovet for rehabilitering. Østfold er et av fylkene som bruker mindre på rehabilitering enn andre deler av landet, og har faktisk et større behov. Noe av det de opplever, er at det her er for få standardiserte rehabiliteringsforløp. Det gjelder eldre pasienter som har kols, eller som skal tilbake etter hjerteinfarkt eller slag. Vi har en stor oppgave i å standardisere mer og få flere aktører til å samarbeide på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og Helsehuset i Askim samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Dette må vi sette inn ressurser på sentralt, og det er én måte vi kan fordele ressursene smartere og bedre på.

Så er det også – jeg var inne på folkehelse – muligheter i å ta ressursene bedre i bruk i fellesskap. Lyst på livet er ett av de tilbudene som er autorisert, og hvor menigmann er satt i stand til å hjelpe andre. Også slike tilbud skal vi utvikle og ta i bruk i større grad. Det er mange ressurser å spille på, men i sum krever dette en bedre organisering og fordeling av ressursene for å få ut det produktet vi faktisk alle er enige om at vi ønsker å styrke.

Når det gjelder kommuneøkonomien, er den selvfølgelig en viktig del av dette, men vi har jo sett en formidabel utvikling i kommuneøkonomien de siste årene. Det er ikke der det nødvendigvis strander. Det er både prioriteringene i kommunene og hvordan vi fordele ressursene mellom stat og kommune for å få til en effektiv organisering, som er ett av spørsmålene.

Karin Andersen (SV) [15:54:10]: Hvordan vi fordele ressursene mellom stat og kommune, handler vel nettopp om hvorvidt kommunesektoren skal ha en større del av totaløkonomien enn den har i dag – nettopp for å løse disse oppgavene og kunne ha tilstrekkelig mange ansatte for å sikre at omsorgen også omfatter det som dette for-

slaget handler om, og det regjeringen skal legge fram i sin rehabiliteringsplan.

Det er nok ikke slik at det nødvendigvis er størrelsen på kommunen som avgjør om kvalitet og dimensjonering er riktig. Det handler jo om hvorvidt det er penger til å ansette nok folk til å gjøre jobben, og at ressursene ikke bare blir brukt til å administrere seg selv, men til faktisk å bistå dem som trenger bistand på ulike områder – at man har mulighet til å gjøre jobben ordentlig. Da synes jeg det blir litt usaklig å snakke om 700 kommuner og slikt, for det er det vel ingen som har ment.

Diskusjonen om fysioterapi og ergoterapi er en detalj. Grunnen til at jeg spurte om det, var at statsråden sa nettopp det han sa nå, i replikkordskiftet – at man ikke ville ta stilling til dette nå, men komme tilbake til detaljene. Jeg oppfatter at han rettet opp det i sitt svar, slik at han tok vekk inntrykket av at statsråden mente at om man skal ha ulike fagprofesjoner inn i dette, er en detalj, for det kan det umulig være. Det må nødvendigvis være noen som kan rehabilitering – hvis man skal heve nivået på og volumet av rehabiliteringen. Da er disse fagprofesjonene helt nødvendige. Selv mener jeg også at man bør se på aktivitetører, for det er en viktig bit som er uvurderlig for mange, og også samarbeidet med frivillig sektor. Det er viktig.

Når det gjelder dette med tidstyver og det å få fjernet en del av rapporteringsrutinene som er nå, svarte ikke statsråden direkte på mitt spørsmål, som var knyttet til IPLOS-registreringen, som det var mye strid om da den ble gjennomført. Hva nytten av den har vært til nå, er jeg i tvil om. Den er veldig detaljert, og det er svært mange rapporteringsrutiner som de ansatte nå må forholde seg til. Noe av det er nødvendig, men jeg tror det er helt nødvendig å gå gjennom alt dette og få standardisert det til noen viktige indikatorer som kan si noe helt substansielt om kvaliteten på det som gjøres, og at man kan bruke indikatorene til noe som får konsekvenser, både for den kommunale driften og for den statlige finansieringen av den kommunale driften videre.

Bård Hoksrud (FrP) [15:57:31]: Ordfører! Nei – president! Sånn er det å være på alle nivåer.

Dette har vært en interessant debatt å sitte og høre på. Jeg registrerer at representanten Toppe ikke var så glad for at man påpekte at Senterpartiet ikke bare har stemt imot, men de var faktisk med på å fjerne profesjonene fra sykehjem – og nå er de for det. Det er jo vi veldig glad for, det er nettopp derfor regjeringenspartiene har sørget for at ergoterapeuter også skal være en profesjon som nå skal inn i sykehjemmene. Derfor ser jeg fram til rehabiliteringsplanen som kommer etter hvert.

På samme måte er det interessant å høre på representanten Karin Andersen og SV, som altså i åtte år har kjempet imot bemanningsnorm – i hvert fall alle de gangene det forslaget har vært oppe – men nå plutselig har blitt for det man har vært imot i åtte år. Men sånn kan det jo gå. Men jeg er veldig glad for at dette med rehabilitering kommer så høyt på dagsordenen som det det gjør nå, og den debatten vi har hatt i dag, fordi den viser jo at alle er enige

om at dette er et viktig område som det er viktig å styrke, og som det er viktig å gjøre noe med. Og jeg kan skrive under på det representanten Toppe tar opp, at dessverre er det sånn ved mange sykehjem at man kan få et ganske bra tilbud før man kommer på sykehjemmet, men når man kommer dit, opplever man at det tilbudet man hadde om rehabilitering og den type ting, blir borte fordi det er sykehjemmet som overtar, og der har man ikke de ordningene, eller man gjør det ikke. Det kan selvfølgelig også handle om ressurser, men det er jo noen som klarer å få det til med de samme ressursene i forhold til kommuneøkonomien. Så jeg tror det handler litt om vilje og å ha trykk og fokus på området, da er det utrolig hva man kan klare å få på plass.

Så jeg er veldig glad for debatten, og jeg har gledet meg til at statsråden skal legge fram meldingen, når den kommer til Stortinget, og jeg tror det kommer til å være mye vi kan være enige om. Det jeg tror alle her er enige om, er at det med aktivitet betyr veldig mye for livskvaliteten, både fysisk og psykisk for den enkelte, og derfor er det også viktig. Det viser også, som statsråden var inne på, at man kan som i Stavanger både spare penger og ikke minst gi bedre livskvalitet, og det er det aller viktigste med dette, nemlig å gi bedre livskvalitet til den enkelte som trenger disse tjenestene.

Tove Karoline Knutsen (A) [16:00:29]: Bare en liten korleksjon til representanten Hoksrud: Å ta vekk lovfesting av enkeltprofesjoner til forkleinelse for andre, som ikke er lovfestet, er ikke det samme som å fjerne profesjoner.

Det jeg var opptatt av i mitt innlegg i stad, var at lovfesting av profesjoner sier ingenting om kvalitet og dimensjonering. Som enkelte representanter for fagprofesjonene har sagt flere ganger til oss: Lovfesting av en profesjon kan bety at det er en minimumsstilling det er snakk om, som ikke gjør noen ting fra eller til. Lovfesting er altså ikke en tilstrekkelig premiss, kanskje ikke heller en nødvendig premiss, slik vi ser det.

Så igjen til statsråden og opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering: Vi laget en nasjonal strategi og en opptrappingsplan for ungdomshabilitering. En nasjonal strategi med penger som satser på habilitering og rehabilitering, kan jo ses på som en opptrapping i alle fall – en opptrapping med en nasjonal strategi. Så la oss nå bli enige om det, sjøl om vi kan bruke litt ulike ord på det.

Når det er sagt, ser jeg veldig fram til at statsråden skal komme med en opptrappingsplan, som jeg forsto skulle skje dette året – hvis jeg oppfattet ham riktig. Da regner jeg med at den kommer en eller annen gang til høsten, før årsskiftet. Det ser jeg fram til. Men det er ingenting i lovfesting av enkeltprofesjoner som garanterer at man får god pleie og omsorg, heller ikke god rehabilitering eller habilitering. Det må også beskrives noe med hensyn til dimensjonering og ikke minst til kvalitet. Jeg håper at statsråden vil komme tilbake og si noe mer konkret enn det han nå gjorde i svaret på spørsmålet jeg stilte ham.

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

Karin Andersen (SV) [16:02:47]: Til representanten Hoksrud: SV har slåss for bemanningsreform hele tida, også da vi var i regjering. Men hvis man hører på innleggene her nå, skjønner man at det var en sak som SV ikke vant i regjering. Men vi har vært for det hele tida.

Det er riktig som representanten Knutsen nå sier, at en bemanningsnorm ikke løser alt. Man må ha med dette med kvalitet og omfang i tillegg. De to viktige tingene for oss når vi mener at vi må ha bemanningsnormer, er nettopp at man sikrer at man har riktig kompetanse på plass – for det må være på plass – og det andre er at når man stiller slike krav, er det ikke bare kommunene de kravene stilles til. De stilles også til staten, som skal finansiere det. Det er uhyre viktig, for man har veldig lett for å vedta veldig mye som kommunene skal drive med. Men til det å vedta at de faktisk har gode nok økonomiske rammer til å kunne realisere alle kravene, er det et stykke igjen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4.

Sak nr. 5 [16:03:58]

Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren:

«Da Stortinget vedtok Nasjonal helse- og sykehusplan, var en samlet komité enig om at det må stilles høyere og nye krav til ledelse i fremtidens helsetjenester. I innstillingen viste komiteen til at sykehusene ikke lar seg fjernstyre, og at det er behov for stedlig ledelse av sykehusene. Stortinget vedtok at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved sykehus. Komiteen understreket i innstillingen behovet for at ledere må kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøer best mulig. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring kan fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen. I ettertid er det likevel reist tvil om hva Stortinget la i begrepet stedlig ledelse.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre ny og bedre ledelse av norske sykehus, og hvordan vil statsråden følge opp Stortingets vedtak om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus?»

Kjersti Toppe (Sp) [16:05:04]: Da Stortinget vedtok Nasjonal helse- og sykehusplan, var ein samla komité einig om at det må stillast høgare og nye krav til leiging i framtidens helseteneste. Stortinget vedtok at stadleg leiging skal vera hovudregelen ved sjukehus. Komiteen understreka i innstillinga behovet for at leiarer må kjenna dei tilsette for å kunna utvikla fagmiljøet best mogleg.

I dag er lovkrava når det gjeld leiging i helseføretaka, at det skal vera einskapleg leiging på alle nivå, for å vareta klare ansvarsforhold. I komiteen si innstilling til Nasjonal helse- og sykehusplan uttalte fleirtalet i komiteen, medle-

mene frå Høgre, Framstegspartiet, Kristeleg Folkeparti og Venstre, at dei «støtter prinsippet om stedlig ledelse, slik det for eksempel er på Ringerike sjukehus i Vestre Viken.» Partia uttalte vidare at det «må tas hensyn til at sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse».

Ein samla komité stod til slutt bak forslaget om at stadleg leiging skal vera hovudregelen ved sjukehus. Men same dag som Stortinget vedtok Nasjonal helse- og sykehusplan, gjorde Helse Møre og Romsdal eit vedtak om ein ny styringsmodell der dei ikkje innførte stadleg leiging, men i staden utvida klinikkorganiseringa og klinikkleinga.

I eit svar på eit skriftleg spørsmål har statsråden slått fast at det han antyda i spørjetimen den 13. april om stadleg leiging ved Ringerike sjukehus, var misvisande. Frå Stortingets talarstol uttalte statsråden da:

«Jeg oppfatter at den modellen som nå er til diskusjon, i Møre og Romsdal, i veldig stor grad bygger på de samme prinsippene som modellen på Ringerike sykehus – som flere, ikke minst representanter fra Senterpartiet, har trukket fram som en veldig god løsning.»

I svaret på det skriftlege spørsmålet frå 22. april 2016 går statsråden imot dette. Der vert det slått fast at det som Helse Møre og Romsdal har vedtatt, er noko heilt anna enn prinsippa som modellen Ringerike sjukehus byggjer på. Ringeriksmodellen har stadleg leiar med ansvaret for indremedisin, kirurgi, gynekologi og obstetrikki – altså dei tunge postane – mens rus, psykiatri, røntgen og lab er haldne utanfor og organiserte i ei felles klinikkleiging i føretaket. Det som Helse Møre og Romsdal har vedtatt, er å føra vidare ein modell med tverrgående klinikkar og å utvida desse til også å omfatta kirurgisk verksemd. Så heiter det at dei i neste fase skal avgjere korleis stadleg leiging skal organiserast.

I det skriftlege svaret frå statsråden vert òg det vist til at «[a]dministrerende direktør er imidlertid klar på at valg av ledelsesform er tidsbestemt ut fra dagens situasjon, og at det på et senere tidspunkt hvor man har kommet lengre i funksjonsfordeling, samhandling og standardisering, godt kan tenke seg å organisere de somatiske klinikkene på de enkelte sykehusene for eksempel som i Vestre Viken HF.»

Så korleis skal vi forstå dette svaret – at stadleg leiging berre skal innførast etter at akuttfunksjonar er lagde ned og aktivitetane er ferdig sentraliserte? Korleis er vedtaket frå Stortinget oppfylt – om at stadleg leiging skal vera hovudregelen ved norske sjukehus – når statsråden sjølv godkjenner innføring av klinikkleiging som hovudregelen i eit heilt føretak? Betyr ikkje vedtaket i Stortinget noko som helst? Her har nokon, for ikkje å seia mange, vore svært uærlege i debatten. Eg meiner at uklare politiske signal er verre enn ingen signal. Eg har, i ettertid av vedtaket i Nasjonal helse- og sykehusplan, tatt dette opp med statsråden i to skriftlege spørsmål og i eitt spørjetimespørsmål – om vedtaket i Helse Møre og Romsdal om klinikkorganisering er i tråd med Stortingets vilje, og om statsråden meiner at dette er å innføra stadleg leiging som ein hovudregel ved norske sjukehus.

Helseministeren hadde, som mange nok er kjende med, føretaksmøte den 4. mai, med alle dei regionale helse-

føretaka. Her vart det gjengitt at Stortinget har vedtatt at ordninga med stadleg leiing skal vera hovudregelen ved norske sjukehus, men i føretaksmøtet presiserte statsråden

«at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt.»

Det betyr at statsråden meiner at stortingsvedtaket om stadleg leiing vert oppfylt i ei rein klinikkleiing der det vert gitt nokre fullmakter om lokal leiing til den enkelte av fagsjefane. Men korleis skal dette fungera i praksis? Kva slags fullmakter kan verte gitt som sikrar stadleg leiing når den stadlege leiaren har minimalt med ansvar for det som skjer på den lokale plassen? Dersom ein f.eks. plasserer klinikk-sjefen for kirurgi på eitt sjukehus som stadleg leiar der, har han verken ansvar for heile den medisinske avdelinga, for føde eller obstetikk, for røntgen og lab og heller ikkje for dei merkantile eller bygningsmessige forholda. Kva slags lokal leiar vert det? Og kva slags lokal leiing vert det ut av slikt?

Tilbake til komitéinnstillinga, som eg meiner no er sett til side: I den seier ein samla komité:

«Komiteen mener stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer, usikkerhet og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene.»

Komiteen seier vidare:

«Komiteen understreker at stedlig ledelse er sterkt medvirkende til å bygge en god kultur og sterke fagmiljø. God kultur og godt arbeidsmiljø skapes ved å ha en stedlig leder som kan bidra med nødvendige avklaringer i daglig drift og minimere usikkerhet, sørge for tydelig oppgavefordeling og som kjenner de ansattes omgivelser og rammevilkår ved å delta nært i pasientbehandlingen.»

Dessutan:

«Komiteen vil fremheve at førstelinjeledere i sykehus på mange måter er nøkkelen til bedre arbeidsmiljø, kultur og ledelse. Førstelinjeledere leder møtet mellom pasient og behandler, har ansvaret for å omsette det politiske budskapet til praksis, og styrer på mange måter økonomi og kvaliteten som leveres.»

Og til slutt:

«Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring kan fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen.»

Eg vil seia at ein skal ha ganske vondt i viljen når ein klarer å lesa komitéinnstillinga på ein måte som endar opp i at ein i føretaksmøtet nærast oppmuntrar helseføretaka til å innføra klinikkleiing likevel, og at det som komiteen har skrive, ikkje skal forståast slik at leiaren i helseføretaket skal lesa komitéinnstillinga og tru at den skal vera eit hinder for å innføra klinikkorganisering.

Da eg hørde ordlyden om stadleg leiing som hovud-

regel, tenkte eg i min naivitet at ja, det kunne vera tenkt på dei føretaka som har eit lite sjukehus, der dei innførte stadleg leiing, men ikkje på absolutt alle. Eg tenkte på Helse Fonna i Hordaland, som har innført stadleg leiing, men ikkje på Odda sjukehus. At stadleg leiing ikkje skal innførast i eit heilt føretak der vi snakkar om store sjukehus som Molde sjukehus og Ålesund sjukehus, det kunne eg ikkje ha trudd vart eit resultat av komiteens innstilling.

Både Arbeidarpartiet, Høgre, Framstegspartiet, Kristeleg Folkeparti og Venstre står bak forslaget og innstillinga om stadleg leiing i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Saksordførar Kristin Ørmen Johnsen sin første kommentar til vedtaket i Helse Møre og Romsdal var å be direktøren der lesa sjukehusplanen. Også Arbeidarpartiet har uttrykt sin skepsis til det som har skjedd.

Dersom vedtaket frå Helse Møre og Romsdal vert ståande, er det eit viktig signal også til andre føretak. Eg veit at Helse Nord følgjer nøye med her, og vert klinikkleiing akseptert i Møre og Romsdal, så vert det resultatet også i nord.

Kan statsråden forklara Stortinget i dag korleis stadleg leiing skal verte varetatt når det vert innført ei klinikkleiing, og – igjen – forklara korleis han og regjeringa kan meina at dette er å følgja opp Stortingets vedtak?

Statsråd Bent Høie [16:14:53]: Da Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan, ble følgende flertallsforslag vedtatt:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Representanten Toppe reiser spørsmålet om hva jeg vil gjøre for å sikre ny og bedre ledelse av norske sykehus, og hvordan jeg vil følge opp Stortingets vedtak.

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak har jeg stilt krav til de regionale helseforetakene om at de skal legge planen og innstillingen til grunn i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten. Dette skjedde i foretaksmøtet 4. mai.

Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endringer av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner. I foretaksmøtet viste jeg også til at hensiktsmessig oppgavefordeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette.

Jeg mener at disse rammene ivaretar Stortingets forutsetning om at det skal være både stedlig ledelse ved sykehusene og et sterkt, gjennomgående ledelsessystem på tvers av sykehusgrenser i et helseforetak. Ledere må være til stede og kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøene og gi best mulig pasientbehandling. Et sterkt, gjennomgående ledelsessystem på tvers av sykehusgrenser skal sikre helhetlige og gode pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten. Sykehusene skal jobbe i team. Det er viktig for kvalitet, for pasientsikkerhet og for å standardisere

behandlingstilbudene ved alle sykehusene i helseforetaket.

Det er også lovfestet at sykehus «skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer». Med enhetlig ledelse på alle nivåer sikrer vi klare ansvarsforhold og at medarbeiderne kun har én leder å forholde seg til på hvert nivå.

Sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse. Det må tas hensyn til dette når det skal etableres stedlig ledelse, og løsningen må tilpasses de lokale forholdene. Styret og daglig leder har ansvar for at organiseringen er hensiktsmessig og ivaretar kravet til faglig forsvarlig virksomhet.

Jeg skal nevne noen eksempler på organisering som synliggjør noen utfordringer:

Helse Møre og Romsdal HF har besluttet å videreføre en modell med tverrgående klinikker i en første fase og utvide den til også å omfatte kirurgisk virksomhet. I neste fase skal de beslutte hvordan stedlig ledelse skal organiseres. En evaluering av Deloitte viser at de tverrgående klinikkene i større grad enn de geografiske klinikkene bidrar til å fremme samhandling på tvers av sykehusgrenser, mer likeverdige helsetjenester, kontinuitet i fagutviklingen og bedre ressursutnyttelse. En svakhet ved tverrgående klinikker var opplevelsen av at det var et manglende helhetsansvar for de ulike geografiske lokasjonene, og det ble uttrykt behov for stedlig ledelse og koordinering.

Nordlandssykehuset HF ble i 2009 organisert etter en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse på alle områder, på tvers av lokasjoner. De har stedlig ledelse på lavere nivå i organisasjonen med ansvar for eget fagområde på en geografisk lokasjon. En ny fullmaktsstruktur skal legge til rette for desentralisering av ansvar og myndighet. En evaluering i 2013 anbefaler at sammenslåingen til felles klinikker på tvers av geografi opprettholdes og utvikles videre. Det pekes på at sykehusene i Lofoten og Vesterålen ville ha stått svakere uten et større fagmiljø ved sykehuset i Bodø. Som forbedringspunkter vises det til at gjennomgående, faglig ledelse må på plass i alle klinikker, og at klinikklederne må være jevnlig til stede på alle lokasjoner.

Helse- og omsorgskomiteen viser til Vestre Viken HF og støtter hvordan stedlig ledelse er organisert der. Ved sykehusene i Kongsberg, Drammen, Ringerike og Bærum har stedlig leder ansvaret for de somatiske avdelingene. Psykisk helsevern, rusbehandling, laboratoriemedisin, radiologi, prehospitale tjenester og intern service er organisert i tverrgående klinikker.

Oslo universitetssykehus HF har tverrgående klinikker, hvor de aller fleste enheter har stedlig ledelse der pasientbehandlingen foregår. Ved noen mindre enheter vil oppgavene best kunne løses med ledelse på tvers av lokalitet, konkluderte en intern gjennomgang.

Helse Førde HF har tverrgående klinikker, med unntak av Nordfjord sjukehus. Der har stedlig leder hovedsakelig ansvaret for kommunikasjon og samhandling lokalt og rapporterer til administrerende direktør.

Som jeg har vist, har helseforetakene på ulike måter tilpasset organiseringen av sykehusene til stedlig ledelse og tverrgående klinikker. Spørsmålet er om rammene for

stedlig ledelse bør defineres nærmere enn Stortinget har vedtatt.

Etter min vurdering er det viktig at helseforetakene har anledning til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, kompleksitet og størrelse innenfor de rammene som Stortinget setter. Det er behov for bedre samspill og samhandling mellom sykehus, og det er behov for nærhet til stedlig leder ved de geografiske lokasjonene.

Spørsmålet om på hvilket nivå det skal være stedlig leder, er sentralt. I dagens organisering er det ulike varianter av tverrgående og geografiske klinikker, avdelinger og enheter. Det normale er likevel fire ledelsesnivåer i helseforetak: administrerende direktør, klinikkleder eller sykehusleder, avdelingsleder og seksjons- eller enhetsleder.

Helse- og omsorgskomiteen har uttrykt at førstelinjelederne nær pasientbehandlingen bør løftes fram. Kravet til stedlig ledelse er spesielt viktig for ansatte som driver med pasientbehandling. I de fleste helseforetakene vil dette være ledernivå 4 – seksjon eller enhet. Lederne på dette nivået har mange ansatte under seg, og det er derfor viktig at lederen er til stede. De fleste sykehusenheter har stedlig ledelse på nivå 4.

På nivået over, nivå 3, er det bare ledere som rapporterer, og det er ikke like avgjørende at lederen er til stede til enhver tid.

På generelt grunnlag vil stedlig ledelse høyere oppe i organisasjonen være gunstig for samordning lokalt og at det tas et helhetsansvar, mens tverrgående ledelse kombinert med stedlig ledelse lavere i organisasjonen vil være gunstig for samordning mellom sykehus, mer likeverdige helsetjenester, kontinuitet i fagutviklingen og bedre ressursutnyttelse. Behovene vil variere mellom helseforetakene, og de vil også variere over tid.

Alt trekker i retning av at det bør være fleksibilitet for den øverste ledelsen i helseforetaket til å organisere virksomheten på den måten som oppfattes som best mulig for å få gode resultater. Styret og daglig leder har ansvar for at styringssystemet er forsvarlig og fungerer på alle nivåer. Det er også opp til toppledelsen hvordan styringssystemet og virksomheten skal organiseres innenfor de lovpålagte kravene. Det er viktig at den som har ansvaret for virksomheten, har mulighet til å tilpasse styringssystemet til virksomhetens størrelse og behovet for samarbeid med og avhengighet av andre sykehus. Det gjelder både for øyeblikkelig hjelp og for planlagte helsetjenester. Det er vanskelig å se for seg at man ved å stille detaljerte krav til en bestemt modell vil kunne favne alle lokale forhold.

Som nevnt har jeg stilt krav i foretaksmøtet om at de regionale helseforetakene skal følge opp Stortingets vedtak om at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus. Det bør være opp til helseforetakets styre og daglig leder, i samarbeid med de tillitsvalgte og ansatte, å finne gode løsninger på hvordan virksomhetene best kan organiseres. Jeg presiserte også at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Helseforetakene må derfor gjennomgå sin fullmaktsstruktur i forbindelse med

oppfølgingen av Stortingets anmodningsvedtak. Det må tas stilling til hvordan de ulike ledelsesnivåene skal fatte beslutninger, bl.a. om ressurspørsmål og arbeidets organisering, og hvordan fullmakter på vei til førstelinjen bør utformes.

Kjersti Toppe (Sp) [16:24:21]: Det som opprører meg i denne saka, er for så vidt ikkje at vi får meir klinikkleiing ved norske sjukehus, som eg ikkje har noka tru på, det er erkjenninga av at Stortinget behandlar ei sak – vi skriv ting i merknader, ein seier ting i debattar – og når det kjem til stykket, så har det ingen som helst verdi. Dersom det statsråden no seier, vert realiteten – viss ikkje Stortinget mannar seg opp og fortel at det skal skje noko anna – så fortset jo alt som før, og etter alt det arbeidet vi hadde med sjukehusplanen, synest eg det er veldig trist å vera vitne til.

I tidlegare svar har statsråden gjort eit nummer av at Senterpartiet føreslo ei anna stadleg leiing med eit anna innhald enn det som vert fleirtalet i innstillinga, og det er heilt korrekt. Eg er einig i éin ting av det som statsråd Høie sa i innlegget sitt, og det er at fleirtalet i Stortinget ikkje var gode nok på å definera kva dei meinte med stadleg leiing. Det var vel egentleg berre Senterpartiet som definerte, og det fekk vi ikkje fleirtal for, og det er greitt, men det som vart vedteke, var for utydeleg. Difor har vi denne situasjonen no, og den må Stortinget rydda opp i.

Senterpartiet føreslo – og det har vi meint heile tida – å ha Vossamodellen som ein mal for stadleg leiing. Direktøren på Voss har overlevd seg sjølv og føretakssystemet. Han har vore direktør heilt sidan før 2002, han har ansvaret for heile sjukehuset – alle avdelingar, bygg, reinhald, alt som er – og det fungerer heilt glimrande. Som eit neste kompromiss kan vi da gå inn for ein Ringeriksmoell, der ein i alle fall har ein stadleg leiar som har ansvaret for dei viktigaste somatiske postane: kirurgi, indremedisin og føde.

Men det som vi opplever no i Helse Møre og Romsdal, er jo at ikkje eingong det legg ein i «stadleg leiing». Det er i realiteten ei full klinikkorganisering, der ein seier nokre fine ord om at ein likevel skal klare å få til stadleg leiing. Unnskyld meg, men eg forstår ikkje korleis ein skal sikra stadleg leiing slik komiteen har beskrive det i innstillinga, i ei klinikkorganisering. Det er òg difor eg tar opp denne interpellasjonen. Det er ei viktig sak, og eg har ikkje fått svar på dette i mine tidlegare spørsmål til Stortinget.

Statsråd Bent Høie [16:27:38]: La det ikke herske noen tvil om at Stortingets vedtak om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus, har betydning for oppfølgingen i helseforetakene i etterkant. Dette er nå – 4. mai i år – stilt som en del av kravet til helseforetakene, som de skal følge opp, etter at Stortinget vedtok Nasjonal helse- og sykehusplan. Men som stortingsflertallet også ga uttrykk for i innstillingen, finnes det ulike måter å oppnå dette på. Senterpartiets modell var ikke en modell som stortingsflertallet sa skulle være regelen overalt. Det betyr ikke at Senterpartiets modell ikke kan brukes de stedene der en lokalt finner det fornuftig.

Ringeriksmoellen, som stortingsflertallet viste til, er

en modell som kombinerer tverrgående klinikker med stedlig ledelse. Det er det prinsipielle i den modellen. Den finnes det ulike former for ulike steder, f.eks. i Nordfjord, som også har stedlig ledelse, noe som oppfattes som et viktig bidrag til en positiv utvikling på det sykehuset.

Så viser representanten gjentatte ganger til Helse Møre og Romsdal. Det er jo slik at det er en modell som ikke er ferdig. Det er en modell som kom i gang før en var kjent med hva Stortinget mente om dette området, med en klinikkstruktur, men ledelsen har vært veldig tydelig på – og det er selvfølgelig slik – at Helse Møre og Romsdal også må følge opp føringene som er kommet fra Stortinget, og i neste omgang fra meg i foretaksrådet, og finne en løsning på hvordan de skal etablere stedlig ledelse. Men representanten Toppe har ingen mulighet til å felle en dom over den modellen nå. I så fall må representanten Toppe se inn i framtiden, for den modellen er altså ikke laget ennå. Vi er også nødt til å kunne gi helseforetakene våre noe tid til å følge opp Stortingets vedtak og foretaksrådet som ble avholdt 4. mai. Når Helse Møre og Romsdal har etablert sin modell med stedlig ledelse, får en heller da diskutere om en er enig eller uenig om den er innenfor de rammene som Stortinget har lagt, men jeg tar det som en selvfølge at alle helseforetakene følger opp det oppdraget som de nå har fått i foretaksrådet.

Torgeir Micaelsen (A) [16:30:42]: Det er ikke alltid så lett å beskrive hva god ledelse eller en god leder er, men jeg tror at alle som har sett eller erfart god ledelse, allikevel vet hva vi snakker om. Jeg har selv lært det meste av det jeg kan i livet, med unntak av noen år på skolebenken og på universitetet, fra folk som hadde dette i seg, eller som hadde lært seg å lede folk på en god måte. Ofte har dette sammenheng med erfaring. Man må jobbe seg gjennom en del felt for å skaffe seg den erfaringen. Man må ha vært gjennom en del av de avgjørende øyeblikkene hvor man skal velge, ikke alltid mellom gode alternativer, men mellom det minst dårlige alternativet og det dårligste alternativet. Man må jobbe seg gjennom dilemmaene, man må bli kjent med dem man skal lede, og man må ha kunnskap om at det er viktig å ha gode folk rundt seg.

Jeg trekker ofte fram eksemplet på Ringerike, som også har vært framme i denne interpellasjonsdebatten. Det finnes mange eksempler på gode ledere rundt omkring i Sykehus-Norge, og de er ofte veldig ulike.

Da vi behandlet sykehusplanen til regjeringen, var Arbeiderpartiet derfor opptatt av at vi skulle bidra til å synliggjøre denne ledelsesdimensjonen i behandlingen av planen, viktigheten av å ha gode ledere til stede på mange nivåer i sykehusene. Etter å ha reist og besøkt mange steder ble vi mer og mer overbevist om at ett av svarene lå i det å omfavne denne ideen om at ledere og de som skal bli ledet, i samspill opererer best når man er nær hverandre nok til å ha om ikke daglig kontakt, så i hvert fall kontakt ofte nok til å vite hvor man har hverandre. Dette endte med, som interpellanten og statsråden helt utmerket har referert til, at et flertall her i Stortinget sluttet seg til et prinsipp som vi i Arbeiderpartiet fremmet ganske tidlig i den prosessen, nemlig at det i Norge bør

være en hovedregel at det er stedlig ledelse ved norske sykehus.

Jeg ser også at interpellanten og andre har bidratt til at det bør bli en debatt i Stortinget om hva det betydde. Jeg har offentlig sagt hva jeg mener om det, og jeg gjentar gjerne det her. Jeg mener – og det er mitt beste råd – at på de stedene hvor vi ser det fungerer best, er det ledere til stede med beslutningsansvar og myndighet nært nok, der hvor folk faktisk jobber – i motsetning til andre steder, hvor i hvert fall jeg oppfatter at det er ikke fullt så vellykket, hvor det ofte er en form for fjernledelse, hvor folk er mye lenger fra hverandre enn det som kanskje godt er.

Betyr det likevel at jeg mener at et stortingsflertall skulle instruere en regjering om hvordan et enkelt helseforetak skulle organisere sin modell? Nei, det mener jeg ville være å gå langt over streken, både fordi det ikke vil være riktig, og fordi det ville forstyrre de ledelsesoppgavene som etter loven er tillagt både helseministeren, som øverste ansvarlig, og også de lederne vi har i tjeneste. Derfor mener ikke jeg det er noe behov for det, men jeg vil likevel gjøre det helt klart hva som var bakgrunnen for det prinsippet som vi sluttet oss til og foreslo her i Stortinget.

Grunnen til at vi tror på stedlig ledelse i den formen som er tydelig, men pragmatisk, handler om at dette fungerer bra begge veier. Jeg er helt overbevist om at dersom man skal ha med seg medarbeidere som er opptatt av faget sitt, av pasientene sine, av arbeidsplassen sin, av mer omstilling, ny teknologi, tjenesteinnovasjon, så bør man også sørge for å ha folk som er til stede i den hverdagen, som kan kommunisere begge veier, som klarer å forankre vanskelige avveininger og beslutninger blant sine egne, men som også er tydelig på å kommunisere motsatt vei de erfaringene og de prioriteringene som dyktige medarbeidere ønsker skal flyte opp i systemet. De må være sikre på at nettopp det skjer ved at det er ledere med beslutningsmyndighet, med direkte linje til dem som bestemmer – for å si det på en folkelig måte – som kan bringe dette videre. Det skaper tillit. Det skaper om ikke ro, så i hvert fall større tillit til at tøffe omstillinger også i fremtiden kan foregå på en god måte. Slik kan vi utvikle norsk helsetjeneste og norske sykehus i fremtiden.

Ole M. Thomassen hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [16:36:02]: Kvalitet, pasientsikkerhet og ledelse henger nøye sammen. Det må uansett rettes en mye større oppmerksomhet mot helhetlig pasientforløp på tvers av profesjoner og på tvers av sykehus.

God ledelse handler om kommunikasjon og det å kunne bygge opp tillit og samarbeid. Stedlig ledelse er ett virkemiddel som kan bidra til at medarbeidere får dekket sitt behov for nødvendige avklaringer på stedet, oppfølging og god koordinering av oppgaver og tjenester.

God ledelse er noe man ikke kan vedta – det må arbeides fram over lang tid. Og stedlig ledelse er ikke noe trylleformular, hvis noen trodde det.

God ledelse handler imidlertid ikke bare om stedlig le-

delse. Alle ansatte i sykehus skal vite hvem som er den nærmeste leder, og utfordringene varierer fra sted til sted. Det er vi som storting som skal legge de ytre rammene til rette for godt lederskap, og for at lederne faktisk gis anledning til å lede og utøve sitt skjønn innenfor disse rammene.

Det har ingen hensikt at Stortinget skal detaljregulere hvordan ledelse skal fungere. Vi er verken styrer eller direktører. Helseforetakene er nødt til å ha en fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller ut fra lokale behov, og der har Stortinget sagt at stedlig ledelse er ett virkemiddel.

Stedlig ledelse henger nøye sammen med fullmakter til å lede, og det er avgjørende for å kunne utvikle god ledelse at det er klart definert. Det er en prosess som er startet nå. En leder må ha nødvendige fullmakter til å kunne lede ansatte.

Helhetlig pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom både faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner, noe vi snakket om i Nasjonal helse- og sykehusplan. Organisasjonen bør understøtte dette. Sykehusene må arbeide mer i team og ikke fokusere på konkurranse om hvem som kan behandle flest pasienter og ha flest spesialiteter.

Vi trenger ikke direktører som småkonger på hvert sitt sykehus, men vi trenger ledere som utfyller hverandre, og som klarer å utnytte fleksibiliteten i organisasjonen. Det kommer pasientene til gode. Ledelse foregår på mange nivåer i foretakene, og ledelse er dynamisk, slik som utvikling i helsesektoren er.

Vi ønsker ikke en styringsmodell som blir sementert. Vi ønsker også en ny styringsmodell for foretakene. Departementet har nedsatt Kvinnsland-utvalget, som skal utrede alternative modeller, slik at det regionale nivået ikke er som det er i dag. Vi har mange ledelsesnivåer i dag. En ny modell, når den kommer, vil også påvirke styring og ledelse i foretakene.

Til slutt: Jeg står fortsatt ved at direktørene har godt av å lese Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke bare det som gjelder ledelse, men også det vi har skrevet om andre ting, bl.a. kvalitet, som henger sammen med ledelse.

Per Olaf Lundteigen (Sp) [16:40:17]: Først vil jeg takke representanten Toppe for å ha tatt opp dette temaet. Etter min vurdering er ledelse den største utfordringa for offentlig virksomhet. Vi ser så mange eksempler på at ledelsen i offentlig virksomhet er for svak, slik at vi får et byråkrati og en ressursløsning som ikke ville vært akseptert i privat virksomhet.

Vi snakker nå om stedlig ledelse av sjukehus som er en del av beredskapsorganisasjonen. Det er en organisasjon som er veldig kompleks, veldig krevende, og som blir satt på en rekke vanskelige utfordringer hver dag. Når det etter Senterpartiets syn er avgjørende viktig med stedlig ledelse, er det, punkt én, fordi det skal være et klart ansvar. Det skal være et klart ansvar for den som leder den lokale virksomheten, slik at dersom det gjøres gode ting, får en ros, og dersom det gjøres dårlige ting, får det også konsekvenser. Punkt to: Ved stedlig ledelse får man en mulighet til å se helheten i den daglige drifta. Et sjukehus er en institu-

sjon med svært mange fagfolk med ulike ansvarsområder, og de er store og veldig krevende organisasjoner hvor de små ting avgjør om det fungerer hver dag, om en får den effektivitet som forventes. Stedlig ledelse er også avgjørende viktig for at en kan ha en leder som kan inspirere den flokken som er på et sjukehus, at en kan få opp den stoltheiten som alle på et sjukehus må ha for å bringe sjukehuset videre framover.

Hva er så stedlig ledelse? Jeg trekker fram Ringerike. Ringerike er heldig og har en dynamisk leder som heter Per Bleikelia. Men Per Bleikelia har langt ifra ansvaret for alle som utgjør det teamet som heter Ringerike sykehus. Per Bleikelia har ikke ansvar for røntgen og ikke ansvar for lab, ikke ansvar for reinholdet, ikke ansvar for maten, ikke ansvar for vedlikeholdet og ikke ansvar for den første personen som møter deg når du kommer inn på sjukehuset, og du spør om å få møte den og den pasienten. Per Bleikelia har altså et begrenset stedlig ledelsesansvar.

Det ble satt virkelig poengtert fram da den samme Per Bleikelia fikk en pris for godt lederskap, og det ble innkjøpt kake til Per Bleikelia. Hvem skulle så få kakestykkene? Var det de som var i Per Bleikelias ledelse, eller var det hele flokken? Per Bleikelia, som den gode leder han var, inviterte sjølsagt hele flokken, også de som var på reinhold, de som var på mat, de som var på røntgen, og de som var på lab. Per Bleikelia ønsker å ha en helhetlig stedlig ledelse, for det er den helhetlige stedlige ledelsen som til sammen må skrus hver eneste dag, hver eneste time, for å få et godt resultat.

Det vi snakker om her, er en ledelsesfilosofi, og det har vært nøye diskutert i kontrollkomiteen i forbindelse med beredskapsorganisering. Det kommer en stortingsmelding fra regjeringas side om samfunnsikkerhet og beredskap, og man var i kontrollkomiteen enig om at man måtte legge til grunn ledelse, kultur og holdninger definert som operasjonsbasert ledelse. Det jeg må si er det sterkeste når jeg hører debatten her, er at det er så få som går inn på hva slags ledelsesfilosofi en skal ha.

Det som kontrollkomiteen har vært veldig nøye på, er at man må ha en ny, desentralisert ledelsesfilosofi, såkalt oppdragsbasert ledelse, for å sikre initiativ, kreativitet, eierforhold til arbeidsoppgavene, ansvarsfølelse og dermed kollektivt forpliktelse. Dette burde være felleseie og uavhengig av politiske retninger, at en slipper til den kollektive forpliktelse og ansvarsforholdene. Og det er jo viktig at vi har en ledelse, ikke minst for sjukehusene, som ser behovet for å slippe til og ta i bruk erfaringer og vurderinger fra sine medarbeidere, hvor de som står i førstelinja, gis myndighet, tillit og oppfordring til å ta i bruk sin kompetanse. Samtidig må førstelinjas folk i utdanning som gir trygghet i utøvelsen av krevende oppdrag, ha utstyr som er moderne, til å løse oppgavene, og en må sikre at den enkelte har god kommunikasjon med sin arbeidsgruppe.

Det gjelder for alle beredskapsorganisasjoner at en trenger en desentralisert ledelse som kan realisere det overordnede nivåets intensjon, og der er vi ved noe vesentlig. Sjølsagt må den desentraliserte, lokale ledelsen ved et sjukehus, somatisk eller psykiatrisk, arbeide i tråd med det

som er den overordnede ledelsens intensjon. Det er jo hele poenget.

Are Helseth (A) [16:45:39]: Tusen takk til interpellanten for initiativet til denne debatten. Vi diskuterer sykehusledelse ganske ofte, også i Stortinget. Det er nødvendig. Men jeg synes det kunne være greit å minne om at sykehusledelse ikke er ekstremt spesielt. Det er ikke mer spesielt enn ledelse av andre kunnskapsvirksomheter, f.eks. mediebedrifter, universiteter, teatrene, ja kanskje til og med Den norske kirke.

Først til interpellantens hovedtema: stedlig ledelse. I løpet av mange debatter om stedlig ledelse har jeg ikke faget opp at noen av debattantene/sidene påberoper seg at det finnes forskning med etterprøvbare metoder for eller mot stedlig ledelse. Jeg mener det heller ikke er nødvendig. Jeg mener det følger av all vanlig, folkelig og klok ledelsesforståelse at det smarteste er at folk vet hvem sjefen er, at sjefen er til stede, og at sjef og ansatt slik kan kommunisere. Så enkelt er det. Ferdig med det. Kompliserte spørsmål, f.eks. i en sykehushverdag, løses oftest best i felles refleksjon mellom kolleger eller mellom ansatt og leder når man står skulder ved skulder. Men så er det også slik at noen ganger er det rett og slett ikke mulig å få til stedlig ledelse. Det er jeg helt sikker på at alle aksepterer og forstår. Det som er problemet, er de gangene toppledere velger å konstruere modeller for å komme seg bort fra et vedtak om stedlig ledelse og så forsvarer grepet med nytale. Det er kort og godt ikke smart. Jeg mener det er dårlig ledelse, og det kommer over tid til å gi dårligere resultater.

Interpellasjonen inviterer også til en litt bredere debatt om ledelse. Hva er gode ledere? Gir forskningen svaret? I en undersøkelse jeg så for mange år siden, studerte man felles karakteristika hos ledere. Det var skuffende få fellestrekk. De to trekkene som slo signifikant ut, var for det første at ledere som gruppe gjennomsnittlig er litt høyere i centimeter enn de som ikke er ledere, og det andre karakteristikumet som slo gjennom, var at det var stort flertall av menn. Så jeg føler at det ikke er så lett å få svarene ut fra forskning. Mine egne erfaringer om god sykehusledelse etter å ha blitt ledet og selv vært leder i tre tiår, er bl.a. dette:

Min opplevelse er at gode ledere har lært mer om ledelse av foreldrene sine enn de har lært av å gå på kurs. Gode ledere er seg selv, de er mer opptatt av å være gode rollemodeller enn store festtalere. Gode ledere følger lojalt strukturer og regler, men vet når de unntakene som er helt magiske, må gjøres. Og i vår forståelse av ledelse – undertegnede kjenner sykehus best – mener jeg at det store avdelingslederlaget er viktigere enn det lille topplederlaget. Når alle avdelinger i et stort sykehus går bra, så går også sykehuset bra.

Sykehusene våre har over 100 000 medarbeidere. Det vil si at det trengs tusenvis av ledere på forskjellige nivåer. Våre debatter og forventninger må ikke gjøre det uovervinnelig for vanlige flinke folk som har lyst til å lede, å bli ledere. Så la oss ikke dyrke problemer i ledelse. Ledelse er også givende, spennende, og det å få ha en lederstilling er et privilegium.

Kjersti Toppe (Sp) [16:50:29]: Takk for spesielt det siste innlegget, frå representanten Are Helseth. Eg må òg takka dei andre som har hatt innlegg her, sjølv om eg må seia at eg sakna Kristeleg Folkeparti og Venstre, som har vore med på vedtaket. Men slik er det.

Eg er einig i det som representanten Are Helseth tok fram om at dette eigentleg er veldig enkelt. Det seier seg sjølv kvifor stadleg leiing er viktig, og kvifor Stortinget har vore så oppteke av det. Vi treng ikkje noka forskning, det er eigentleg heilt logisk, og eg synest det er oppsiktsvekkjande at vi ikkje har kome lenger.

Eg har vore spent på innlegga frå Arbeidarpartiet og Høgre i denne interpellasjonsdebatten. Eg registrerer at verken Arbeidarpartiet eller Høgre ønskjer å gå inn og overprøva helseføretaka. Det er ikkje så oppsiktsvekkjande, for det er dette Senterpartiet har sagt heile tida, at den nasjonale helse- og sjukehusplanen ikkje vil få nokon verdi, fordi det ikkje er politisk vilje til å gå ut og overprøva helseføretaka – heller ikkje når det gjeld stadleg leiing, viser det seg. Eg må innrømme at eg er skuffa over dette. Ein seier at dette er detaljar. Ja, dersom eit parti meiner at dette er detaljar som føretaka må få bestemma sjølve, kvifor bruker vi så mykje tid og krefter og skriv lange merknader om dette – dersom Stortinget synest det er hipp som happ om føretaka faktisk innfører det eller ikkje?

Så til Arbeidarpartiet: Dei gjekk ut i media, i Dagens Næringsliv, og sa at no ville dei gå inn for å påleggja sjukehusa å tilsetja eigne sjefar ved lokalsjukehusa – Dagens Næringsliv 3. mars. Micaelsen, som tok ordet her, sa til avisa at det sitter «litt langt inne å stille krav som griper inn i måten de organiserer seg på», for dette meiner Arbeidarpartiet at føretaka må ta avgjerd om sjølve. «Men nå har det gått for langt til at vi kan sitte og se på», sa Micaelsen.

Men det var i mars. Eg får registrera at det ikkje er politisk fleirtal for det som Senterpartiet ønskjer i denne saka. Det synest eg er beklageleg, men eg håpar at det vert mest mogleg stadleg leiing der ute, ikkje på grunn av Stortinget, men trass i Stortinget.

Statsråd Bent Høie [16:53:50]: Det er ikke korrekt, som representanten Toppe sa i det siste innlegget, at Stortingets vedtak ikke har betydning. Det har betydning. Det er allerede fulgt opp i foretaksmøtet.

Det er heller ikke en fullstendig gjengivelse av intervjuet med representanten Torgeir Micaelsen i Dagens Næringsliv. Han understreket i det samme intervjuet at det vil være behov for rom for ulike lokale tilpasninger. Det har jeg oppfattet har vært Arbeiderpartiets og stortingsflertallets syn hele tiden. Det som ville vært oppsiktsvekkende, var hvis jeg som helse- og omsorgsminister hadde gitt foretakene i oppdrag å gjennomføre Senterpartiets politikk på dette området, som ble nedstemt i Stortinget. Det hadde vært veldig oppsiktsvekkende.

Det er sagt mye klokt av mange i dag om ledelse, både fra Senterpartiet, Arbeiderpartiet, Høyre og andre, som jeg er helt enig i. Men jeg vil understreke at ledelse starter på toppen. Det betyr at det som er sagt om betydningen av å myndiggjøre ledere, gjelder på alle nivåer. Det gir også en føring for betydningen av å gi myndighet, det

vil si handlingsrom, til ledere på de ulike nivå. Det betyr at både jeg som helse- og omsorgsminister og Stortinget må tenke gjennom hvilke føringer vi gir fra de ulike nivåene, nettopp for å myndiggjøre de ulike nivåene til å kunne gjennomføre god ledelse. Det er en av årsakene til at årets oppdragsdokument har fått en kortversjon, som er en liten folder som jeg alltid går med på lommen. Der står de tre overordnede målene for tjenesten med noen veldig få indikatorer under hvert mål, som er så kort at enhver leder på alle nivåer vet at det er det overordnede oppdraget som de har fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er viktig at når vi gir en føring på at vi skal ha stedlig ledelse som hovedregel i norske sykehus, har vi tillit til at de ulike ledernivåene har muligheten til å ha handlingsrom til å finne gode, lokale løsninger. Derfor er jeg helt enig i de to viktige begrepene som representanten Torgeir Micaelsen trakk fram i sitt innlegg, nemlig at stedlig ledelse handler om nærhet til de menneskene som skal ledes, og så handler det om myndighet og fullmakt til å lede. Det gjelder på de ulike nivåene. Det er helt riktig som representanten Lundteigen sier, at en leder må se helheten, men ledere over har ofte en større helhet å ta ansvar for. Så ledere på de ulike nivåene må ha evne til å bli ledet inn i en større enhet, og derfor er det viktig med denne balansen.

Presidenten: Debatten i sak nr. 5 er dermed over.

Sak nr. 6 [16:56:58]

Interpellasjon fra representanten Ingvild Kjerkol til helse- og omsorgsministeren:

«Persontilpasset medisin gir mer målrettede behandlinger, og er allerede tatt i bruk på enkelte områder. Feltet blir i stor grad drevet av forskning og teknologiutvikling, og foreløpig aner vi bare konturene av omfanget. For å utnytte de nye behandlingsprinsippene til det beste for pasientene, er det nødvendig med et betydelig løft og en koordinert nasjonal satsing. Dette er helt nødvendige grep for å bevare folks tillit til at den offentlige helsetjenesten tilbyr den beste behandlingen. Det er bred politisk enighet om at denne type medisin vil få stadig større betydning. Den nylig fremlagte strategien er derfor skuffende lesning. Det følger ingen økonomisk satsing med strategien, og medlemmene i referansegruppen mener selv at strategien burde vært mer ambisjos.»

Hva er statsrådens ambisjoner på Norges og pasientenes vegne i dette arbeidet, og hva vil han gjøre for å møte den kritikken som har framkommet?»

Ingvild Kjerkol (A) [16:58:08]: Persontilpasset medisin har som formål å gi bedre samsvar mellom pasientens biologi, diagnostikk og behandling. Mer fullstendig informasjon om den enkelte pasient vil øke sjansene for vellykket behandling, samtidig som risikoen for bivirkninger blir redusert. Man kan på et vis si at persontilpassing er idealt i medisinen.

Dagens diagnostikk er basert på pasientens sykdomshistorie, med symptomer og tester, patologisk vurdering

og laboratorieanalyser av blod- og vevsprøver – og i tillegg ofte billedundersøkelser. Men denne informasjonen er ikke alltid nok, dessverre. Det er en kjensgjerning at det er behov for mer persontilpassing og mer presisjon innen medisinsk behandling. Hver dag behandles en rekke pasienter uten at en oppnår det ønskede resultatet. Det innebærer at mange mottar en behandling de ikke får nytte av, og i verste fall kan behandlingen gi alvorlige bivirkninger. Målet må være at helsetjenesten klarer å skille de personene som vil ha glede av en behandling, fra dem som ikke vil oppnå effekt.

Persontilpasset medisin gir mer målrettede behandlinger og er allerede tatt i bruk på enkelte områder. Feltet blir i veldig stor grad drevet av forskning og teknologiutvikling, og foreløpig aner vi bare konturene av omfanget. For å utnytte de nye behandlingsprinsippene til beste for pasientene er det nødvendig med et betydelig løft og en koordinert nasjonal satsing. Dette er helt nødvendige grep for å bevare folks tillit til at den offentlige helsetjenesten tilbyr den beste behandlingen.

Det er bred politisk enighet om at denne typen medisin vil få stadig større betydning. Regjeringen Stoltenberg ønsket å utvikle en nasjonal og helhetlig strategisk tilnærming til persontilpasset medisin. Forrige helseminister, Jonas Gahr Støre fra Arbeiderpartiet, ga som kjent våren 2013 de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst i oppdrag å utrede persontilpasset medisin i helsetjenesten. Rapporten ble ferdig i 2014, og regjeringen har nå fulgt opp den med en nasjonal strategi for persontilpasset medisin, som er sendt på høring. Dessverre kan mottakelsen av strategien kun beskrives som lunken, selv medlemmene av referansegruppen mener at strategien burde vært mer ambisiøs. Da statsråden talte i Stortinget i forbindelse med Arbeiderpartiets representantforslag om satsing på persontilpasset medisin den 4. juni i fjor, altså i 2015, sa han følgende:

«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.»

Det hørtes veldig lovende ut, men mottakelsen av strategien er dessverre ikke applaus, nesten tvert imot, vil jeg si. Kreftforeningen har kalt strategien «et mageplask», mens Legemiddelindustrien sier at forslaget «mangler ambisjon og retning». Industrien savner også en sterkere kobling til målsettingene i regjeringens handlingsplan til HelseOmsorg21-strategien. Et større internasjonalt per-

spektiv med sentraliserte løsninger er det som industrien etterspør, mens strategien foreslår regionale løsninger.

Bioteknologirådets høringsuttalelse sier at utkastet til nasjonal strategi «ikke går langt nok i å angi retninger og konkrete tiltak» for hvordan persontilpasset medisin skal innføres i helsetjenesten. I høringssvaret sitt etterlyser også rådet at det tas stilling til de etiske og politiske utfordringene persontilpasset medisin stiller oss overfor, særlig når det gjelder samtykke, informasjonsdeling og innsynsrett.

Arbeiderpartiet er veldig klar over at innføring av persontilpasset medisin reiser en rekke faglige, etiske, praktiske og økonomiske spørsmål. Dette må derfor gjøres etter nøye utredning og med tydelighet. I Arbeiderpartiet forventer vi selvsagt at den nasjonale strategien ses i sammenheng med den kommende stortingsmeldingen om prioritering og med evalueringen av bioteknologiloven. Det er derfor vi, i likhet med høringsinstansene, savner en del. Derfor spør jeg: Hva er statsrådets ambisjoner på Norges og pasientenes vegne i dette arbeidet? Og hva vil statsråden gjøre for å imøtegå den kritikken som har kommet fra relevante aktører?

Statsråd Bent Høie [17:04:10]: Jeg deler stortingsrepresentantens syn på at persontilpasset medisin fører med seg muligheter for mer målrettet behandling, og at det er behov for en koordinert nasjonal satsing, slik at utviklingen kan komme norske pasienter til gode.

Representanten viser til den nasjonale strategien for persontilpasset medisin i helsetjenesten, som nå utarbeides av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Et utkast til strategi har vært på bred høring med frist 6. mai. Frist for å ferdigstille strategien er 1. juni.

Den nasjonale strategien inneholder Helsedirektoratets faglige anbefaling for hvordan området persontilpasset medisin bør utvikles framover. Strategien skal være til støtte for tjenesten i utviklingen og implementeringen av persontilpasset medisin. Dette var en av føringene i mandatet fra departementet. I tillegg ble det vektlagt at strategien skulle identifisere en visjon om mål for utvikling og opptak av persontilpasset medisin i helsetjenesten. Ambisjonsnivået skulle avstemmes med forhold som prioritering, forventet utvikling i kunnskap og teknologi og organisatoriske og tilgjengelige økonomiske rammer. Strategien skulle ta utgangspunkt i gjeldende regelverk.

Direktoratet har brukt flere kilder i arbeidet, bl.a. rapporten fra den nasjonale utredningen som de regionale helseforetakene gjennomførte i 2014, og anbefalingene som ble gitt der. For å gjennomføre oppdraget har direktoratet nedsatt fem tematiske arbeidsgrupper med bred deltakelse fra helsetjenesten, brukerorganisasjonene, offentlige etater, industri og andre interessenter. De har også fått bidrag fra en prosjektgruppe med representanter fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norsk forening for allmennmedisin, helseregionene og Helsedirektoratet. I tillegg er det nedsatt en referansegruppe med bred deltakelse fra en rekke aktører.

Ny teknologi og økt kunnskap om molekylær biologi gir større muligheter for mer treffsikker og skreddersydd forebygging, diagnostisering og behandling. Persontil-

passet medisin er omtalt i flere meldinger og strategier.

I Nasjonal strategi for bioteknologi står det at det er et stort potensial for å effektivisere og øke kvaliteten på diagnostikk og behandling gjennom økt bruk av bioteknologi. I HelseOmsorg21-strategien betegnes persontilpasset medisin som en del av det generelle helsetilbudet i nær framtid.

Regjeringen har omtalt persontilpasset medisin i bl.a. legemiddelmeldingen, Nasjonal helse- og sykehusplan og vår handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

I legemiddelmeldingen sier vi at persontilpasset medisin kan gi økt nytte for pasienten i form av raskere og mer presis diagnostikk og bedre muligheter for individuelt tilpasset behandling med bedre effekt og færre bivirkninger.

I Nasjonal helse- og sykehusplan omtaler vi mulighetene, men også forutsetningene som må være til stede ved innføring og bruk av persontilpasset medisin.

I handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien er nettopp «trygg, effektiv og mer persontilpasset behandling» et av områdene vi har trukket fram.

Persontilpasset medisin er med andre ord et tema som er på min agenda, og jeg følger nøye med på utviklingen.

Mulighetene som ligger i persontilpasset medisin, har ført til økt oppmerksomhet og optimisme både nasjonalt og internasjonalt. I likhet med Norge gjennomfører flere land utredninger og foranalyser for hvordan vi kan sikre en god utvikling og implementering av persontilpasset medisin.

Vi vet at persontilpassing i diagnostikk og behandling er et felt i svært rask utvikling, og som vi er nødt til å forbedre oss på å møte. Det gjelder alt fra utdanning og kompetanse til teknologi, plattformer, organisering og juridiske og etiske aspekter.

De siste par årene er det gitt finansiering til infrastruktur og prosjekter som kan bidra til å legge til rette for utvikling og implementering av persontilpasset medisin i Norge.

I 2015 tildelte Norges forskningsråd 77,2 mill. kr til fase II av et nasjonalt konsortium for sekvensering og persontilpasset medisin. Hensikten med denne infrastrukturen er å sikre nasjonal kapasitet og regional kompetansebygging knyttet til medisinsk sekvensering – dette som et ledd i arbeidet med å legge til rette for utvikling og implementering av persontilpasset medisin i Norge.

I slutten av april ble det tildelt 168 mill. kr til tre prosjekter innen IKT-forskning for helse. Ett av disse – BIG data MEDical, eller BIGMED – handler om persontilpasset medisin. Dette prosjektet skal legge grunnlaget for en IKT-plattform som fjerner flere viktige flaskehalser som er til hinder for å bruke persontilpasset medisin. Prosjektet vil bruke det nyeste innen IKT-forskning for å integrere og analysere store mengder helsedata fra ulike datakilder, registre og databaser.

Jeg mener det omfattende arbeidet som er gjort i forbindelse med utformingen av en nasjonal strategi for persontilpasset medisin, vil være et viktig grunnlag for en koordinert nasjonal satsing på området. Når den nasjonale strategien er ferdigstilt, vil regjeringen vurdere hvordan vi

best mulig kan understøtte implementeringen av persontilpasset medisin i tjenesten. Tiltak som krever økt tilføring av ressurser, må selvfølgelig vurderes og prioriteres i de ordinære budsjettprosessene.

Ingvild Kjerkol (A) [17:10:01]: Takk til statsråden for et fylldig svar.

Det er ingen tvil om at persontilpasset medisin er høyt på agendaen når det gjelder medisinsk forskning i Norge, i Europa og i hele verden. Statsråden redegjorde for en del prosjekter som Norge har direkte befatning med, for å si det veldig enkelt.

Det er jo sånn at man spår dette som en «game changer» hvis det rulles ut i det omfang man ser antydning til nå. Noe av utfordringen for helsetjenesten blir å tilpasse strukturene til en sånn måte både å gi medisinsk behandling på og å diagnostisere på i framtida. De senere år har det kommet veldig mange nye metoder som kartlegger på en mye raskere, mer nøyaktig og rimeligere måte enn før. I tillegg til teknologi som blir veldig tilgjengelig, er det en utfordring hvordan dette vil påvirke oss.

Jeg har bare lyst til å si at persontilpasset medisin er et område hvor det satses veldig mye, nasjonalt og internasjonalt. Samarbeidet mellom offentlige og private aktører blir helt vesentlig for å kunne være med på denne utviklingen. Med henblikk på den saken vi startet dagen med, hadde jeg håpet at vi kunne ha lagt en god bunnplanke for å bidra til at det skal skje også i Norge, og at norske aktører skal være i front med å utvikle dette. Det pågår en rekke initiativ i Europa, som kjent, særlig under forskningsprogrammet Horisont 2020, og jeg kan ikke si annet enn at vi venter spent på at den endelige strategien skal bli ferdig. Og så ser vi at dette må få et overslag til ikke minst prioriteringsmeldingen, som legges fram i juni, og også revidering av bioteknologiloven.

Statsråd Bent Høie [17:12:27]: Jeg er helt enig med representanten i at det er skapt store forventninger til de resultatene som persontilpasset medisin skal gi. Det er viktig at vi forbereder oss godt på de endringene som det vil kreve, men at det også gir den norske helsetjenesten og næringsaktører i Norge muligheter som dette kanskje vil bringe.

Det er en grunn til at vi alle setter et lite spørsmålstegn bak mye når vi snakker om dette, for det er nytt, og vi er ikke ennå kjent med hvilke resultater som faktisk vil komme dokumentert ut av dette. Det vil komme, forhåpentligvis, fortløpende.

Derfor mener jeg at en fornuftig tilnærming fra politisk nivå nettopp er det som vi gjør nå, ved at vi har bedt de fremste fagmiljøene utarbeide en strategi sånn at vi er sikker på at de områdene som vi setter inn innsatsen på, er de riktige områdene.

Jeg tror det er viktig, det som også Norges forskningsråd bidrar til, nemlig å støtte opp om et nasjonalt konsortium som nettopp kan skape den infrastrukturen som gir oss en nasjonal kapasitet og en regional kompetansebygging knyttet til medisinsk sekvensering, som vil være sentralt i dette. Det samme gjelder den infrastrukturen som

vi nå bygger opp gjennom støtten til en IKT-plattform som vil fjerne viktige flaskehalsar som forhindrer bruk av persontilpasset medisin.

Når det gjelder implementeringen av persontilpasset medisin som en behandling i tjenesten, er det viktig at det følger de samme prioriteringsmessige kriterier som annen medisinsk behandling. Der må vi gå igjennom de ordinære systemene. Men ansvaret for å få en strategi for å bygge infrastrukturen er i norsk sammenheng et offentlig ansvar, og der mener jeg at vi nå har startet et viktig arbeid, som bygger på det arbeidet som ble igangsatt under forrige regjering.

Sveinung Stensland (H) [17:15:12]: Jeg er av den oppfatning at all medisinsk behandling bør være persontilpasset, og det har den også vært så lenge vi har hatt medisinsk personell. «Persontilpasset medisin» høres ut som trylleord, men nå har vi jo fått en definisjon, som står i utkastet til strategi.

Likevel er ikke dette noe nytt. Det er ikke noe nytt at det er forskjell på folk. Det er ikke noe nytt at det er forskjell på hvordan pasienter responderer på medisinsk behandling. Og det er heller ikke noe nytt at vi vet at genene betyr noe for hvordan legemidler blir distribuert og tatt opp i kroppen. Et eksempel er en debatt som har gått i mange år rundt selektive serotoninopptakshemmere, eller SSRI, som det heter på fint. Der viser det seg at for to tredjedeler av befolkningen har det effekt, og for en tredjedel er det stort sett bivirkninger. Det kan vi i dag finne ut av gjennom genetisk testing, og det gjøres i dag i ganske stor utstrekning i norske miljøer.

Det er en interessant interpellasjon, men jeg tror ikke det er slik at hvis bare Norge kommer i front på dette området, har vi løst all verdens problemer innenfor medisinske fagmiljøer. For dette henger nøye sammen med et par forhold.

Det ene er forholdet til bioteknologilovgivningen – hvor langt vil vi gå, hva er det vi skal kartlegge? Vi må ha en viktig debatt rundt det når vi skal revidere bioteknologilovgivningen til høsten.

Det andre er forholdet til prioritering, som statsråden også var inne på. Dette er ikke gratis. Det store volumet av pasienter vil fortsatt måtte få standardbehandling. Hvis jeg får rett, tror jeg iallfall det blir slik. Det må være nok å vise til de diskusjonene vi har i dag rundt innføring av ny kreftmedisin, der det hele veien er et stort spørsmål om hvor mye ressurser vi har, og hvor mye vi skal bruke på dette.

Vi har en tendens til i politikken å finne et nytt ord, et nytt fenomen, og sier: Dette er løsningen, dette går vi for. Jeg tror persontilpasset medisin vil være viktig, men ikke det alene som redder oss.

Hvis vi skal lykkes, er det to ting som må på plass. Det ene er forskning, og der mener jeg at regjeringen leverer bra. Jeg mener vi har styrket forskningsbudsjettene innenfor spesialisthelsetjenesten, men ikke minst også innenfor universitetsmiljøene. Det andre er at vi har en kultur for å ta forskningen ute i klinikkene. Der har vi gode svar både i legemiddelmeldingen og ikke minst i helse- og

sykehusplanen, nemlig at vi skal satse på forskning helt ute i klinikkene.

Når vi nå diskuterer dette, som er «high end»-medisin, må vi ikke glemme kronikergruppene. Det blir litt lett for at vi diskuterer hva som er mulig å få til helt i front innenfor ny medisin, men vi må ikke diskutere dette uten å se til kronikergruppene, de som ofte havner litt lenger bak i køen, rehabiliteringspasienter, diabetikere, folk med hjertesykdom og alle andre deler av helsevesenet. For det er en kjensgjerning at samtidig som vi diskuterer dette, skal vi snart ha en interpellasjonsdebatt om kostholdet i norske sykehjem. Det er også helsekroner.

Jeg synes det er flott at Arbeiderpartiet er utålmodige når det gjelder persontilpasset medisin. Jeg vil anta at de også ønsker å se dette i sammenheng med andre kostnader som vi har i helsevesenet.

Ketil Kjenseth (V) [17:19:10]: Takk igjen for initiativet fra Arbeiderpartiet og Ingvild Kjerkol til denne debatten. Nå ble det, kanskje litt tilfeldig, på samme dag som debatten om biobanksatsing.

Vi startet dagen med store muligheter knyttet til næring og industri, men også basert på at Norge har noen unike fortrinn knyttet til at vi har personnummer, at vi har gjort helseundersøkelser systematisk over flere tiår, særlig HUNT og helseundersøkelsen i Tromsø. Når det gjelder helseregistre, har vi en infrastruktur på plass. Den kan også vise seg veldig viktig når vi skal utvide og fase inn persontilpasset medisin. Som representanten Stensland her var inne på, er persontilpasset behandling det vi kanskje aller helst ønsker å snakke om. Men persontilpasset medisin vil bre seg og få sine egne definisjoner jo flere av de genteknologiske mulighetene vi avdekker.

Erfaringer og tålmodighet er viktig også når vi går løs på denne behandlingsformen. Å lytte til pasientene er viktig. Derfor må vi ikke glemme å skaffe oss kunnskap om behandlingsformene underveis, om hvordan pasientgruppene responderer, og om de føler seg tilfreds med behandlingen. Fagmiljøene skal også ta i bruk dette og må følges nøye. Evaluering og forskning er derfor særlig viktig og en god grunn til at vi ikke skal gå for raskt fram.

Som flere har vært inne på, må dette også bli en prioritering som kommer i kjølvannet av både prioriteringsmeldingen og bioteknologimeldingen. Særlig bioteknologimeldingen vil jeg tro blir en viktig politisk debatt. Nå tilhører jeg et liberalt parti, men ser vi på hvor rask Norge er til å ta i bruk ny teknologi innenfor helsesektoren, vil jeg nok si at vi også politisk er et konservativt land. Vi var i vinter på besøk i Storbritannia, og jeg vil nok si at de ligger et godt stykke foran, også de såkalte konservative partiene der.

Så det kommer litt an på hvordan vi setter denne debatten i en sammenheng. Det er ikke å forvente at Norge skal bli de mest framoverlente i å ta i bruk ny teknologi, når vi på hjemmebane kanskje er litt bakoverlente og ikke de raskeste med å ta i bruk nye behandlingsformer eller nye medisiner. Derfor er det også viktig å diskutere det internasjonale perspektivet, som noen har vært inne på her. Venstre har tatt til orde for at vi må bruke fond som en samarbeids-

modell – ikke nødvendigvis som en finansieringsmodell, men for å samarbeide med andre land og andre aktører på en mer forpliktende måte, uten at det nødvendigvis må koste all verden.

Vi kommer også til debatten om mellomfinansiering. Hvilke medisiner er det som blir akseptert i beslutningsforum, og hvilke er det som ikke blir akseptert? Og er det noen behandlingsformer og medisiner som vi kan fase inn i en ventefil, en utprøvningsfil, som vi i dag ikke har? Dette blir en viktig debatt framover, også når vi er inne på samarbeidsformer, offentlig–privat samarbeid. Som vi var innom også i den første debatten i dag, må vi finne nye samarbeidsformer, for det oppstår stadig vekk nye aktører som får ulike mandater. Vi trenger hele tida å utvikle nye samarbeidsfora der det offentlige av og til kommer til kort med tradisjonelle løsninger og modeller.

Det er en spennende utvikling. Vi har snakket om revolusjon før i dag, og det vil jo dette bli. Det er viktig for Norge å følge med, men systematiske erfaringer og systematisk pilotering er én vei framover, som kan føre oss langt.

Kjersti Toppe (Sp) [17:24:24]: Eg vil gi honnør til interpellanten som har fremja denne interpellasjonen. Arbeidarpartiet hadde òg eit Dokument 8-forslag om dette tidlegare i denne sesjonen. Sånn sett er det Arbeidarpartiet som har halde trykket oppe på dette området, og det synest eg er flott.

For å seia det til innleiing så tenkte eg, her eg sit: Kva diskuterer vi eigentleg i dag? Dette er ikkje noko enkelt område i medisinen, og det er noko nytt. Eg for min del må gå inn og lesa i desse strategiane. Eg kan heller ikkje hugsa at vi i løpet av dei åra eg har sete på Stortinget, har hatt noka samla sak om dette området. Det etterlyser eg.

Her skal vi sitja og meina noko om ein strategiplan Helsedirektoratet no utarbeider. Ved Dokument 8-forslaget fekk vi gå inn i rapporten dei regionale helseføretaka hadde utarbeidd i fellesskap, og no skal det da verta til ein strategi. Han er på høyring ute i systemet, men Stortinget sit her på sida og skal meina noko. Så vert det sagt at dette kan gå inn i forskjellige stortingsmeldingar om bioteknologi og om prioritering, og det er heilt greitt, men kva med dette som felt? Eg etterlyser at dette hadde vorte lagt fram for Stortinget som ei heilskapleg sak om kva som skal vera satsinga vår på dette området.

«Persontilpassa medisin» er nemninga det får. Eg legg merke til at Legeforeninga, trur eg det var, har eit innspel mot namnet og føreslo heller å kalla det «presisjonsmedisin». Eg har litt sansen for det, for all medisin er jo i utgangspunktet persontilpassa. Men nok om det.

Det som står i denne strategien, er jo ikkje lite: kvifor vi skal få ein strategi for persontilpassa medisin. Det står at denne medisinen er i ein tidleg fase og kan ha potensial til å endra helsetenesta, at det representerer eit skifte frå reaktiv medisin til proaktiv og preventiv helseteneste. Og i legemiddelmeldinga stod det at alle trendar tyder på framleis vekst i utvikling og bruk av persontilpassa behandling. Det er dette som er bakgrunnen for at det vert utarbeidd ein strategi.

Så har ikkje eg gått gjennom alle høyringsutkasta, men grunnlaget for interpellasjonen er òg at det har kome ein del bekymringsmeldingar om satsinga i denne strategien. Eg legg merke til at f.eks. Folkehelseinstituttet er av dei som har ein kritisk merknad – og det går òg igjen hos ein del andre – om at strategien vert utarbeidd med tilvising til at ein skal halda seg innanfor dagens økonomiske rammes. Eg forstår at det gjerne vert sånn når ein har ein strategi, men med tanke på dette området han behandlar, forstår eg at nokon meiner dette vert ei avgrensing som ikkje tener saka. Det andre er at det er ei avgrensing i mandatet at strategien skal ta utgangspunkt i dei fagområda der persontilpassa medisin allereie er tatt i bruk i helsetenesta. Det er lite framoverretta. Direktoratet for e-helse er blant dei som meiner ambisjonsnivået i strategien er for lågt, og andre påpeikar at diagnostikk av sjeldne sjukdomar er komen i bakgrunnen.

Eg ser at dette er eit høyringsutkast, og eit høyringsutkast kan alltid verte forbetra. Da er det bra med litt politisk trykk for å få det til. Men når strategien no kjem, ville eg gjerne sett at dette området vart forankra i Stortinget på ein betre måte enn det har vore hittil.

Ingvild Kjerkol (A) [17:29:38]: Takk for en god debatt til alle som har deltatt. Jeg har lyst til å kommentere et par av innleggene.

Representanten Stensland sa at dette er et nytt ord. Det er det for så vidt, men det er en ganske kraftfull satsing bak det ordet rundt omkring oss. Jeg er også helt enig med representanten Stensland i at det er et par ting som er viktig. Det ene er forskning, og det andre er å få forskningen ut i klinikkene.

Grunnen til at Arbeiderpartiet er veldig opptatt av dette, er for det første at man ser disse scenarioene som tegnes ut, med bedre behandling, mer presis behandling, mindre feilbehandling – skulle jeg til å si – og store konsekvenser for måten vi i framtiden kan rigge tjenesten på.

Men så er det også en bekymring knyttet til det at vi skal få en strategi som er utdatert, og som kanskje svarer på litt forbigåtte problemstillinger fordi det går veldig fort, det blir veldig fort tilgjengelig. I og med at en del av disse nye metodene er så teknologidrevne, vil det bli tilgjengelig, og hva gjør det da med vår felles offentlige helsetjeneste? Greier vi å være i forkant? Det er jo det som er testen for strategien.

Bioteknologirådet er veldig opptatt av dette med kompetanse og informasjon, og det vil være avgjørende. Hvis dette med mer genbaserte tester skal innføres i vår felles helsetjeneste, må man ha veiledning. Bioteknologirådet anbefaler at dette skal deles inn i nivåer, og at man skal ha sertifiserte veiledere.

Noe av nysgjerrigheten synes jeg Kjersti Toppe klarte å gi uttrykk for da hun sa at kanskje Stortinget burde hatt en samlet sak om dette for å kunne se det litt mer i sammenheng. Det er jo regjeringens lodd å lage strategier, mens Stortinget er på et mer overordnet nivå. Jeg tror nok at Stortinget må se dette helhetlig og legge til rette for at industrien kommer i inngripen med våre gode helsedata. Det har vi lagt et godt grunnlag for i dag.

Når det gjelder f.eks. HUNT-data, kan man også nevne konkrete prosjekter som har bidratt til personrettede medisiner og nye tester. Ett eksempel som jeg synes det kan være verdt å nevne, er at det av flere tusen blodprøver fra HUNT ble utviklet en ny test for å kunne forutsi framtidig hjertesykdom på en bedre måte. Dette kommer til å resultere i ny diagnostikk som lanseres i 2016 – ett av mange eksempler.

Når Arbeiderpartiet er utålmodig, er det selvfølgelig fordi vi er teknologioptimister og i tillegg har vi veldig stor omsorg for den offentlige helsetjenesten. Vi mener vi må bu oss på morgendagens utfordringer knyttet til persontilpasset medisin, ikke gårdsdagens.

Statsråd Bent Høie [17:33:03]: Det er nettopp for å forberede oss på denne utviklingen at det er gjort ulike oppdrag på dette området. Helseregionene har fått et oppdrag som de har gjennomført, Helsedirektoratet er nå snart ferdig med sitt, og det er naturlig at det i en høringsrunde kommer ulike syn på et utkast til en strategi.

Stortinget vil om ikke så altfor lenge få seg forelagt en egen stortingsmelding om prioritering og også en stortingsmelding om bioteknologi. Det gir Stortinget gode muligheter for å trekke opp hvilke prinsipper som skal gjelde for prioriteringsdiskusjonen rundt dette spørsmålet, men også hvilke grenser som settes i forbindelse med bioteknologi. Jeg tilhører jo dem som mener at land som har mindre regulering og grenser på dette området, ikke nødvendigvis er framoverlent eller ligger foran. Jeg tror kanskje at utviklingen kan fortelle oss over tid at dette er land som opplever at de har mistet noe vesentlig på veien fordi de ikke har vært villige til å sette de samme grensene som vi f.eks. har vært i Norge, og som også blir en viktig diskusjon i forbindelse med meldingen om bioteknologi. Det gjelder ikke minst på dette området, der vi ser at teknologien gir oss veldig store muligheter til å forutse eller få en oppfatning av hva som skal skje i framtiden med den enkelte. Den type informasjon kan i utgangspunktet oppleves som noe positivt, men Bioteknologirådet har også i sitt arbeid med bioteknologimeldingen påpekt de store utfordringene og begrensningene på livet som den type informasjon kan føre til, spesielt når en får den type informasjon uten at en selv har valgt å få det. Så her står vi overfor store utfordringer å løse framover.

Som representanten Stensland var inne på, er det for det første sånn at grunnideen om persontilpasset medisin på en måte har vært der hele tiden. Så er det også sånn at vi ser av resultatene at det ikke er alle som er like enige i at dette er det området der vi ser de største framskrittene, og det stilles spørsmålsteget ved det. Derfor er det også viktig å ha en tilnærming til dette spørsmålet der en hele veien forankrer faglig hvilke steg som vi skal ta, og det vil vi få muligheten til gjennom strategien som blir ferdig nå, og som vi vil legge til grunn for vurdering av eventuelle tiltak som oppfølging av denne strategien.

Presidenten: Dermed er debatten i sak nr. 6 over.

Sakene nr. 7–17 gjelder andre gangs behandling av lovsaker, og presidenten vil foreslå at sakene behandles under ett.

– Det anses vedtatt.

Sak nr. 7 [17:36:23]

Stortingets vedtak til lov om endringer i kirkeloven (omdanning av Den norske kirke til eget rettssubjekt m.m.) (Lovvedtak 56 (2015–2016, jf. Innst. 256 L (2015–2016 og Prop. 55 L (2015–2016)

Sak nr. 8 [17:36:24]

Stortingets vedtak til lov om endringer i utlendingsloven (bortvisning av hensyn til grunnleggende nasjonale interesser eller utenrikspolitiske hensyn m.m.) (Lovvedtak 57 (2015–2016, jf. Innst. 247 L (2015–2016 og Prop. 58 L (2015–2016)

Sak nr. 9 [17:36:25]

Stortingets vedtak til lov om endringer i reindrifftsloven mv. (reingjerde mot Finland m.m.) (Lovvedtak 58 (2015–2016, jf. Innst. 234 L (2015–2016 og Prop. 50 L (2015–2016)

Sak nr. 10 [17:36:26]

Stortingets vedtak til lov om endringer i lov om offentlig støtte m.m. (opprettelse av nasjonalt register for offentlig støtte) (Lovvedtak 59 (2015–2016, jf. Innst. 235 L (2015–2016 og Prop. 57 L (2015–2016)

Sak nr. 11 [17:36:27]

Stortingets vedtak til lov om endringer i lov om Innovasjon Norge (ansvarsforhold og forvaltning) (Lovvedtak 60 (2015–2016, jf. Innst. 255 L (2015–2016 og Prop. 66 L (2015–2016)

Sak nr. 12 [17:36:28]

Stortingets vedtak til lov om endringer i straffeloven og straffeprosessloven (personforfølgelse, forberedelse til tvangsekteskap mv.) (Lovvedtak 61 (2015–2016, jf. Innst. 211 L (2015–2016 og Prop. 42 L (2015–2016)

Sak nr. 13 [17:36:29]

Stortingets vedtak til lov om endringer i straffeloven mv. (militær virksomhet i væpnet konflikt m.m.) (Lovvedtak 62 (2015–2016, jf. Innst. 219 L (2015–2016 og Prop. 44 L (2015–2016)

Sak nr. 14 [17:36:30]

Stortingets vedtak til lov om endringer i politiloven (utnevning av visepolitimestere på åremål) (Lovvedtak 63 (2015–2016, jf. Innst. 258 L (2015–2016 og Prop. 60 L (2015–2016)

Sak nr. 15 [17:36:31]

Stortingets vedtak til lov om endringer i forvaltningsloven mv. (administrative sanksjoner mv.) (Lovvedtak 64 (2015–2016, jf. Innst. 243 L (2015–2016 og Prop. 62 L (2015–2016)

Sak nr. 16 [17:36:32]

Stortingets vedtak til lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk) (Lovvedtak 65 (2015–2016, jf. Innst. 230 L (2015–2016 og Prop. 65 L (2015–2016)

Sak nr. 17 [17:36:33]

Stortingets vedtak til lov om informasjonstilgang m.m. for Barnevoldsutvalget (Lovvedtak 66 (2015–2016, jf. Innst. 265 L (2015–2016 og Prop. 87 L (2015–2016)

Presidenten: Ingen har bedt om ordet til sakene nr. 7–17.

Etter at det var ringt til votering, uttalte **presidenten:** Da er Stortinget klar til å gå til votering.

Votering i sak nr. 1

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber regjeringen utrede modeller og en infrastruktur for et trygt og etisk forsvarlig samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

II

Dokument 8:24 S (2015–2016 – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Marianne Aasen, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen og Line Kysnes Vennesland om et løft for norske biobanker – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt frem ett forslag, forslag nr. 1, fra Bård Hoksrud på vegne av Fremskrittspartiet og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endringer i alkoholloven slik at det åpnes for salg av øl med alkoholinnhold inntil 7 volumprosent i dagligvareforretninger, med forbehold om at dette ikke utfordrer den særnorske avtalen om vinmonopol og forholdet til EØS-avtalen.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet og Venstre ble med 82 mot 20 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 17.46.13)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:27 S (2015–2016 – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Guri Melby og Sveinung Rotevatn om heving av alkoholgrensen for øl som selges i dagligvareforretninger – 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

- forslag nr. 1, fra Torgeir Micaelsen på vegne av Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti
 - forslag nr. 2, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet
- Det votes først over forslag nr. 2, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Tinn kommune kan overta Rjukan sykehus vederlagsfritt.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 92 mot 10 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 17.47.13)

Presidenten: Det voteres så over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen bidra til å finne en minnelig løsning innenfor EØS-regelverket for salg av Rjukan sykehus fra Sykehuset Telemark til Tinn kommune.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti ble med 60 mot 42 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 17.47.36)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:33 S (2015–2016 – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å la Tinn kommune overta Rjukan sykehus vederlagsfritt – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 4

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

- forslag nr. 1, fra Tove Karoline Knutsen på vegne av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 2 og 3, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet

Det voteres først over forslagene nr. 2 og 3, fra Senterpartiet.

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre et forskriftsfestet krav om fysio- og ergoterapikompetanse i sykehjem.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal tilskuddsordning for å sikre stillinger på sykehjem som bidrar til økt aktivitet.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Senterpartiet ble med 93 mot 9 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 17.48.37)

Presidenten: Det voteres så over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering inneholder konkrete tiltak for å sikre økte fysio- og ergoterapiresurser i sykehjem.»

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

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 52 mot 49 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 17.49.01)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber regjeringen i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering sørge for at rehabilitering av eldre innlemmes i planen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

II

Dokument 8:34 S (2015–2016 – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Heidi Greni om å sikre rehabilitering og fysisk trening i sykehjem – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Votering i sakene nr. 7–17

Presidenten: Sakene nr. 7–17 gjelder andre gangs behandling av lovsaker og gjelder lovvedtakene fra og med 56 til og med 66.

Det foreligger ingen forslag til anmerkning, og Stor-

tingets lovvedtak er dermed bifalt ved andre gangs behandling og blir å sende Kongen i overensstemmelse med Grunnloven.

Sak nr. 18 [17:50:11]

Referat

1. (312) Statsministerens kontor melder at
 1. lov om endring i lov 3. februar 1995 nr. 7 om kontroll med etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste (Lovvedtak 51 (2015–2016)
– er sanksjonert under 11. mai 2016
Enst.: Vedlegges protokollen.

2. (313) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Ingvild Kjerkol, Ruth Grung, Freddy de Ruiten, Tove Karoline Knutsen og Christian Tynning Bjørnø om gradvis innføring av én times fysisk aktivitet i skolen (Dokument 8:92 S (2015–2016)
Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.
3. (314) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og André N. Skjelstad om nye og mer treffsikre metoder for alderstesting av barn som søker asyl (Dokument 8:93 S (2015–2016)
Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.

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

Møtet hevet kl. 17.51.
