

Møte tirsdag den 14. februar 2017 kl. 10

President: Marit Nybakk

Dagsorden (nr. 50):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe om ein nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C med mål om å utrydde hepatitt C i Norge (Innst. 166 S (2016–2017), jf. Dokument 8:8 S (2016–2017))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.) (Innst. 165 L (2016–2017), jf. Prop. 7 L (2016–2017))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren (Innst. 169 S (2016–2017), jf. Dokument 8:90 S (2015–2016))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås og Jenny Klinge om en offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri (Innst. 169 S (2016–2017), jf. Dokument 8:23 S (2016–2017))
5. Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:
«Det er i utgangspunktet positivt at unge velger å ta utdanning i utlandet, og at vi får beriket våre fagmiljø med nye landsmenn med utdanning og erfaring fra andre land. Norge har en åpen økonomi, og bør ha gode og effektive systemer for godkjenning av annen helseutdanning, og tilby tilleggskompetanse samtidig som vi tar hensyn til den totale kapasiteten for praksiskrav i ulike profesjonsutdanninger. Dessverre erfarer vi at våre ordninger er lite transparente, etterprøvbare og forutsigbare. Unge studenter har siden 2003 fått godkjent psykologutdanning fra Ungarn, men i 2016 fikk de uten forvarsel avslag. Helseprofesjoner blir behandlet ulikt. Sverige har langt mer effektive systemer og gir godkjenning for utdanning som ikke blir verdsatt i Norge.
Hva vil statsråden gjøre for at Norge får et mer tjenlig system for godkjenning av helseutdanninger fra andre land?»
6. Interpellasjon fra representanten Marianne Aasen til kunnskapsministeren:
«Stadig flere nordmenn tar utdanning i utlandet, noe som er en villet utvikling. Samtidig er det mange med utdanning som kommer til Norge, fra EØS-land eller fra land utenfor Europa. Ofte er dette mennesker som har kompetanse på områder hvor Norge mangler fagfolk. Det kan være ulike yrkesfagutdanninger eller på universitetsnivå. Ofte kreves det kvalitetssikring og godkjenning av mange utdanninger, noe som er betryggende. Særlig gjelder det ulike fag innen helse- og omsorgssektoren eller mer tekniske fag. Samtidig er det uheldig om skrankene blir så høye for godkjenning av utenlandsk utdanning at det å ta den samme utdanning

gen i et norsk system i praksis blir eneste farbare vei. Det er kostbart og tidkrevende og bør unngås.
Er statsråden enig i at dette er en utfordring, og hva vil han gjøre for å forenkle disse godkjenningsprosessene betydelig?»

7. Referat

Presidenten: Representantene Norunn Tveiten *Benestad*, Sylvi *Graham*, Bente Stein *Mathisen*, Åsmund *Aukrust*, Morten *Wold*, Hans Olav *Syversen*, Sveinung *Stensland*, Liv Signe *Navarsete*, Tove Karoline *Knutsen*, Audun *Otterstad* og Erlend *Wiborg*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Vararepresentantene, for Akershus fylke Are *Helseth* og for Rogaland fylke Unn Therese *Omdal*, tar nå sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra representanten Freddy de Ruiten om velferdspolisjon i tiden fra og med 15. februar til og med 23. februar
 - fra representanten Trond Giske om foreldrepermisjon i tiden fra og med 16. februar til og med 8. mars
- Søknadene behandles straks og innvilges. – Det anses vedtatt.

Fra andre vararepresentant for Sør-Trøndelag fylke, Gunn Elin *Flakne*, foreligger søknad om fritak for å møte i Stortinget under representanten Eva Kristin Hansens permisjon på grunn av sykdom.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
for Aust-Agder fylke: Line *Kysnes Vennesland*
for Sør-Trøndelag fylke: Ferhat *Güven*

Statsråd Bent Høie overbrakte 2 kgl. proposisjoner (se under Referat).

Valg av settepresidenter

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets møter tirsdag og onsdag denne uken. – Det anses vedtatt.

Presidenten vil videre foreslå Hans Andreas Limi og Sverre Myrli. – Andre forslag foreligger ikke, og Hans Andreas Limi og Sverre Myrli anses enstemmig valgt som settepresidenter for tirsdagens og onsdagens møter.

Sak nr. 1 [10:03:17]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe om ein nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C med mål om å utrydde hepatitt C i Norge (Innst. 166 S (2016–2017), jf. Dokument 8:8 S (2016–2017))

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 – 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.

Ingvild Kjerkol (A) [10:04:37] (ordfører for saken): Komiteen har behandlet Dokument 8:8 S for 2016–2017, representantforslag fra stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om en nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C, med mål om å utrydde hepatitt C i Norge.

I representantforslaget fremmes forslag om en nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C. Forslagsstilleren ønsker i planen en målsetting om at det innen 2025 ikke skal skje smitte eller dødsfall av hepatitt C i Norge, og at alle pasienter skal få tilgang til trygg og effektiv behandling. Folkehelseinstituttets utkast til hepatittstrategi, datert desember 2015, foreslås lagt til grunn for utarbeiding av en nasjonal handlingsplan.

Statsråden redegjør i sine kommentarer til representantforslaget for nasjonal strategi mot virale hepatitter, som ble lagt fram 15. juni 2016. Strategien er overordnet og bygger på et utkast fra Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Helsedirektoratet, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører, overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2015. Den endelige strategien er på et mer overordnet nivå enn utkastet og gir retning for arbeidet med hepatitter. Komiteen merker seg at statsråden mener at strategien slik den er utformet i dag, gir et godt grunnlag for det videre arbeidet mot virale hepatitter, og at statsråden er skeptisk til at Helse- og omsorgsdepartementet skal utforme en egen handlingsplan for hepatitt C.

Komiteen anser hepatitt C som et globalt helseproblem og viser bl.a. til at arbeidet mot virushepatitt er inkludert i FNs bærekraftsmål. WHO – Verdens helseorganisasjon – har oppfordret alle land til å utarbeide nasjonale strategier mot hepatitt. Verdens helseforsamling vedtok i mai 2016 et mål om at virushepatitt skal elimineres innen 2030. Komiteen viser også i innstillingen til at WHO-målene for hepatitt C er 50 pst. reduksjon av nye tilfeller innen 2020, 70 pst. reduksjon av nye tilfeller innen 2030 og 70 pst. reduksjon av hepatitt C-relaterte dødsfall innen 2030.

WHO's visjon for hepatittområdet lyder:

«En verden der det ikke skjer smitte av hepatitt og alle har tilgang til trygg og effektiv behandling».

Folkehelseinstituttet mener at med utgangspunkt i smittesituasjonen og helsetilbudet i Norge bør Norge ha et mål som er betydelig mer ambisiøst enn Verdens helseorganisasjons mål. Komiteen støtter dette standpunktet. I Folkehelseinstituttets utkast til Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser, altså hepatitter, blir det foreslått å sette et overordnet mål om at hepatittrelaterte dødsfall skal elimineres fullstendig i Norge innen 2025. Helse- og omsorgsdepartementet la i juni 2016 fram Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser, altså hepatitter, uten en slik definert visjon.

Et mindretall i komiteen, bestående av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre, står bak et forslag som lyder slik:

«Stortinget ber regjeringa fremja ein nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C, med målsetting om at det innan 2025 ikkje skal skje smitte eller dødsfall av hepatitt C i Norge, og at alle pasientar får tilgang

til trygg og effektiv behandling. Folkehelseinstituttets utkast til hepatittstrategi, datert desember 2015, må leggest til grunn for utarbeiding av handlingsplanen.»

Jeg vil med dette ta opp forslaget, og jeg anser saken som framlagt.

Presidenten: Representanten Ingvild Kjerkol har tatt opp det forslaget hun refererte.

Sveinung Stensland (H) [10:08:55]: En kan jo stille spørsmål om en skal måles på antall handlingsplaner eller på sine handlinger, for faktum er at både antall behandlede pasienter og ressursene som har blitt brukt på behandling av denne sykdommen, har økt kraftig de siste årene. Selvfølgelig er det på grunn av nye behandlingsmetoder, men jeg tør påstå at dette er en av de diagnosene i Norge som har fått størst relativ økning i bevilgningene de siste par årene.

Når vi ikke stemmer for forslaget om en egen handlingsplan, er ikke det fordi vi ønsker at hepatittviruset skal leve videre i Norge, men det er fordi vi er av den oppfatning at en kan ikke ha det sånn at en må utvikle en egen handlingsplan for hver enkelt sykdom for å vise vilje til å behandle den. Vi vil selvfølgelig, sammen med forslagsstilleren, gjøre det som står i vår makt for å få vekk denne sykdommen, i den grad det er mulig.

Når det gjelder hepatitt C, har vi gjort ganske mye allerede. Én ting er på legemiddelfeltet, med en aktiv prispolitikk som har gjort at en får mye, mye mer igjen for pengene. Det er jo et godt, gammelt Høyre-slagord. Samtidig har vi også utviklet tilgangen på ikke-invasive målinger. Jeg tør påstå at dette er en suksesshistorie som vil fortsette.

Samtidig vil jeg minne Stortinget om at vi nettopp har vedtatt en prioriteringsmelding. Et samlet storting stilte seg bak noen prioriteringskriterier, og alvorlighet er ett av dem. Jeg mener at vi ved alle sykdommer og i alle tilfeller må stille spørsmålet: Er denne sykdommens alvorlighet viktigere enn ved andre sykdommer? Det er nettopp derfor vi har en prioriteringsmelding. De kriteriene stilte vi oss alle bak. Jeg mener at hepatitt C er en alvorlig sykdom, og den bør bekjempes, men den skal ikke ha forrang for andre, basert på prioriteringskriteriene.

Vi er også enige om Beslutningsforum. Vi er enige om innkjøpssystemet for nye legemidler, og vi er enige om metodevurdering. Vi ser nå at spesielt innenfor hepatitt C virker dette. Prisene går ned, flere får behandling.

Jeg vil advare mot en utvikling der en for å prioritere en sykdom må vedta en egen handlingsplan. Når det gjelder hepatitt C, burde dette i det minste vært sett i sammenheng med andre infeksjonssykdommer, andre sykdommer som rammer folk. Det finnes godt med eksempler på sykdommer i Norge som har minst like store følger for befolkningen, som det ikke er forslag om en egen handlingsplan for.

I tillegg må det nevnes at vi de siste par årene har vedtatt en egen opptrappingsplan for rusfeltet der det ligger inne en rekke tiltak for de svakeste pasientene, som lett blir rammet av denne sykdommen. I overdosestrategien ligger det inne en rekke tiltak, bl.a. for å få ned antall injiserende heroinmisbrukere. Alt dette vil bidra i kampen mot hepatitt C.

Så må det nevnes at kommunene er en av nøklene for å lykkes med dette. Mange av løsningene ligger lokalt. Da er det bare å innse at her er det for store forskjeller kommu-

nene imellom, og at kommunene må ta et større ansvar. Ett eksempel: Min egen hjemkommune fikk, gledelig nok, et rekordoverskudd i fjor. De valgte altså ikke å bruke de midlene som vi har satt av i statsbudsjettet til flere helse-søstre. Kommunene har et handlingsrom innenfor helse- og omsorgssektoren, og vi ser at det er litt for stor forskjell på hvordan de velger å bruke det lokale selvstyret for å jobbe på grasrotnivå med bekjempelse av denne type sykdom.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [10:12:57]: (komiteens leder): Senterpartiet ønsker med dette representantforslaget en nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C. Om dette forslaget hadde kommet i forrige periode, mens Senterpartiet satt i regjering, ville jeg hatt større forståelse for at forslaget kom.

Vi var i en helt annen situasjon den gangen. Sammen med sine regjeringspartnere, Arbeiderpartiet og SV, sørget Senterpartiet den gangen for at ekstrasatsingen på rusbehandling, den såkalte gylne regel, ble avviklet. Det samme skjedde med de øremerkede midlene til rusarbeid i kommunene. Dette medførte lange ventetider til rusbehandling og en nedbygging av forebygging og oppfølging i kommunene.

Nå står vi i en helt annen situasjon. Høyre–Fremskrittsparti-regjeringen, godt hjulpet av Venstre og Kristelig Folkeparti, har gjeninnført den gylne regel og kommunenes øremerkede midler. I tillegg har regjeringen fremmet og fått vedtatt et historisk løft for rusfeltet, med mer enn 3 mrd. kr til rusbehandling, forebygging og oppfølging.

Hepatitt C er et globalt helseproblem, og arbeidet mot dette er inkludert i FNs bærekraftsmål. Verdens helseorganisasjon har derfor oppfordret alle land til å utarbeide nasjonale strategier mot hepatitt. Dette har denne regjeringen fulgt opp. For et halvt år siden fikk vi en slik nasjonal strategi, og ansvaret for å følge opp denne ligger nå hos dem som jobber hver dag med pasientene og brukerne.

Strategien er overordnet og bygger på et utkast fra Folkehelseinstituttet i samarbeid med Helsedirektoratet, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører. Den er på et mer overordnet nivå enn utkastet og gir retning for arbeidet med hepatitt. Fremskrittspartiet mener at strategien slik den er utformet i dag, gir et godt grunnlag for det videre arbeidet og har ingen tro på at en egen handlingsplan vil gjøre dette arbeidet bedre.

Forekomsten av hepatitter i den norske befolkningen er lav, og mulighetene for forebygging og behandling er gode. Samtidig er forekomsten av hepatitt C blant rusavhengige høy.

Vi har også fått nye legemidler som virker bedre, og som har en lavere bivirkningsgrad. Dette medfører at flere gjennomfører behandlingen. Disse legemidlene er dyre, men kostnadseffektive. Derfor får stadig flere behandling med de nye medisinerne.

Samtidig er det grunn til å minne om at for hepatitt C, som for de aller fleste diagnoser, vil det være bedre for den enkelte og mer lønnsomt å forebygge fremfor å behandle. Opptrappingsplanen for rusfeltet svarer langt på vei på dette, da den legger opp til å etablere mottakssentre i de største byene, øke antall oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT, lavterskel helsetiltak etter modell av Gatehospitalet og lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO.

Men det er ikke til syvende og sist en handlingsplan som redder liv. Antagelig er det grunnen til at vi ikke har handlingsplaner for hver eneste diagnose som finnes. Det som betyr noe, er at vi har en strategi, og at vi faktisk rigger sykehusene og kommunene på en slik måte at vi er i stand til å gi et tilbud til alle.

Folkehelseinstituttet mener at med utgangspunkt i smittesituasjonen og helsetilbudet i Norge, bør Norge ha et mer ambisiøst mål enn Verdens helseorganisasjonsmål. Fremskrittspartiet støtter det.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre mener at hepatitt C er en alvorlig sykdom som rammer en av samfunnets mest utsatte grupper. Dette er et syn jeg deler. Derfor har også rus fått det kanskje aller største løftet. Det hender jeg får kritikk for å gi rusomsorgen litt for stor plass, men jeg mener at den situasjonen vi sto i, gjorde at dette var helt nødvendig og helt riktig.

Olaug V. Bollestad (KrF) [10:17:13]: Hepatitt C er et globalt helseproblem, men det er også et nasjonalt, regionalt og lokalt helseproblem. Men aller mest er det et problem for de personene som får diagnosen, som lever med uroen for om de vil få en permanent leverskade, eller om de kan dø av diagnosen.

Arbeidet mot virushepatitter er inkludert i FNs bærekraftsmål, og Verdens helseorganisasjon har også oppfordret alle land til å utarbeide nasjonale strategier mot ulike typer hepatitter. Til og med har Verdens helseorganisasjon vedtatt, i mai 2016, et mål om at virushepatitt skal elimineres innen 2030. Folkehelseinstituttet kom i sitt utkast til den nasjonale strategien, som bygde på Verdens helseorganisasjons etterspørsel etter å få nasjonale strategier for å utrydde eller få ned antallet hepatittrelaterte dødsfall, med et mål om at Norge skal eliminere dette innen 2025. Helse- og omsorgsdepartementet la i juni 2016 fram en nasjonal strategi for arbeidet mot virale hepatitter. Det betyr ikke at vi skal redusere målet som Verdens helseorganisasjon har satt seg, selv om det ikke står en prosentandel der.

Hepatittforekomsten i den norske befolkningen er lav. Dermed er muligheten for forebygging og behandling veldig god. Samtidig skal vi ikke stikke under en stol at forekomstene av hepatitt C blant rusavhengige i Norge er høy. Da må vi tenke to ting samtidig, tenker Kristelig Folkeparti. Sammen med regjeringen har Kristelig Folkeparti og Venstre lagt fram en opptrappingsplan på rusfeltet, og tiltakene her kan være med og få ned antallet tilfeller av hepatitt C og andre smittsomme sykdommer. I tillegg er forekomstene av smitte viet et eget kapittel i den strategien som regjeringen har lagt fram. Kristelig Folkeparti er enig med statsråden i at strategien mot virale hepatitter, slik som den er utformet, gir godt nok grunnlag for å dra dette arbeidet videre ned på regionalt og lokalt nivå.

Når vi har en helseutfordring som Verdens helseorganisasjon peker på, som man også har pekt på nasjonalt, er det et stort ansvar som hviler på hver enkelt kommune og helseforetakene for å lage handlingsplaner helt ned, slik at man tar tak i utfordringene lokalt, der man selv er, for å få «hands-on»-planer som passer inn der grupper med hepatittpasienter faktisk er. Mange ganger er dette brukere på tvers av kommunegrensene. Likevel må vi få til konkrete handlingsplaner, sammen med de ideelle aktørene eller andre aktører som driver med omsorgsarbeid og behandlingsarbeid akkurat for denne gruppen. Det holder ikke å

ha en nasjonal handlingsplan hvis vi ikke får den ned på lokalt nivå.

Kristelig Folkeparti mener at strategien som er lagt fram, gir god anledning for ulike aktører lokalt – kommunene, foretakene og organisasjonene – til å ha egne handlingsplaner nettopp for denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen trenger konkret, god oppfølging lokalt.

Kristelig Folkeparti tror på tilpassede planer. Derfor mener vi at det er her jobben må gjøres for å nå den målsettingen vi alle har, omsorg for de pasientene som har fått denne sykdommen, og som har en mulighet hvis vi har gode planer lokalt. Derfor støtter ikke Kristelig Folkeparti forslaget fra Senterpartiet om en egen nasjonal handlingsplan.

Kjersti Toppe (Sp) [10:21:54]: Verdas helseforsamling har oppfordra alle land om å utarbeida nasjonale strategiar for nedkjemping av leverbetennelser, altså hepatitt, og Noreg har gitt støtte til denne resolusjonen. I Noreg er det hepatitt B og C som er dei mest utbreidde, og som er årsaka til dei mest alvorlege hepatittsjukdomane.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utarbeida eit forslag til ein hepatittstrategi, og Helse- og omsorgsdepartementet fremma nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser i mai 2016. Folkehelseinstituttets utkast til strategi er på 40 sider og vart utarbeidd i eit samarbeid mellom Helsedirektoratet, frivillige organisasjonar og andre relevante aktørar og vart svært godt mottatt. Departementet sin strategi er på vel 5 sider og har vorte sterkt kritisert for å vera mangelfull – derfor dette representantforslaget.

Behandling av hepatitt C kan i dag gjera dei aller fleste pasientar frie for virus og dermed lækja for sjukdomen. Til no har ei slik behandling vorte gitt først og fremst til pasientar som har klare teikn på leverskade, for å stoppa utviklinga mot leversvikt og leverkreft.

Verdas helseorganisasjon sin visjon for hepatittområdet er ei verd der det ikkje skjer smitte av hepatitt og alle har tilgang til trygg og effektiv behandling. I utkast til global strategi har Verdas helseorganisasjon følgjande forslag til global måloppnåelse for hepatitt C:

- 50 pst. reduksjon av nye tilfelle innan 2020 og 70 pst. reduksjon innan 2030
- 70 pst. reduksjon av hepatitt C-relaterte dødsfall innan 2030

I Noreg er smitteförekomsten låg, og moglegheitene for förebygging og behandling er gode. Folkehelseinstituttet anbefalar difor i utkastet til strategi at måla i Noreg bør vera betydeleg meir ambisiøse. Hepatitt-relaterte dødsfall bør kunna eliminerast fullstendig og på eit tidlegare tidspunkt, f. eks innan 2025 – det som vi føreslår i representantforslaget.

Men i regjeringa sin strategi er konkrete målsetjingar heilt borte. Regjeringas mål for det nasjonale arbeidet mot virale hepatittar er at smitten av hepatitt i Noreg skal haldast på dagens låge nivå. Smittespreiing i utsette grupper skal reduserast. Alle som vert alvorleg sjuke av kronisk hepatittinfeksjon, får tilgang til trygg og effektiv behandling, altså alvorleg sjuke. Det er altså ikkje eit mål i regjeringas strategi at færre skal verta smitta. Det skal haldast på dagens nivå. Og det er ikkje eit mål i regjeringas strategi at det ikkje skal skje dødsfall av hepatitt i Noreg, slik både Folkehelseinstituttet og Verdas helseorganisasjon har som klare mål for arbeidet.

Når det gjeld betre kunnskap om förekomst, skyv regjeringa ansvaret frå seg. Dei skriv i strategien at det er opp til Folkehelseinstituttet å vurdere behovet for nye kunnskapsinnhentingar opp mot andre område og tilgjengelege midlar.

Folkehelseinstituttet og fagmiljøa anbefaler i utkast til strategi ei rekkje aktuelle, konkrete tiltak innanfor kvart av dei tre hovudmåla, som er god kunnskap, færre personar smitta og å redusera sjukdom og hindra dødsfall.

I forslaget til strategi frå Folkehelseinstituttet står det:

«Det bør utarbeides en handlingsplan mot kronisk hepatitt der forebyggende tiltak og behandling ses i sammenheng.»

Det er nettopp det vi føreslår. Når da både regjeringspartia og Kristelig Folkeparti tilsynelatande veit betre enn eit samla fagmiljø og stemmer imot ein handlingsplan, gir det inga mening. Meiner dei at Folkehelseinstituttet tar feil? Meiner dei at Helsedirektoratet tar feil? Meiner dei at alle brukarorganisasjonane tar feil?

Det er positivt at fleire får behandling, og at anboda har vorte splitta opp slik at det er mogleg, men skal vi klara å utrydda hepatitt C i Noreg, kan vi ikkje berre venta på billigare medisin. Hepatitt C er ofte asymptomatisk. Det er usikkerheit i melderutinane. Det er lita oppfølging av risikogrupper. Det manglar förebyggjande tilbod i LAR og i fengsel. Og det hjelp lite med billigare medisin dersom ein ikkje veit at ein er smitta.

Ein stor del av pasientane med behov for hepatitt C-behandling er personar som tar – eller tidlegare har tatt – stoff med sprøyte. Det såre faktum er at dersom det hadde vore ei anna pasientgruppe dette handla om, så hadde det vore eit stort fleirtal for forslaget som vert tatt opp i dag.

Ketil Kjenseth (V) [10:27:08]: Hepatitt C er en sykdom som først og fremst rammer de svakeste i samfunnet, de tungt rusavhengige, og mange har hatt dårlige odds så langt i livet. Jeg er derfor svært glad for opptrappingsplanen for rusfeltet og de ambisjoner som ligger i den planen. Forebygging er et av de tre satsingsområdene i planen. Det er naturlig å se arbeidet for å utrydde hepatitt C som en viktig del av arbeidet for å bedre livskvaliteten til tungt rusavhengige, og der kommer opptrappingsplanen særlig tungt inn.

Vi vet at det er mange årsaker til at mennesker havner i tungt rusmisbruk. Mye kan forklares i historier om omsorgssvikt, vold og overgrep som man helt uforskyldt er offer for. Å sikre alle en god oppvekst er det viktigste vi kan gjøre for å unngå at folk ender opp som tunge rusmisbrukere med bl.a. hepatitt C. Men for alle dem som allerede er i denne vanskelige livssituasjonen og ikke kan få barndommen i reprise, er det vår plikt som samfunn å gi god oppfølging og behandling, helt fri for moralisme.

Det er nødvendig med en sterkere forpliktelse med flere konkrete tiltak som oppfølging av regjeringas strategi. Venstre støtter derfor forslaget fra Senterpartiet her i dag. Vi vil videre, og vi vil satse på denne pasientgruppen. Rus- og psykiatripasienter har tross alt 20 år kortere levetid enn resten av befolkningen. Bare det i seg selv er en grunn til å satse.

Nei, vi skal ikke ha handlingsplaner for alt og alle, men av og til er det mulig også for Norge å gå foran. Vi er på topp i Europa i antall overdoser. Vi kan lede an i WHO's

arbeid med å vise at det er mulig å utrydde en infeksjons-sykdom som leverbetennelse, og her hepatitt C.

Kommunenes rolle er viktig i opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er en utfordring at vi sier at vi ikke kan komme videre fordi kommunene er for ulike eller har for ulik kompetanse. Det er på tide at vi tar litt strammere grep om hva kommunene skal bidra med. Dette handler om en mer sammenhengende behandlingsskjede.

Vi har ikke mange sprøyterom i Norge. Venstre og Senterpartiet har sammen fremmet et forslag om å etablere brukerrom. Det er også en del av en mer sammenhengende behandlingsskjede der vi får mer vekt på det forebyggende og bedre behandling lokalt. Vi må sette inn flere slike tiltak, og det å forebygge at folk får hepatitt C, er den aller beste medisinen. Dette krever et større samarbeid mellom dem som skal rette innsatsen. I dag er det også på dette området veldig stor avstand mellom dem som jobber i uteseksjoner og i russeksjoner lokalt, og dem som jobber inne i sykehus med behandling av hepatitt C-pasienter. Den avstanden må vi gjøre mindre, og vi må utnytte ressursene bedre, for i dag går det for mye ressurser til spesialistbehandling inne i sykehusene. Nye medisiner hjelper oss videre – ja, heldigvis – men vi har også en stor jobb i å unngå resmitte og å unngå at så mange blir smittet.

Det er en viktig grunn til at Venstre støtter dette forslaget i dag. Vi har i Norge mulighet til å gå raskere på mål enn det WHO peker på. Dette er en god investering både for pasientene og kanskje også for norsk helsesektor, som kan bidra ut i verden for å få en raskere vei til målet, vise hvordan det er mulig å gjøre det, og ikke minst er det også en vei videre for å styrke den lokale innsatsen i Norge hvor behandlingsskjedene henger for dårlig sammen. Og, som representanten Sveinung Stensland var inne på, kommunene prioriterer det for lavt. Der har vi en felles oppgave å gjøre i Norge – å styrke kommunene er én ting, men også å gi sterkere retningslinjer for hvordan det forebyggende arbeidet og den lokale behandlingen skal skje.

Torgeir Knag Fylkesnes (SV) [10:31:44]: Hepatitt C rammer nokon av dei mest utsette gruppene i samfunnet. 20 000–30 000 menneske har denne sjukdomen. Nokon veit at dei har han, andre ikkje. Dette er ei gruppe menneske som ofte elles blir nedprioritert i helsevesenet. Det er ein sjukdom som vi kan kurere, difor kan vi også utrydde han. Det er sjølv sagt også lønsamt, det er ei god investering å gjere dette. SV støttar difor forslaget i denne saka heilhjarta.

Folkehelseinstituttet har vore heilt tydeleg i denne saka, og dei er ikkje fornøgdde med oppfølginga av strategien. Stortinget bør setje eit mål som vi kan halde regjeringa ansvarleg for. Det gjer vi i viktige saker. Dessutan har vi WHO, som har gjort ei rein oppfølging av FN's berekraftsmål, der det eksplisitt står at ein ønskjer å utrydde denne sjukdomen. Vi har eit godt utbygd helsevesen i Noreg framleis, og dette bør kunne vere ambisjonar vi kan setje oss som land. Stortinget bør i det minste setje eit mål.

Eg opplever eigentleg dette som ein rein prioriteringsdebatt. Da Stensland sa i innlegget sitt at ein skal ha ein handlingsplan for alt, tenkte eg: Det var interessant! Så eg gjekk inn på stortinget.no – utmerkt heimeside – og sjekka om det var føreslått handlingsplanar for ulike ting av Høgre tidlegare. Det var det. Bent Høie føreslo mange ulike handlingsplanar medan han sat i opposisjon. Det er ikkje

mogleg for meg å gå igjennom heile lista her, men mot sjølvskading og sjølv mord ønskte han ein handlingsplan i 2011. Ein ønskte ein eigen handlingsplan for legevakt og ein handlingsplan for kols. Antibiotikaresistens i helsevesenet har vi alle vore einige om at det skulle vore ein handlingsplan for.

Så viss det er hovudargumentet, er det verkeleg urimeleg, det avslører kanskje kvifor ein går imot dette. Og det er kanskje det som er mest interessant i denne saka – at ein rett og slett vel ikkje å setje eit mål, vel ikkje å gi Stortinget anledning til å setje eit mål som vi kan halde regjeringa ansvarleg for.

SV støttar forslaget, og vi tenkjer vårt om den motstanden andre parti har mot dette.

Statsråd Bent Høie [10:34:43]: Jeg er glad for at det rettes oppmerksomhet mot hepatitt C og den byrden denne sykdommen påfører mennesker, spesielt i rusmiljøet. Den nasjonale hepatittstrategien gir retning for det videre arbeidet og setter som mål at smitten skal holdes på dagens lave nivå, at smittespredning i utsatte grupper reduseres, og at alle som blir alvorlig syke av en kronisk hepatittinfeksjon, får tilgang til trygg og effektiv behandling.

Forekomsten av hepatitt C blant rusavhengige er for høy i Norge. Dette tar vi på alvor. Vi har hatt dialog med fagmiljøet og brukerorganisasjonene og har god oversikt over utfordringene. Spørsmålet om et godt behandlingstilbud står helt sentralt i dialogen og i det dokumentforslaget vi nå diskuterer.

Finansieringsansvaret for legemidler mot hepatitt C er overført fra folketrygden til helseregionene. Stortinget ga sin tilslutning til dette i statsbudsjettet for 2016. I spesialisthelsetjenesten er det innført et nasjonalt system for innføring av nye metoder, og beslutninger om hvilke legemidler og metoder som skal finansieres innenfor helseforetakenes rammer, ligger innenfor sørge-for-ansvaret til helseregionene. Helseregionene har delegert denne myndigheten til Beslutningsforum for nye metoder, der også brukerrepresentanter er med. Systemet legger til rette for at det blir gjort grundige nasjonale vurderinger av alle nye legemidler ved bruk av metodevurderinger, og bidrar til kunnskapsbaserte beslutninger i tråd med de prinsippene som Stortinget har lagt opp for prioritering. Systemet bidrar til en likeverdig tilgang til legemidler og metoder på tvers av pasienter og pasientgrupper. Ny kunnskap og tilgang til nye legemidler, som legemidler mot hepatitt C, inngår i de vurderingene som gjøres i dette systemet. Her tilpasser en behovet kontinuerlig for å kunne vurdere legemidler som skal tilbys, og til hvilke pasientgrupper.

Det er nylig gjennomført en anbudsprosess for legemidler mot hepatitt C. Beslutningsforum har nå avgjort at det for pasienter med kronisk hepatitt C-infeksjon genotype 1 ikke lenger skal være noe krav om leverfibrose tilsvarende stadium F2-F4 for å få behandling. Cirka 40 pst. av tilfellene i Norge er genotype 1. Dette betyr i praksis at flere vil få tilbud om den nyeste behandlingen.

Samtidig rapporterer helseregionene om at det er god dekning av ikke-invasivt måleutstyr for testing av fibrosegrad rundt omkring i landet. Disse instrumentene gjør at man kan fastslå graden av sykdom i leveren uten å måtte ta en biopsi. I Akershus og Oslo er tilbudet best, men her er det også flest pasienter med hepatitt C. Det er de regio-

nale helseforetakene som selv må vurdere behovet for denne type måleutstyr, men oversikten er også oversendt til Stortinget.

Jeg mener dette viser at helseregionene jobber målrettet og godt for å sikre flere tilgang til behandling med de nye legemidlene mot hepatitt C, og at dette svarer ut de viktigste elementene i representantforslaget.

Samtidig jobbes det med konkrete tiltak rettet mot forebygging av hepatitt C blant injiserende rusavhengige. Det er nødvendig med bedre informasjon om hepatitt C-smitte til brukere og personell. Her vil jeg gå i dialog med brukerorganisasjonene for å finne de mest effektive tiltakene.

Vi har videreført bevilgningene til oppfølging av Nasjonal overdosestrategi og har lagt betydelige midler inn i opptrappingsplanen for rusfeltet, som er i rute for å nå målsettingen om 2,4 mrd. kr mer til dette feltet ved utgangen av 2020.

Kommunene styrkes bl.a. gjennom at de får mer midler til å etablere et bredt spekter av tjenester til personer med rusproblemer, bl.a. – ikke minst – lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak.

I sum viser dette at en i samarbeid med helse- og omsorgstjenestene er godt i gang med å følge opp den nasjonale hepatittstrategien. Jeg mener derfor at strategien, slik den er utformet i dag, gir et godt grunnlag for videre handlinger. Jeg er skeptisk til at vi hver gang vi skal gjøre handlinger ut mot pasientene, først må utarbeide en handlingsplan. Her er det et område der tiltakene er vel definert, der de prioriterte områdene er vel definert, og der vi i realiteten er i gang med å gjennomføre de tiltakene som er anbefalt.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ingvild Kjerkol (A) [10:39:44]: Verdens helseforsamling vedtok i mai 2016 et mål om at virushepatitt skal elimineres innen 2030. I Folkehelseinstituttets utkast til nasjonal strategi for arbeidet mot hepatitter fra 2015 ble det foreslått å sette et overordnet mål om at hepatittrelaterte dødsfall skal elimineres fullstendig i Norge innen 2025. Helse- og omsorgsdepartementet la i juni 2016 fram en nasjonal strategi for arbeidet mot hepatitter uten en slik definert visjon eller målsetting.

Hvorfor ikke det, statsråd?

Statsråd Bent Høie [10:40:32]: Det er fordi målsettingen om å eliminere hepatitt C ikke er mulig å nå på et nasjonalt nivå. Det er kun gjennom et samlet internasjonalt arbeid det er mulig, bl.a. fordi vi reiser mer, og også fordi flere kommer til Norge med hepatitt C.

Det er en målsetting som egner seg for et internasjonalt forum som Verdens helseorganisasjon. Det vi er nødt til å gjøre på nasjonalt nivå, er å gjennomføre de tiltakene som bidrar til at vi gjør vår del av det. Og derfor har vi tiltak som veldig klart retter seg mot både forebygging og behandling av hepatitt C. Som jeg også redegjorde for i mitt innlegg, er det det som er det viktigste Norge kan bidra med på et nasjonalt nivå for å nå den internasjonale målsettingen om å utrydde denne sykdommen.

Ingvild Kjerkol (A) [10:41:27]: Statsråden fanget ikke opp nyansene her mellom Verdens helseforsamling, som har et mål om at virushepatitt skal elimineres innen

2030, og Folkehelseinstituttet, som ønsker å sette et overordnet mål om at hepatittrelaterte dødsfall skal elimineres fullstendig i Norge innen 2025. Kanskje jeg var forvirrende i min spørsmålsstilling, men hvorfor har ikke den nasjonale strategien som statsråden eier, en målsetting om å eliminere hepatittrelaterte dødsfall i Norge? Mener han at det er en internasjonal problemstilling som det ikke er mulig å nå nasjonalt?

Statsråd Bent Høie [10:42:17]: Nei, og derfor er det også sånn at den strategien som vi har lagt fram, inneholder de tiltakene som er nødvendig for å nå den målsettingen at ingen mennesker i Norge skal dø av hepatitt C-relaterte sykdommer. Det gjør vi gjennom å redusere smittenivået, ikke minst for utsatte grupper, og at alle som blir alvorlig syke av kronisk hepatitt C, får tilgang til trygg og effektiv behandling. Det er det som er handlingene for å nå den målsettingen. Det er også en del av den strategien som nå er vedtatt.

Kjersti Toppe (Sp) [10:43:08]: I den anbefalte strategien fra Folkehelseinstituttet står det at det i Norge «bør utarbeides en handlingsplan mot kronisk hepatitt der forebyggende tiltak og behandling ses i sammenheng». Det var ei anbefaling i ein strategi som var mykje meir konkret enn den strategien som regjeringa la fram. Forslaget om å utarbeida ein handlingsplan – som er eit anbefalt tiltak – vert no stemt ned.

Spørsmålet mitt er: Kva slags argument har regjeringa for å gå imot anbefalinga frå Folkehelseinstituttet om å ha ein eigen handlingsplan mot hepatittar?

Statsråd Bent Høie [10:44:06]: Det er et rent praktisk spørsmål. Det er et spørsmål om det er mest hensiktsmessig å gå veien om å utarbeide en handlingsplan, eller om det er mest hensiktsmessig – på et område der en i realiteten er i gang med å gjennomføre en strategi – heller å gå direkte til handling. Min anbefaling har vært det siste, for vi er i gang med en svær opptrappingsplan for rusfeltet der veldig mye av forebyggingstiltakene ligger inne, og ikke minst der det også er konkrete bevilgninger. Så dette er et område som nå klart prioriteres.

På behandlingssiden er det slik at vi har etablert et system som også Stortinget har sluttet seg til, og som virker. Vi får bedre tilgang til mer effektiv behandling til større pasientgrupper gjennom det systemet.

På testområdet, som er det tredje området, ser vi at det skjer en god utbygging av mulighetene for testing. Da er vi i realiteten i kjernen av det som en handlingsplan ville handlet om.

Kjersti Toppe (Sp) [10:45:22]: Eg høyrer at statsråden seier at sjølv om det er anbefalt, treng ein ikkje ein handlingsplan på dette området, for tiltaka er definerte. I forslaget til strategi frå Folkehelseinstituttet er det mange heilt konkrete tiltak som vert anbefalte.

Ta f.eks. auka testmoglegheit, som statsråden sjølv viser til: Det vert anbefalt at ein skal sikra testing av ei heil liste av utvalde grupper. Kan statsråden seia at det då vert pålagt helsetenesta?

Når det gjeld undervisning og kunnskap, er det eit foreslått tiltak at ein skal ha obligatorisk undervisning om kroniske hepatittar i alle spesialistutdanningane – også eit ek-

sempel på eit konkret tiltak. Er dette då eit tiltak som ligg inne, sidan ein ikkje treng ein handlingsplan?

Statsråd Bent Høie [10:46:16]: Det å utvikle gode testmuligheter er – som også er mitt svar til Stortinget – en del av helseregionenes sørge-for-ansvar, som også følges opp, og listene og oversiktene over dette er et svar til Stortinget. Å utvikle ny kunnskap og ikke minst å drive en kunnskapsforbedring i tjenesten er allerede en del av den vedtatte opptrappingsplanen for rusfeltet. Så dette er områder som det nå jobbes systematisk med, og det er også bakgrunnen for at min oppfatning er at det er bedre nå å gjennomføre de handlingene som vi faktisk allerede er i gang med og har vedtatt, og som også er finansiert, enn å bruke tid og ressurser på å utarbeide en handlingsplan innenfor dette.

Ketil Kjenseth (V) [10:47:15]: Vi er enige om penge- og pengene er på bordet til å forebygge mer, bl.a. gjennom opptrappingsplanen – 2, 4 mrd. kr over fem år. Men vi ser at antallet overdoser ikke går veldig raskt ned. Det tyder på at det er mye sprøytemisbruk fortsatt, og det er krevende å få brukerne over på inhaleringsmetoder. Sprøyter medfører en stor risiko.

Men det er fortsatt mye å hente på en bedre organisering av tjenestene. Når pengene er på plass, er spørsmålet hva en vil gjøre med bl.a. lovverk, forskrifter og den typen reguleringer – sprøyteromsforskriften er en del av det – å utvide det til et større brukerperspektiv. Det gjelder også for kompetansen som skal være der. En kan se på det med hepatittklinikker i de største byene – dette er jo en utfordring som er størst i de store byene, hvor vi har mange sprøytemisbrukere – og å bruke fengsler og rusbehandling sinstitusjoner mer aktivt for å behandle. Kan statsråden si noe om hvilke tiltak som er høyest prioritert?

Statsråd Bent Høie [10:48:28]: Det er en riktig beskrivelse representanten her kommer med – at vi fortsatt har store utfordringer knyttet til injeksjon av rusmidler i Norge, og vi har i gang en egen handlingsplan knyttet til overdosedødsfall.

Når det gjelder tilfeller av hepatitt C i Norge, sank det fra 1 740 i 2010 til 1 183 i 2015, og foreløpig er det meldt om 770 tilfeller av hepatitt C i 2016. Det kan virke som en er inne i en positiv utvikling når det gjelder smitte av hepatitt C.

Mange av de tiltakene som representanten trekker fram her, er nettopp tiltak som ligger i opptrappingsplanen. Å etablere mottakssentre i de store byene for å drive lavterskel helsetilbud og å bygge ut helsetilbudet i fengslene vil være viktige tiltak, også for å forebygge, oppdage og dermed starte behandling av hepatitt C.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

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

Kjersti Toppe (Sp) [10:49:55]: Eg føler behov for å gi ein kommentar til noko av det som er sagt i debatten, for fleire, iallfall fleirtalet, støttar ikkje ein handlingsplan fordi det er unødvendig og ein ikkje kan ha ein handlingsplan for kvar einskild sjukdom. Eg synest den argumentasjonen vert ganske søkt her i dag.

For det første kan ein sikkert finna mange eksempel på handlingsplanar som er vedtatt her, som omfattar mindre grupper enn for dei som har hepatitt C. For det andre er faktisk dette noko som er anbefalt av dei som utarbeidde utkast til strategi, at strategien må følgjast opp med ein handlingsplan som ser både forebygging og behandling i samanheng. For det tredje: Eg hadde aldri fremja eit forslag om ein handlingsplan viss strategien var god, men ein må ta inn over seg at den strategien som vart fremja, vart sterkt kritisert av alle brukarorganisasjonane. Strategien var på fem sider. Utkastet frå Folkehelseinstituttet var på 40 sider, med mange spesifikke tiltak. Til og med målsetjingane var tatt vekk, som òg var forankra i Verdas helseorganisasjon. Vi har altså ein strategi der heller ikkje målsetjinga som Verdas helseorganisasjon har sett, er med.

Så vert det vist til prioriteringsmeldinga. Dei prinsippa står vi alle bak. Det er ingenting som går imot å ha ein handlingsplan for ei forsømt gruppe i dei kriteriana som vart vedtatt i prioriteringsmeldinga. Det er iallfall etter mitt syn heilt i tråd med det.

Representantar frå regjeringspartia viser til den gylne regel, at ein har gjort så mykje for rus og psykiatri, men da må ein fortelja heile sanninga, for den gylne regel er vorten «den rustne regel», han sørgjer ikkje for at rus og psykiatri vert prioriterte i spesialisthelsetenesta. Vi er opptatt av å støtta opptrappingsplanen for rus i kommunane. Det er ikkje berre øyremerkte midlar der, og mykje godt kan skje innanfor den planen, men no snakkar vi om å utrydja ein sjukdom i Noreg. I andre land som har kome godt i gang med dette, f.eks. Skottland, starta ein med ein politisk vilje til å gjera noko med det, og det er den viljen eg saknar her i dag.

Sveinung Stensland (H) [10:52:50]: Når en ikke stemmer for en handlingsplan, viser en ikke politisk vilje – slik er det blitt.

Som statsråden var inne på, gikk en her rett til handling. Vi gikk rett til handling for å sette i gang et viktig arbeid for en gruppe som – som representanten Toppe sier, med rette – er en forsømt gruppe. Hvorfor er den forsømt? Jo, det er fordi den ikke har vært prioritert tidligere.

Så blir det bortimot raljert over innsatsen på rusfeltet og innen psykiatrien som denne regjeringen står for. Jeg minner om at Opptrappingsplanen for rusfeltet – 2,4 mrd. kr – er det største løftet som noen gang er gjort for denne gruppen. Jeg lurer på om representantene fra Senterpartiet og SV kan vise til noen regjering som har gjort tilsvarende for denne gruppen tidligere. Til SV, som for øvrig snakker om prioritering, og ikke prioriterer å være i debatten lenger enn til en har holdt innlegg – og går: Det var en del ting vi kunne diskutert videre, som dette med den gylne regelen, som er et svært viktig politisk signal, som viser politisk vilje – noe som representanten Toppe etterlyser – til å satse på de svakestepasientgruppene.

Jeg stilte spørsmålet i mitt hovedinnlegg: Kan noen representant peke på noen gruppe som har fått større økning i innsats når det gjelder både kroner og antall pasienter de siste årene? Når det kommer til forebygging, er det en rekke tiltak innenfor spesielt opptrappingsplanen og handlingsplanen mot overdosedødsfall som retter seg mot nettopp denne gruppen, som er mest smitteutsatt.

Det må legges til at skal en utrydde hepatitter, nytter det

ikke å gjøre det bare i Norge, det er en global utfordring. Disse virusene reiser gjerne med dem som reiser. Svært mange nordmenn reiser til Det fjerne østen, der det er mye mer hepatitt enn i denne delen av verden.

Så er det interessant å se at det pekes på at kommunene ikke gjør det vi vil. Det er en interessant debatt innenfor dette med kommunalt selvstyre. I hvor stor grad skal Stortinget detaljstyre kommunene? Ønsker vi sterke kommuner, som kan gjøre sine egne prioriteringer? Det er interessant at en kommune som er styrt av bl.a. Senterpartiet, Venstre og SV, har som mantra «godt nok», og ikke prioriterer å bruke de økte rammene vi har gitt, til forebygginge helsearbeid. Jeg snakker igjen om min hjemkommune, Haugesund, som har over 100 mill. kr i overskudd, og som aktivt – aktivt – bestemmer seg for ikke å bruke alle de pengene som vi har satt av i rammene til kommunene, til forebyggende helsearbeid.

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

Kjersti Toppe (Sp) [10:55:43]: I innlegget og i forslaget mitt kritiserer eg ikkje russatsinga til regjeringa. Det kom opp i debatten. Difor svarte eg på det.

Når det gjeld det at dei som stemmer imot ein handlingsplan, òg er imot handling: Nei, det er ikkje slik det er, men når ein fremjar ein strategi som er blotta både for mål og for verkemiddel, er det det som er problemet – det viser at det ikkje er nok handling.

Representanten Stensland spør om eg kan peika på ei anna gruppe som har fått større styrking av budsjettet osv. Nei, men kan ein peika på ei anna gruppe som hadde akseptert å gå med kronisk smitte, og som ikkje får behandling før levra er skadd? Den finst vel ikkje.

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

Sak nr. 2 [10:56:41]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helseberedkapsloven mv. (beredkapsregister mv.) (Innst. 165 L (2016–2017), jf. Prop. 7 L (2016–2017))

Ketil Kjenseth (V) [10:57:20] (ordfører for saken): Vi vedtar i dag å gi hjemmel i helseberedkapsloven til å opprette helseregistre i en beredskapssituasjon. Det blir neppe noen stor debatt om dette, for det er en samlet komité som støtter departementets lovforslag. Men jeg synes det er verdt å stoppe så vidt opp ved det vi gjør her i dag.

Bakgrunnen for forslaget er at helsemyndighetene i flere situasjoner har erfart at det kan være behov for å samle inn og systematisere informasjon om pasienter for å få oversikt over omfang, årsakssammenhenger og sykdomsutvikling som kan ligge til grunn for tiltak.

Jeg vil bruke et konkret eksempel for å vise behovet vi har. Giardia-utbruddet i Bergen var en miljørelatert hendelse som førte til et stort utbrudd – dette var i 2004. Vi skal også stoppe opp ved Östersund og Skellefteå i Sverige, som i 2006 og i 2008–2009 hadde lignende utbrudd.

Disse tre er faktisk blant de største bakterielle utbruddene i drikkevannskilder i hele den vestlige verden. Vi diskuterer av og til klima og klimarelaterte hendelser. Hvorfor dette skjer i den nordlige delen av den vestlige verden, kan det være verdt å stoppe opp ved. Dette kan også si noe om at vi kan forvente oss flere slike typer utbrudd i framtiden. Det er grunn til å skaffe seg mer kunnskap om hva som skjer. Dette rammer folk over lang tid; opp til 6 000 mennesker i Bergen ble berørt, 1 400 fikk en sikker diagnose, og opp mot 500 mennesker lever med langtidsvirkninger etter denne hendelsen. Dette er et eksempel på at det er behov for en type beredkapsregister, som vi gir lov hjemmel til å opprette i dag. Vi vil altså få mulighet til å følge pasienter over lengre tid og også forske mer på hva som har skjedd. Det er behov for mer systematisk kunnskap om den typen hendelser og virkninger av dem.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. Presidenten vil foreslå at sakene nr. 3 og 4 behandles under ett. – Det anses vedtatt.

Sak nr. 3 [11:00:10]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren (Innst. 169 S (2016–2017), jf. Dokument 8:90 S (2015–2016))

Sak nr. 4 [11:00:36]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås og Jenny Klinge om en offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri (Innst. 174 S (2016–2017), jf. Dokument 8:23 S (2016–2017))

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.

Ruth Grung (A) [11:01:49] (ordfører for sak nr. 3): Jeg har lyst til å starte med å gratulere presidenten med bursdagen – og hun klubbet meg ikke!

Det er en alvorlig sak vi diskuterer når det gjelder begge disse to forslagene. Bruk av tvang er et svært inngripende tiltak, hvor man risikerer å påføre pasienter og brukere krenkelser, skader og alvorlige traumer. Terskelen for bruk av tvang skal derfor være høy.

Helsekomiteen vil berømme VG for å ha løftet fram og dokumentert omstridt og ulovlig bruk av tvang. Dette er informasjon som burde ha framkommet gjennom etablerte rapporteringssystemer og tilsynsorgan. Ifølge VG fore-

kom det 4 000 tilfeller av beltelegging i 2015, fordelt på 1 200 personer, derav ca. 650 som ifølge fagfolk er omstridt eller ulovlig tvangsbruk. Det er registrert 60 klager, der 15 er tatt til følge. VG avslørte at tvangsbruken øker om kvelder, netter, helger og ferier når de faste behandlerne ikke er på jobb. Det er registrert problematisk tvangsbruk ved samtlige sykehus. Det er ikke framkommet informasjon som motsier VGs dokumentasjon.

Komiteen ser svært alvorlig på det som er avdekket, og er glad for at helseministeren umiddelbart tok tak i utfordringene og stilte krav til helseforetakene.

I media blir bruk av tvang i psykiatrien ofte illustrert med bruk av belter. Men for mange pasienter som har vært utsatt for overgrep, kan fastholding oppleves som enda mer inngripende. Den samme tilbakemeldingen har vi fått på bruk av tvangsmedisinering, der pasientene gir uttrykk for at de foretrekker beltelegging framfor å miste forstanden.

Det er store ulikheter i bruk av tvang, og mange institusjoner, som f.eks. Lovisenberg, har tatt i bruk ny kunnskap og metodikk som har redusert bruken av tvang betydelig. Kollegabasert veiledning har vist seg som en godt egnet metode for kompetanseoverføring og bør benyttes systematisk for å få et likeverdig og faglig oppdatert behandlingstilbud i hele landet.

Under høringen framhevet Norsk psykiatrisk forening at det innen psykisk helsevern er en liten gruppe av pasienter som står for en stor andel av tvangsbruken. Disse pasientene er i akuttavdelingene og sikkerhetsavdelingene og bør derfor prioriteres.

Det er behov for økt kompetanse og oppmerksomhet på bruk av tvang overfor mennesker med demens og kognitiv svikt. Innlåsing oppleves som ekstrem frihetsberøvelse, og tvangsmedisinering er utbredt. Det er et grunnleggende prinsipp i vårt helsevesen å behandle pasienter på en likeverdig måte, og dagens praksis overfor demente kan oppleves som diskriminering av en stor pasientgruppe.

Vi har i dag ulike regelverk for bruk av tvang innen helse, et for psykisk helse, et for somatisk helse, herunder demente og personer med kognitiv svikt, et for psykisk utviklingshemmede og et for rusmiddelavhengige. Reglene er også ulike mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Komiteen er glad for at det nå er satt i gang et NOU-arbeid for å se på behovet for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren. Det er et viktig prinsipp at pasienter, brukere og pårørende opplever at likeverdige situasjoner blir håndtert med samme krav til faglighet, medvirkning, dokumentasjon, transparens, klageadgang og rettssikkerhet. Dette er også viktig for helsepersonell og tilsyn.

Barneombudet har i sitt arbeid med prosjektet Grenseløs omsorg dokumentert et svært komplekst utfordringsbilde for bruk av tvang overfor barn i barnevern og psykisk helsevern. Mange unge under offentlig omsorg har svært dårlig helse – en blanding av psykisk helse, rus og generelt redusert allmenntilstand. I tillegg til harmonisering av lovverket er det derfor behov for et målrettet arbeid for å sikre barnevernsbarn likeverdig helsetilbud i forhold til andre barn.

Komiteen ser alvorlig på at vi har så dårlige rapporteringssystemer på bruk av tvang. Dette er ikke noe nytt. Avvik mellom faktisk bruk av tvang og data fra Norsk pasientregister har vært kjent siden 2007. Det er et alvorlig tan-

kekors at den mest inngripende og etisk mest problematiske håndtering av pasienter er den som blir dårligst dokumentert, og som vi har minst kunnskap om omfanget av.

Utarbeiding av elektroniske rapporteringssystemer i spesialisthelsetjenesten er topprioritert. Det er viktig at systemene blir kompatible med sentrale registre, og at det blir entydige definisjoner på hva som skal rapporteres. Kontrollkomisjonene må, for å kunne gjøre en skikkelig jobb, få innsyn i pasientforløpet, hva som har vært prøvd før bruk av tvang, og hvordan eventuell bruk av tvang har blitt fulgt opp overfor pasienten i etterkant. Det er uklart hvordan bruk av tvang blir rapportert i kommunehelsetjenesten.

Arbeiderpartiet mener årsakene til feil bruk av tvang er godt dokumentert gjennom VG, Sivilombudsmannens undersøkelser, brukerorganisasjoner, fagfolk og forskning, og mener at ressursene bør brukes på å sikre rett bruk av tvang framfor en omfattende granskning. Vi støtter derfor ikke Senterpartiets forslag om granskning.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [11:07:12]: President, jeg får vel også slutte meg til gratulasjonene med dagen.

Det er en alvorlig sak vi behandler i dag. Artiklene og historiene om menneskene i VGs artikkelserie om tvang har berørt oss alle. I fjor ble det avslørt at 650 av 4 000 beltelegginger i psykisk helsevern er omstridte eller ulovlige. Det er et skremmende høyt tall. Det store omfanget av feil som er dokumentert, er alvorlig, men ikke minst er det krenkende og uakseptabelt for den enkelte som er blitt beltelagt. Det handler om frihetsberøvelse. Det er uakseptabelt og lovstridig å bruke tvang for å kompensere for mangel på kvalifisert personell eller som disiplinerende tiltak eller for å forebygge uro eller plagsomme handlinger i avdelinger.

I Høyre er vi veldig glad for at statsråden så raskt kom til Stortinget for å redegjøre for hvordan han følger opp på dette området. Stortinget har nå fått anledning til å ha en grundig diskusjon om bruken av tvang, gjennom behandling av disse to representantforslagene som vi debatterer i dag. Det er viktig at utbredelsen av ulovlig tvang blir satt på dagsordenen, og jeg vil gi honnør til VGs grundige arbeid, som har bidratt til å løfte problemstillingene fram.

Høyre er tilfreds med at helseministeren allerede har tatt flere grep for å følge opp regelverket, bl.a. gjennom lovforslag som skal øke rettssikkerheten og medbestemmelsen for pasienter i psykisk helsevern. Helseministeren har også tatt initiativ til å oppnevne et lovutvalg som går gjennom tvangsreglene i hele helse- og omsorgssektoren. Dette er viktig. Det er også viktig at rapporteringen bedres, og at man får en oversikt gjennom kvalitetsindikatorer, som vil være offentlig på helsenorge.no.

Høyre har, sammen med et flertall, i innstillingen til saken gitt klart uttrykk for at vi forventer at det kommer på plass brukervennlige elektroniske verktøy for rapportering av tvang. Vi er glad for at det i ministerens svar til komiteen kommer fram at helseforetakene tar denne saken på høyeste alvor, at arbeidet med å rydde opp er i gang, og at i alle helseregioner er det løftet fram planer med konkrete tiltak for bedre datarapportering, for mindre og riktigere bruk av tvang. Det er positivt, men vi forventer at helseforetakene har et høyt trykk på dette.

Høyre er enig med forslagsstillerne i at det er viktig

med dokumentasjon på utbredelsen av tvang og dokumentasjon på at det jobbes systematisk med å legge om praksis i henhold til faglige og lovmessige krav. Men Høyre mener også, sammen med et flertall i Stortinget, at vi allerede har fått mye kunnskap om selve årsakene til problemet med bruk av tvang. I tillegg til VGs undersøkelser har Silvombudsmannen gjennomført sine undersøkelser, og vi har fått flere uttalelser fra brukerorganisasjonene og ikke minst fra fagfolk og fra forskermiljøet selv. Høyre mener derfor at en granskning ikke vil gi oss noen flere svar eller bedre dokumentasjon som grunnlag for å følge opp denne situasjonen enn det vi har i dag. Vi støtter derfor ikke forslaget om en ny granskning av tvangsbruken.

Vi mener imidlertid det er viktig å prioritere ressursene og sikre riktig bruk av tvang. Vi kan ikke akseptere at det forekommer en så utstrakt ulovlig bruk av tvang. Jeg vil derfor igjen understreke at vi vil følge nøye med på hvordan helseforetakene tar ansvar for å iverksette de nødvendige forbedringer.

Kari Kjonaas Kjos (FrP) [11:11:50] (komiteens leder): Tvangsbruken innenfor psykisk helsevern har vært svært høy gjennom flere år, med utstrakt bruk av ufrivillig medisiner, tvangsinnleggelse og store geografiske forskjeller. Samtidig er det ulik praksis for registrering og rapportering samt mangelfull opplæring.

Det er behov for å se på bruk av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern. Vi er alle særlig bekymret for bruk av tvang overfor barn og unge.

Bruk av tvang kan påføre pasienten krenkelser, skader og alvorlige traumer. Terskelen for bruk av tvang må derfor være svært høy.

Vi har i dag fire ulike regelverk som omhandler bruk av tvang. Reglene er også ulike mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Før sommeren 2016 ble det derfor nedsatt et lovutvalg som skal utrede behovet for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren.

Jeg deler helseministerens syn på det alvorlige som ligger i situasjonen, og behovet for bedring av registrerings- og rapporteringspraksis. Det er et alvorlig tankekors at den mest inngripende håndteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten er den som blir dårligst dokumentert, og som vi har minst kunnskap om omfanget av.

Østenstad-utvalget har fått i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang og utrede behovet for revisjon og modernisering av regelverket samt foreslå nødvendige lovendringer for å møte behovene i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester. Utvalget skal også utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser, bl.a. FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne, samt vurdere om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene. I sitt arbeid skal utvalget også se hen til tilstøtende tvangsregelverk og foreslå eventuelle endringer. Det er viktig å samordne og modernisere regelverket.

Fremskrittspartiet ser alvorlig på den omfattende og uriktige bruken av tvang ved norske psykiatriske sykehus, som er dokumentert i media, og er fornøyd med de forslag til tiltak helseministeren presenterte i sin redegjørelse i Stortinget 7. desember 2016, hvor målet er økt rettssikkerhet og mindre bruk av tvang. Fremskrittspartiet er positiv

til at regjeringen har oppnevnt et lovutvalg som skal gjennomgå dagens tvangsregelverk.

Et annet viktig grep er at tvang er løftet inn i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og at det i det reviderte oppdragsdokumentet for 2016 bl.a. ble presisert at foretakene skal levere en kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer korrekte og komplette data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, i Norsk pasientregister.

Like viktig er det at landets sykehus arbeider målrettet for å heve bevisstheten om bruk av tvang, og at sykehuse- ne nå pålegges å gjennomføre dialogmøter med pasienter og brukerorganisasjoner om deres erfaringer med tvang.

VG avdekket at tvangsbruken øker på kvelder, netter og i ferier, når de faste behandlerne ikke er på jobb. Flere behandlingstilbud har jobbet målbevisst med å redusere bruken av tvang, og det er viktig at disse erfaringene videreformidles.

Jeg merker meg at Arbeiderpartiet og Senterpartiet peker på nedbygging av antallet sengeplasser som et delvis svar på stor bruk av tvang. Det er grunn til å minne om at denne nedbyggingen av antallet senger startet under den rød-grønne regjeringen, med henvisning til at man ikke kunne leve sine liv på institusjoner, men at hjelpen burde gis der den enkelte bor. Dette er et syn som har hatt bred politisk støtte, men vi kan vel konstatere at tilbudet ute i kommunene ikke er godt nok utbygd alle steder. ACT-team og brukerstyrte senger har vist svært gode resultater, i form av mindre behov for innleggelse. Det er grunn til å tro at som et resultat av dette, vil også behovet for tvang bli mindre. Det blir derfor viktig å bygge ut mer av slike tilbud.

Komiteens medlem fra Venstre, som har fremmet forslaget om utredning av tvangsbruk, viser til at det fremgår av det foreslåtte lovutvalget om tvangsbruk i psykisk helsevern at det skal resultere i en NOU, og at Venstre dermed anser sitt forslag som oppfylt.

Når det gjelder det andre representantforslaget, som Senterpartiet fremmer, som omhandler en granskning av det som har vært, er det kun Senterpartiet selv som ønsker å se bakover. Resten av komiteen ønsker å se fremover og viser til at vi har mye kunnskap om årsakene. Nå må ressursene brukes på å sikre riktig og mindre bruk av tvang.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:16:41]: Jeg stiller meg i rekken av gratulanter på en så stor dag.

Det er et behov for en økt kunnskap og økt oppmerksomhet rundt tvangsproblematikken, uansett hvilket grunnlag handlingen er utført på. De ulike situasjoner angående tvang som har kommet fram i media den siste tiden, både i VG når det gjelder psykisk helse, og i Stavanger Aftenblad med saken om Glassjenta, har satt sine spor i oss alle. Men aller mest har det satt spor i dem som har opplevd bruk av tvang. Tvang, som skal være en nødløsning bare når alle andre tiltak er forsøkt, og det ikke finnes andre alternativer, viser seg ikke alltid å bli brukt på den måten.

Å bli utsatt for tvang er alvorlig for den som blir utsatt for det. En frarøves friheten og integriteten sin, og det kan gi livslange skader. Mange av oss husker den unge kvinnen som var på NRK og fortalte om hvordan hun opplevde det når folk kom henne for nær, fordi hun ble utsatt for tvang da hun ble innlagt for anoreksi. Hun flyttet seg på

stolen og kunne ikke ha noen ved siden av seg i mange år etterpå.

Helse- og omsorgskomiteen mente i budsjettarbeidet før jul at det var et behov for tettere oppfølging, spesielt av kontrollkommisjonene og hvordan de ivaretar mandatet sitt i det daglige arbeidet som handler om denne tematikken, for å ivareta hver enkelt bruker.

Noen sykehus og noen avdelinger viser at det er mulig å redusere bruken av tvang kraftig. Andre sykehus og institusjoner må virkelig få med seg hva sykehus som f.eks. Lovisenberg har gjort. Det er også bra at statsråden i oppdragsdokumentene har pålagt helseforetakene å gjennomføre lederforankrede dialogmøter. Det i seg selv endrer ikke noe, men det skaper allikevel holdningsendringer gjennom hele organisasjonen når det gjelder bruken av tvang – fra nederst til øverst i et sykehus – og at dette er noe man ønsker å gjøre annerledes.

Når Kristelig Folkeparti likevel ikke vil støtte forslaget om en granskning, er det fordi vi mener at vi vet så mye at vi må prioritere ressursene for å sikre riktig bruk av tvang framfor å ha en granskning. Likevel vil Kristelig Folkeparti legge inn at det er utrolig viktig å få alle hjelpemidler på plass for å lykkes med dette, og ikke minst å sikre at foretakene og kommisjonene gjør det som Stortinget nå har bedt dem om. Derfor sier Kristelig Folkeparti et stort ja til mindre bruk av tvang og nei til granskning eller utredning av tvang nå. Nå må Østenstad-utvalget, som skal se på tvangsreglene innenfor helse- og omsorgssektoren, harmonisere sitt arbeid med barnelovutvalget, slik at vi får en helhet rundt dette med tvang, enten det gjelder helse, barnevern, eldreomsorg eller hva det måtte være.

Derfor støtter ikke Kristelig Folkeparti forslaget fra Senterpartiet.

Kjersti Toppe (Sp) [11:20:41]: VGs kartlegging og påvising av omfattende, alvorleg og ulovleg tvangsbruk i norsk psykiatri er ei svært alvorleg sak, som krev ei heilt anna tilnærming og politisk handling enn annan kritikk som med jamne mellomrom vert retta mot pasientbehandlingstilbodet i norsk helsevesen. Det er kritikkverdige i seg sjølv at det ikkje var helse- og omsorgsministeren som via sitt departement eller sitt direktorat fekk gjennomført ei slik kartlegging som VG no har stått for. Dermed vert resultatet at det er gjennom media at Stortinget vert gjort merksam på ei av dei mest alvorlege pasientsakene som er vorte reist i denne stortingsperioden. VG har gjort pasientar i psykisk helsevern ei stor teneste ved å dokumentera ulovleg tvangsbruk ved eit utval institusjonar og slik skapt politisk debatt om temaet. Men det er eit offentleg ansvar å sørgja for at vi har system i helsevesenet som oppdagar feilpraksis, og som avslører om rettstryggleiken til pasientane ikkje vert varetatt. Dette ansvaret ligg hos den til kvar tid sittande regjering.

Avsløringane til VG rokkar ved den nødvendige tilliten vi skal ha til tilsynsmyndigheitene i norsk helsevesen. Ein slik gjennomgåande og langvarig svikt i systemet burde vore oppdaga av tilsynsmyndigheitene, fagdepartementet og direktoratet.

VG har ikkje gjort ein heilskapleg gjennomgang av norsk psykiatri og tvangsbruken. Avisa har gjort ei kartlegging gjennom å sjå på tvangsprotokollane frå 14 institusjonar for året 2015. Både helse- og omsorgsministeren og andre peikar på at ein ikkje treng meir dokumentasjon

frå det offentlege si side, sidan ingen tvilar på VG si kartlegging. Eg og Senterpartiet tvilar sjølvsagt ikkje på rapportane til VG, men i respekt for betydninga som dette fagfeltet har for enkeltpasientar, og for dei overgrepa som er gjorde, og med tanke på den trass i alt avgrensa kartlegginga til VG og alvorleg og omfanget av lovbrøt i det som har vorte kartlagt, meiner vi at det må takast eit offentleg ansvar for ein overordna gjennomgang av alle sider ved tvangsbruken i norsk psykisk helsevern.

Ei offentleg granskning må gi dei som har vorte utsette for tvang, klare svar. Det er behov for ei fullstendig oversikt over tvangsbruken, korleis han artar seg, og kva som er årsakene. Ein slik kunnskap har ikkje norsk helseteneste i dag.

Ei granskning av tvangsbruken i norsk psykiatri trengst for å få kunnskap til å kunna sikra pasientane gode, verdige og forsvarlege psykiatriske helsetenester i framtida, men òg for å påvisa urettkomen og lovstridig tvangsbehandling av pasientar som har vore til behandling i norsk psykiatri. Når Helsedirektoratet ikkje var kjent med f.eks. at det eksisterer store sesong- og døgnvariasjonar i bruken av mekaniske tvangsmiddel, viser det at det er altfor lite kunnskap om tvangsbruk i norsk helsevesen i dag. For å sikra rett bruk av tvang og redusert bruk av tvang må ein starta med å sikra dokumentert kunnskap om tvangsbruken i norsk helseteneste.

Forslaget om ei offentleg granskning har fått støtte frå Likestillings- og diskrimineringsombodet, frå professor Jan Fridthjof Bernt ved Universitet i Bergen og frå leiaren av menneskerettsutvalet til Advokatforeningen, Mette Yvonne Larsen. Sivilombodsmannen, Aage Thor Falkanger, uttalte òg til VG den 21. november 2016 at han er bekymra for rettstryggleiken til psykiatriske pasientar.

Ei offentleg granskning bør etter Senterpartiet sitt syn gå 5–10 år tilbake i tid, fordi det sannsynlegvis er svært mange pasientar som over fleire år har opplevd ulovleg tvangsbruk utført av den offentlege helsetenesta. I respekt for denne pasientgruppa bør ei offentleg granskning finna stad.

Eg vil på vegner av Senterpartiet ta opp følgjande forslag:

«Stortinget ber regjeringa sette i gang ein offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri.»

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

Ketil Kjenseth (V) [11:25:17]: Vi diskuterer i dag to representantforslag knyttet til tvang i psykiatrien: Venstres forslag om et lovutvalg og Senterpartiets forslag om en granskning.

For Venstres del er det viktig å slå fast at vi ser framover. Det å bruke ressurser på en granskning nå er etter vårt syn feil bruk av ressurser. Så er det sanna at her har det gått litt pø om pø når det gjelder hva som er forslag, hva som er avsløringer, proposisjonar fra statsråden og annett. Vi i Venstre er i hvert fall glad for at vi i innstillinga til Prop. 147 L for 2015–2016 så en endring til å gjøre det foreslåtte lovutvalget bredere og gi det et mandat som skal resultere i en offentlig utredning. Det er viktig at en tar med alle deler av velferdssektoren som benytter seg av tvang. Vi ser også store utfordringer framover i tid. Jo flere som skal bo hjemme knyttet til eldreomsorgen, jo større utfordringer kan vi få med bruk av tvang også i hjemmet.

Så er vi særlig bekymret for barnevernet, hvor vi ser at det er stor ulik praksis, og der overgrep begått i tidlig barndom kan møtes med nye overgrep i form av tvang i offentlig regi. Det gir ikke et godt liv.

For den videre utviklingen er det viktig at vi setter i system den kompetansen vi har, og alle de ressursene som finnes. Vi ser i dag, som flere har vært inne på, en for stor ulikhet rundt om i landet, det være seg innenfor IKT-systemer og rutiner eller innenfor kompetanse. Når det kommer til kompetansen, avslørte VG at en del av den uønskede tvangsbruken hopper seg litt opp knyttet til ferier og vikarbruk. Det er noe vi er nødt til å jobbe mer systematisk med.

Så handler det også om de kontrollkommisjonene og de tilsynsorganene vi skal ha. Vi kan ikke lenger holde oss med kontrollkommisjoner som er basert og tuftet på 1800-tallets behov. Vi er nødt til å modernisere og utvikle dem. Vi har gode eksempler, og flere har nevnt Lovisenberg. Jeg vil trekke fram Nordfjord psykiatrisenter, og vi ser hvordan de har redusert tvangsbruken voldsomt over de siste årene ved å legge til rette for aktivitet, brukerstyrte senger og plasser. Det å ta med brukerne på råd og utvikle deres kompetanse gir en stor effekt når det gjelder å redusere tvangsbruk.

Vi har også behov for å gå mer offensivt til verks i de statlige organene. Jeg har tidligere tatt til orde for at et av sykehusforetakene må få et spesielt ansvar for psykiatri. Vi er nødt til å forske mer og investere mer i psykiatri og følge mer med på hva som skjer ute i verden på forskning knyttet til psykiatrien. Vi trenger en storsatsing på digital støtte og telemedisin. Det vil føre til økt standardisering og at behandling kan skje mer på pasientenes vilkår. Vi er nødt til å satse mer på ambulante team, og vi trenger en fornyelse av norske legevakter, der det også er store variasjoner, det er mye idealisme og noen tilfældigheter også, men vi ser at psykologer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere er betydelig underrepresentert på dagens norske legevakter. Vi har en jobb å gjøre gjennom hele behandlingsskjeden med å styrke kompetanse og organisering for å redusere tvangsbruken så mye som nødvendig – vi skal jo ikke den helt til livs, for det ligger også en del god omsorg i tvang.

Hans Andreas Limi hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Bent Høie [11:29:57]: Fjoråret var et krevende år for den delen av psykisk helsevern som jobber med pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene. VG avdekket først en manglende registrering og rapportering av tvangsvedtak og senere en delvis ulovlig og faglig omstridt tvangsbruk som går langt utover det omfanget sykehusene selv har rapportert til myndighetene. Denne svært alvorlige hendelsen viser svikt i pasientsikkerhet og i helseforetakenes ansvar for at personell har tilstrekkelig kompetanse, ressurser og lederstøtte til å håndtere krevende pasientsituasjoner, uansett tid på døgnet, uken eller året.

Nå opplever jeg at arbeidet med å rydde opp er godt i gang. Jeg ser at saken har vært en vekker for lederne av de regionale helseforetakene, og at dette nå tas på største alvor. Eksempelvis ble det i Helse Nord og Helse Midt-Norge i fjor iverksatt systematiske oppfølgings tiltak basert på

Sivilombudsmannens rapport og VGs oppslag, og i alle helseregioner er det løftet fram planer med konkrete tiltak for bedre datarapportering og mindre og riktig bruk av tvang – i tråd med departementets styringskrav. Helseregionene er bedt om å rapportere når systemer for korrekt rapportering av tvangsdata vil være på plass:

Helse Sør-Øst opplyser at kvalitetssikrede, komplette tall for bruk av tvangsmidler i 2015/2016 er ferdig fra alle helseforetak/sykehus i regionen. Unntaket er Oslo universitetssykehus, som skal ferdigstille eget arbeid i løpet av denne måneden. Videre opplyses det at de planlegger et eget prosjekt som vil pågå fram til 1. november, knyttet til reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler. Parallelt jobbes det med et system for å kunne rapportere komplette data for tvangsbruken innen samme dato.

Helse Nord vurderer registreringen av tvang i sin region som god. Ifølge foretaket er det levert komplette data til Norsk pasientregister for 2015, og en sammenligning med tvangsprotokollene viser få avvik. I 2016 viste gjennomgangen et lite avvik. Helse Nord opplyser at de vil innføre regionale rutiner for registrering av tvang, for å harmonisere registreringspraksisen.

I Helse Vest er arbeidet med regionale rutiner om bruk av tvangsmidler i slutfasen og skal etter planen tas i bruk i løpet av februar 2017. Foretaket opplyser at de har kommet langt i å sikre lik forståelse og lik registrering av bruk av tvang i helseforetakene gjennom det regionale prosjektet som skal avsluttes 1. mai i år.

I Helse Midt-Norge skal tiltak for bedre registrering være ferdig innen 1. juni 2017 og tas i bruk av helseforetakene fra 1. september. I samarbeid mellom helseforetakene, brukerrepresentanter, kontrollkommisjonene og fylkesmennene utarbeides det nå en strategi for hvert helseforetak om riktig registrering og riktig og redusert bruk av tvang innen 1. april 2017.

Jeg vil framheve at Sivilombudsmannen fortsetter sine besøk til psykisk helsevern også i år. Etter hvert som flere steder besøkes, vil vi få et tydeligere bilde av tvangspraksisen ved institusjonene. Sammen med det pågående lovutvalget, som har et svært omfattende mandat, og øvrige grep regjeringen har gjort på lovfeltet og på tjenestesisden, mener jeg at vi samlet sett har en god og resultatorientert oppfølging knyttet til tvang i psykisk helsevern.

Til slutt konstaterer jeg at komiteens flertall mener at en granskning ikke er nødvendig nå, da det neppe vil gi oss vesentlig andre typer svar eller bedre dokumentasjon som grunnlag for å følge opp situasjonen. Samtidig er jeg helt enig med flertallet i at det må følges nøye med på om lederne i helseforetakene og kontrollkommisjonene tar ansvaret for å iverksette nødvendige endringer på tilstrekkelig alvor.

Jeg vil fortsatt ha fullt trykk på oppfølgingen av saken. Dersom resultatene viser at det ikke går i riktig retning, vil jeg selvfølgelig hele veien vurdere nye tiltak.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ruth Grung (A) [11:34:38]: Det er bra å høre at det er så god framgang i å få oversikt over tvangsbruken i spesialisthelsetjenesten, for all type urettmessig, ulovlig og ikke riktig bruk av tvang er alvorlig. Det som også bekymrer, er bruk av tvang i primærhelsetjenesten. Hvilke systemer har man for å rapportere tvang? Har man tenkt

på hvordan det skal utvikles? Vi får innspill om at spesielt eldre med kognitiv svikt og demente blir utsatt for enten tvangsmedisinering eller innlåsing, som oppleves som ganske sterke overgrep, det også. Så spørsmålet er: Hva er status når det gjelder rapportering av tvang i primærhelsetjenesten?

Statsråd Bent Høie [11:35:30]: Som representanten er inne på, er det et helt annet system knyttet til bruk av tvang i kommunene. Det er slik at de tvangstiltakene som kan brukes i kommunene, også er på et annet nivå enn det som kan brukes i spesialisthelsetjenesten. Men jeg er også, som representanten, urolig for bruken av tvang i kommunene. Det er en av grunnene til at mandatet til lovutvalget nettopp omhandler problemstillinger knyttet til ulik regulering, bruk, registrering og oppfølging av tvang i spesialisthelsetjenesten og kommunene og blant ulike pasientgrupper. Dagens lovverk er – både horisontalt og vertikalt – oppdelt på en måte som i realiteten ikke stemmer overens med brukernes, pasientenes, behov og bevegelser gjennom helsetjenesten, og det er en sentral del av mandatet til lovutvalget.

Ruth Grung (A) [11:36:29]: Vi er enig i at lovarbeidet er viktig, og at det blir harmonisert for ulike pasientgrupper og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, men utfordringen har vært – iallfall så langt i spesialisthelsetjenesten – at vi ikke har hatt god nok kunnskap om bruk og ulikhet i bruk. Så spørsmålet er: Finnes det noen planer for å lage noen rapporteringssystemer? Eksisterer det rapporteringssystemer, elektronisk eller på annen måte, som dekker eventuell bruk av tvang i kommunehelsetjenesten?

Statsråd Bent Høie [11:37:05]: Jeg er ikke kjent med at det finnes noen samlet rapportering av bruken av tvang i kommunehelsetjenesten. Det er, som jeg var inne på i mitt forrige svar, et helt annet lovverk knyttet til dette i kommunehelsetjenesten. Men det finnes rapporter, tilsyn osv. som dokumenterer feil og overdreven bruk av tvang også i denne delen av tjenesten. Det er derfor så viktig at vi får en helhetlig gjennomgang av dette, og får vurdert både regulering, kontroll og oppfølging som et helhetlig spørsmål, slik at vi ikke tar dette stykkevis og delt. Vi jobber selvfølgelig også med oppfølgingen av Arianson-utvalgets anbefalinger knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet. Vi har som siktemål å fremme saker for Stortinget om dette før sommeren.

Kjersti Toppe (Sp) [11:38:15]: Eg har eit enkelt spørsmål. No har statsråden vore statsråd i tre år, og korleis kunne det eigentleg skje at verken Helsedirektoratet, departementet eller statsråden på ein eller annan måte oppdaga og fekk informasjon om det som er skjedd i psykiatrien? At det var VG som bringa dette på bane, rokkar jo ved tilliten til heile tilsynssystemet. Spørsmålet mitt er korleis det i det heile tatt kunne skje at det var VG som kom med desse opplysningane.

Statsråd Bent Høie [11:39:03]: Det har lenge vært kjent at det er en utfordring knyttet til variasjon i bruk av tvang, og dermed også bruk av tvang utover det som det er grunnlag for etter loven, og det som er hensikten med

bruk av tvang, nemlig at det skal være siste utvei. Derfor har det vært nasjonale handlingsplaner for riktig bruk av tvang over lengre tid, som ut fra den dokumentasjonen som har blitt registrert, har vist at det ikke har gitt resultater. En rekke av de tiltakene som er satt i gang knyttet til dette spørsmålet, ble igangsatt før VGs avsløringer, men det VG gjorde, som ingen andre har gjort, var å jobbe seg systematisk gjennom dokumentasjonen. Dermed fikk man et mye klarere bilde av omfanget av bruk av tvang, konkret, i de ulike helseforetakene enn det man har hatt tidligere.

Kjersti Toppe (Sp) [11:40:11]: Eg lurar då på om statsråden ikkje ser at departementet sjølv burde ha gjort nettopp det, hatt ein systematisk gjennomgang av det ein såg. Vil statsråden læra av det med tanke på framtida og også med tanke på andre politikkområde der tvangsbruk kan verta ein realitet?

Statsråd Bent Høie [11:40:48]: Initiativet til og behovet for å revurdere hele dette systemet gjennom et eget offentlig utvalg var en beslutning som ble tatt på bakgrunn av den kunnskapen og erfaringen som allerede var kommet fram, og som bl.a. var basert på det som pasientorganisasjoner har tatt opp. Det var ikke et resultat av det arbeidet som VG gjorde. Det arbeidet som VG har gjort, har vært veldig viktig, nettopp fordi det på en helt annen måte har fått fram dokumentert kunnskap på dette området som går lenger enn det inntrykket som var med den eksisterende dokumentasjonen.

Så er det riktig at det viser at det kontinuerlig er behov for å se på måten en jobber med tilsyn, pasientsikkerhet og kvalitet på. Det er en viktig del av oppfølgingen av Arianson-utvalgets rapport, som Stortinget snart vil få seg forelagt.

Ketil Kjenseth (V) [11:42:00]: For det første: Norge er blitt oppfordret til å skaffe seg en psykisk helsestrategi. Det håper jeg vi får til om ikke så lenge.

Så til Kvinnsland-utvalget, for det handler om de store strukturene for styring og fordeling av helseressursene. Noen har ambisjoner om å avvikle regionale helseforetak. Andre har kanskje ambisjoner om å redusere antallet sykehusforetak, slik at det ikke blir så store variasjoner i hvor mange sykehus man driver når det er ett sykehusforetak. Men jeg kan ikke se i dag at noe sykehus eller noe regionalt helseforetak har gitt psykiatrien en spesiell prioritet, gitt av oss. Kan statsråden se for seg at det er en vei å gå for å vise at det er mulig å gjøre noe, som går foran og drar de andre etter seg?

Statsråd Bent Høie [11:43:02]: Arbeidet med å lage en overordnet strategi for psykisk helse er godt i gang og vil bli lagt fram før sommeren.

Når det gjelder diskusjonen om styringssystemer opp mot dette, er det noe som vi er nødt til å ta inn over oss, at vi har variasjon ikke bare mellom helseforetak og helseregioner, men også variasjon innenfor samme enhet i et helseforetak. For eksempel viser jo Sivilombudsmannens rapport fra besøket på UNN nettopp det, at innenfor samme enhet er det stor variasjon mellom avdelinger. Det som har vært viktig for meg, er å se på hvordan man systematisk kan lære av dem som får til gode løsninger, og jobbe for at

den kunnskapen blir tatt i bruk på andre sykehus, på andre avdelinger. Det er det nå gjort et systematisk arbeid for.

Presidenten: Replikskiftet er over.

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

Torgeir Micaelsen (A) [11:44:24]: Det er egentlig mange parallelle diskusjoner som pågår i denne debatten om disse to sakene, men jeg vil bare knytte noen korte kommentarer til det som er kjernen i forslaget, altså spørsmålet om granskning eller ikke. For min egen del, og for Arbeiderpartiets del, har dette ikke vært et spørsmål vi har tatt lett på. Jeg forutsetter at det er heller ikke noe de som i dag litt lettvint, vil jeg si, antyder, at alle som vil se bakover i denne saken – som enkelte antyder – bare er opptatt av å se bakover, mens alle andre er framoverlent og bare vil se framover og løse problemene. Dette er kanskje den mest alvorlige saken vi har hatt på bordet i denne stortingsperioden. Det har representanten Kjersti Toppe helt rett i. Kjersti Toppe har også helt rett i at det som VG har gjort på en prisverdig måte, er et utvalg av og ikke en fullstendig granskning av alt som har skjedd i denne tiden.

Når man ser tilbake på forrige stortingsperiode, var det fra dagens regjeringspartier en til dels kraftig kampanje for granskning av det som mange vil si er mindre alvorlige forhold enn det som er her nå. Det er f.eks. grunn til å påpeke at dagens statsråd, Bent Høie, helt fram til han ble statsråd, krevde granskning av hovedstadsprosessen her i Oslo. Der snudde han prisverdig og pekte på mange av de samme argumentene som nå blir brukt, at nå er det tid for å se framover og ikke bruke energi og krefter på det som ligger bak oss.

Derfor vil jeg si at for vår del har dette ikke vært noen enkel avveining, og jeg forstår også at det heller ikke for helse- og omsorgsministeren har vært noen enkel avveining. Han skriver jo i svaret til komiteen at han er usikker på om granskning er riktig. Jeg antar at hvis man var helt sikker, hadde man ikke skrevet at man var usikker på om det var et spørsmål eller ikke.

Dette er et vanskelig tema, og når vi allikevel har landet på at vi ikke ser behovet for et såpass drastisk virkemiddel som det å granske, handler det om de argumentene som er blitt framført, bl.a. av representanten Ruth Grung og andre i denne salen.

Det jeg vil si til slutt, er at vi nok allikevel stusser, for når alle er enige om en virkelighetsbeskrivelse som er såpass heftig for mange enkeltpasienter, og ikke minst for mange sykehus, som har fått seg en skikkelig vekker når man ser på enkelte tall, mener nok vi – særlig når det gjelder oppfølgingen av det arbeidet som Østenstad-utvalget skal gjøre – at flere konkrete tiltak burde komme på bordet til Stortinget raskere, f.eks. i spørsmålet om hva som kan være en mer fornuftig kontrollinstans, til erstatning for de kontrollkommisjonene som i dag finnes.

Freddy de Ruiten (A) [11:47:28]: Dette er en viktig debatt, og det er en bred debatt. Det som er litt av min bekymring, som også en del andre har tatt opp her, er den kommunale biten. Jeg føler meg ganske trygg på at det kommer til å bli en opprydding i spesialisthelsetjenesten. Jeg er litt mer bekymret for det som skjer ute i kommune-

ne, det være seg eldreomsorg, og det være seg utviklingshemmede. Jeg ser en voldsom variasjon. Ett av feltene som jeg har engasjert meg mye i, gjelder de utviklingshemmede, hvor variasjonen fra fylke til fylke av f.eks. tvangsbruk er alarmerende. Kvaliteten er også svært varierende fra kommune til kommune. Jeg tror det er viktig å se på kvalitet og holde det opp mot eksempelvis tvangsbruk. Da tror jeg en vil finne ganske klare sammenhenger: Dårlig kvalitet gir mye tvangsbruk, god kvalitet gir lite tvangsbruk. Det er i hvert fall min hypotese.

Det bringer meg litt over til tilsynsapparatet i dag. Jeg har en følelse av at vi har et tilsynsapparat som på den ene siden føler seg bundet av et lovverk som gir kommunene stor grad av handlingsrom på en del områder, samtidig som tilsynsmyndigheten ser ut til bare å skrape i overflaten når det gjelder det rent juridiske. Jeg tror vi må ha et system hvor en kan gå inn og sjekke kvaliteten også på kommunale omsorgstjenester på en mye grundigere måte. Jeg tror ikke en kommer dette problemet til livs hvis en ikke kan gå inn og sjekke kvaliteten på en helt annen måte også fra tilsynets side. Så alt henger sammen med alt, på en måte. Jeg håper at det også blir en tematikk for det utvalget som skal se på tvangsbruk i hele bredden, fra psykiatri ut til kommunene, og at vi finner mer effektive måter å sjekke kvaliteten på. På den måten tror jeg vi kommer i mål på et helt annet vis når det gjelder unødvendig og til dels ulovlig tvangsbruk også i de tjenestene.

Ketil Kjenseth (V) [11:50:04]: Det var representanten Micaelsens innlegg som førte til at jeg tok ordet en andre gang nå, for debatten om granskning er viktig. Det har jeg lyst til å si. Det har heller ikke vært en enkel avgjørelse for Venstre å si at vi skal se framover og ikke bakover, for det er åpenbart at vi mangler mye systemkunnskap, og det er ingen tvil om at det er systemsvikt over lang tid bakover som gjør at vi står i noe av den diskusjonen vi gjør nå, og har noen av de utfordringene. Men for oss har det vært en sammenstilling av den situasjonen vi er i, å se på de mulighetene vi har, kontra effekten vi har av å se bakover, som ga oss det svaret at nå setter vi ressursene inn på å få en utvikling. Og det er så mange som har gått foran at det bør være mulig å dra de andre etter seg.

Men fortsatt er det store utfordringer. Hvis vi går til bevilgningene til forskning og utvikling, ser vi at psykiatrien henger langt etter somatikken i sykehusene. Hvis vi går til kommunesektoren, som vi dessverre bruker altfor lite av andelen FoU-midler til, kommer psykiatrien veldig i bakleksa. Så her er det systemsvikt over hele linja. Vi har noen store utfordringer med å prioritere her. Da må systemene bli bedre, og det er vårt ansvar.

Da er vi over på diskusjonen om bl.a. tilsynsmyndighetene. Kontrollkommisjonene er jo en del av dette, men også fylkesmennene. Vi har nå en debatt gående om hvordan vi skal organisere den tilsynsfunksjonen. Kanskje er det for stor ulikhet i fylkesmennenes tilsynsoppgaver i dag. Er en del av den svikten vi ser, at vi ikke har sterk nok og lik nok kompetanse og kapasitet ute hos fylkesmennenes tilsynsapparat? Så har vi en diskusjon gående om kommunestruktur og kommunestørrelser. Når man etterlyser mer kapasitet og bedre strukturer, mer kompetanse i kommunene, som står foran store utfordringer, må man også diskutere strukturen for dem og ikke bare overføre og etterlyse mer kompetanse hos en kommunesektor som kan-

skje mer enn noe annet er presset når det gjelder oppgaver, og som i dagens struktur ikke bør få så mange flere. Da bør vi i hvert fall diskutere strukturen på de tilsynene vi skal ha, og om vi skal overlate for mye ansvar til kommunesektoren her, når de sliter med å etablere både kompetanse og kapasitet i eldreomsorgen, i barnevernet. Så vi står foran noen strukturelle utfordringer, men nettopp det å se framover nå er Venstres svar på dette.

Bård Hoksrud (FrP) [11:53:18]: Jeg tok ordet etter å ha hørt representanten Micaelsen, for jeg er veldig enig i det han tar opp, at dette kanskje er en av de mest alvorlige sakene vi behandler i denne perioden. Det er alvorlig når man ser de eksempler som kommer fram om hvordan mennesker er behandlet, og hvor dårlig dokumentasjon det også mange ganger er. Det er ikke tvil om at representanten Toppes – og Senterpartiets – forslag er ting som man har vurdert nøye, og som har gjort at det har vært vanskelig å bestemme seg for hva man skal gjøre. Men jeg er veldig enig i konklusjonen som statsråden har trukket, nemlig at man har mye kunnskap om og mye dokumentasjon på akkurat på disse problemstillingene. Derfor tror jeg det er viktig at man nå begynner å se framover, og at man sørger for å følge opp at man får gode rutiner når man skal gjøre grep som innbefatter tvang overfor pasienter.

Jeg er også enig med representanten Freddy de Ruiter i at det er utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med å ha den rette kunnskapen og god nok kunnskap og kompetanse, i tillegg til at man selvfølgelig har nok personale, og at kontrollinstansene følger opp på en god måte – det kan være forskjeller fra fylkesmannsembete til fylkesmannsembete og de rutinene man har i enkelte kommuner.

Jeg synes at det har vært en ryddig og god debatt, dette kunne kanskje ha vært en litt annerledes debatt. Alle er enige om hva vi vil, nemlig å jobbe for å hindre at det blir begått tvangsovergrep mot mennesker. Jeg tror alle har sett eksempler som gjør noe med en, når man ser hvordan enkelte har opplevd det offentliges behandling og bruk av tvang. Men jeg synes også det er bra å se at vi har et helsevesen nå hvor mange både ser framover og ser på nye måter å gjøre ting på for å redusere bruken av tvang, og hvor man også har sett gode resultater ved ikke å bruke tvang, men bruke andre metoder. Så jeg ser framover og håper at vi nå skal få tatt tak i dette på en god måte. Det er jeg overbevist at helseministeren og også helseregionene kommer til å følge opp på en god måte.

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

Sakene nr. 5 og 6 er interpellasjoner, og presidenten vil med henvisning til forretningsordenens § 79 foreslå å avvike den alminnelige behandlingsmåten for interpellasjonsdebatter ved at disse blir behandlet sammen. De to interpellasjonene berører i stor grad samme tema. – Ingen har bedt om ordet, og det anses vedtatt.

Presidenten vil foreslå at taletiden fordeles slik:

Først får interpellantene og de to regjeringsmedlemmene ett innlegg hver på inntil 10 minutter, etterfulgt av et nytt innlegg på inntil 3 minutter hver. Deretter åpnes det for inntil 15 talere med en taletid på inntil 5 minutter hver. Til slutt gis interpellantene og de to regjeringsmedlemme-

ne ett innlegg hver på inntil 3 minutter. – Det anses vedtatt.

Presidenten vil videre vise til interpellasjonstekstene som står på dagsorden nr. 50, og vil også fravike vanlig praksis ved at presidenten ikke vil lese opp de to interpellasjonene.

Sak nr. 5 [11:56:58]

Interpellasjon fra representanten Ruth Grung til helse- og omsorgsministeren:

«Det er i utgangspunktet positivt at unge velger å ta utdanning i utlandet, og at vi får beriket våre fagmiljø med nye landsmenn med utdanning og erfaring fra andre land. Norge har en åpen økonomi, og bør ha gode og effektive systemer for godkjenning av annen helseutdanning, og tilby tilleggskompetanse samtidig som vi tar hensyn til den totale kapasiteten for praksiskrav i ulike profesjonsutdanninger. Dessverre erfarer vi at våre ordninger er lite transparente, etterprøvbare og forutsigbare. Unge studenter har siden 2003 fått godkjent psykologutdanning fra Ungarn, men i 2016 fikk de uten forvarsel avslag. Helseprofesjoner blir behandlet ulikt. Sverige har langt mer effektive systemer og gir godkjenning for utdanning som ikke blir verdsatt i Norge.

Hva vil statsråden gjøre for at Norge får et mer tjenlig system for godkjenning av helseutdanninger fra andre land?»

Sak nr. 6 [11:56:58]

Interpellasjon fra representanten Marianne Aasen til kunnskapsministeren:

«Stadig flere nordmenn tar utdanning i utlandet, noe som er en villet utvikling. Samtidig er det mange med utdanning som kommer til Norge, fra EØS-land eller fra land utenfor Europa. Ofte er dette mennesker som har kompetanse på områder hvor Norge mangler fagfolk. Det kan være ulike yrkesfagutdanninger eller på universitetsnivå. Ofte kreves det kvalitetssikring og godkjenning av mange utdanninger, noe som er betryggende. Særlig gjelder det ulike fag innen helse- og omsorgssektoren eller mer tekniske fag. Samtidig er det uheldig om skrankene blir så høye for godkjenning av utenlandsk utdanning at det å ta den samme utdanningen i et norsk system i praksis blir eneste farbare vei. Det er kostbart og tidkrevende og bør unngås.

Er statsråden enig i at dette er en utfordring, og hva vil han gjøre for å forenkle disse godkjenningsprosessene betydelig?»

Ruth Grung (A) [11:57:15]: Norge har en åpen økonomi. Vi oppfordrer unge til å reise ut og ta enten hele eller deler av utdanningen sin i utlandet. Internasjonalisering bidrar til å berike fagmiljøene, heve kvaliteten og øke innovasjonskraften. Vi får nye medborgere som ønsker å bruke sin kompetanse og bidra aktivt i samfunnet. Det kan enten være familiemedlemmer til personer som har fått jobb i Norge, eller flyktninger.

I mange år har vi manglet helsepersonell. Helsepersonell med utenlandsk utdanning utgjør en betydelig andel av dem som søker og gis norsk autorisasjon. De representerer verdifull arbeidskraft og kompetanse i norsk helse-

og omsorgstjeneste. Andelen utenlandske overleger har økt kraftig og utgjør i dag 21,3 pst. av overlegene i norske sykehus. 39 pst. av spesialistlegegodkjenningene i perioden 1997–2014 var konverteringer fra EU/EØS. Av de 450 psykologene som fikk autorisasjon i 2015, var kun 276 utdannet i Norge. 103 var utdannet i Danmark, 31 i Sverige og 12 i Ungarn. Resten var spredt på veldig mange ulike land. Over halvparten av farmasøytene som fikk autorisasjon i fjor, hadde utdanning fra andre land.

Våren 2015 behandlet Stortinget Prop. 99 L for 2014–2015, Endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon). Målet med endringene er en autorisasjonsordning som sikrer at helsepersonell har nødvendige kvalifikasjoner for å kunne utøve yrket i Norge, men loven skal også sørge for god rettssikkerhet for søkerne. Det er Helsedirektoratet som er autorisasjonsmyndighet. For søkere fra land utenfor EØS er det utformet en ny autorisasjonsordning med vekt på søkerens behov for forutsigbarhet. Grunnvilkår er at søkere med utenlandsk utdanning og kvalifikasjoner skal være jevn gode med tilsvarende norsk utdanning og oppfylle tilleggskrav med språkkrav, praktisk fagprøve, kurs i nasjonale fag og kurs i legemiddel-håndtering.

Vi trodde at vi nå hadde fått på plass gode rammer for et mer forutsigbart, effektivt og transparent system for godkjenning av helseutdanninger, der man også tilbød relevant tilleggsutdanning, samtidig som vi tok hensyn til det totale kapasitetsbehovet for praksis og veiledning i de norske helseutdanningene. Men via media og direkte kontakt får vi innblikk i en virkelighet der mange enkeltmennesker dessverre møter det man kan kalle Kafka-lignende systemer. De opplever stor uvisshet og at livet deres blir satt på vent.

I høst fikk vi kjennskap til alle de unge norske studentene med master fra universitetet ELTE i Ungarn, som siden 2003 har fått godkjent psykologlisens i Norge. Men så uten forvarsel fikk 28 nyutdannede studenter i fjor avslag på lisens til å kvalifisere seg til klinisk psykolog. Helsedirektoratet hadde endret praksis. Studentene venter fortsatt på konkret informasjon om hva som skal til for å få utdannelsen godkjent. Før jul i 2016 presiserte Helsedirektoratet at de ikke har en løsning på hvordan de tidligere psykologistudentene som har gått ved ELTE og begynt i veiledet jobb med lisens, skal få utstedt autorisasjon. Helsedirektoratet sier de jobber med å finne en løsning på saken.

En tidligere norsk psykologistudent ved det ungarske universitetet ELTE har klaget inn Helsedirektoratets nye praksis til ESA. Den europeiske overvåkningsmyndigheten har henvendt seg til norske myndigheter med spørsmål om hvorfor de nekter tidligere psykologistudenter fra ELTE arbeidslisens i Norge. Klageren mener Norge bryter med yrkeskvalifikasjonsdirektivets artikkel 13. ESA viser i brevet til at en løsning med en kvalifiseringsperiode eller en test er vanlig å kreve dersom utdanningen er over ett år kortere enn den utdanningen som den sammenlignes med, i et EØS-land. Norge har svarfrist til 1. mars. Studentene som har klaget på avslaget på lisens, har fått beskjed om at de også vil få svar i mars.

Det er viktig å presisere at vi ikke skal fire på kvalitetskravene til å få autorisasjon til å praktisere i Norge. Men ungdom som tar utdanning i utlandet, har krav på en viss forutsigbarhet. Det er uakseptabelt at flere hundre norske ungdommer opplever å bli lurt. De står i en situasjon der

de har kastet bort verdifulle år og penger på noe de ikke kan bruke i Norge. På den andre siden er realiteten at vi trenger flere psykologer. Dersom det viser seg at det er store forskjeller mellom den norske og den ungarske utdanningen, bør det være mulig å lage ordninger med tilleggsutdanning for dem som har tatt flere års utdanning i Ungarn, og informere dem som nylig har begynt, om at utdanningen ikke vil kvalifisere til klinisk psykolog i Norge.

Vi vet også at norske studenter har god betalingssevne og derfor betraktes som attraktive for mange utdanningsinstitusjoner i utlandet og egentlig også for private skoler i Norge. Det bør derfor utformes effektive informasjonsordninger, slik at studentene kan stille kritiske spørsmål til hvordan utdanningsstedene markedsfører seg.

Vi har tidligere hatt saker med sykepleiere som har tatt utdanning i Australia. Det ble løst for de fleste ved at Høgskolen i Oslo og Akershus tilrettela for en tilleggsutdanning.

Så registrerer vi at mange tar helseutdanning i flere land. Antall legestudenter i utlandet øker. Hvilken kvalitetssikring har vi for å vurdere utenlandsk utdanning? Er det utdanningsstedene eller er det profesjonene som er involvert? Hvordan sikrer man faglighet og ikke profesjonsproteksjonisme? Den ungarske utdanningen har kvalifisert til lisens i over 13 år. Hvilke systemer har vi for å følge opp godkjenninger, og hvilke prosedyrer har vi når norske fagplaner blir revidert? Hvordan sørger vi for å informere alle de norske studentene som tar helseutdanning i utlandet? Vi har oversikt over dem som har lån i Lånepotten. Hvordan organiserer vi oss for å tilby relevant tilleggskompetanse som fører fram til autorisasjon?

En annen sak som har engasjert meg sterkt i det siste, er saken om en ung, syrisk tannlege som i tre år og tre måneder har innrettet seg etter all den veiledningen han har fått, for å få mulighet til å praktisere som tannlege i Norge og bidra i vårt samfunn. Han har fem års universitetsutdanning og tre års praksis fra hjemlandet. Helsedirektoratet gjorde en feil i det første avslaget, slik at han ikke ble vurdert som kvalifisert søker til Kvalifiseringsprogrammet. Universitetet i Bergen har fått nasjonale midler til å utvikle et kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning utenfor EU/EØS-området. Kurset på ett og et halvt år startet nå i januar. Feilen fra Helsedirektoratet ble rettet opp i januar. Jeg prøvde å hjelpe ham med å få vurdert søknaden på nytt. Kurset har plass til ti kandidater, det var to ledige plasser, og det er fortsatt to ledige plasser. Universitetet avsto like før helgen på nytt og begrunnet det med ren formalisme om likebehandling. Jeg mener at det bør være en del av universitetenes samfunnsansvar å bidra aktivt til at flyktninger blir raskt integrert.

Mener ministrene at Universitetet i Bergens byråkratiske holdning og manglende evne til å være løsningsorientert er et representativt uttrykk for regjeringens integreringspolitikk og fornuftig bruk av fellesskapets ressurser?

Det viser seg at Sverige har utviklet mer effektive systemer, til tross for at de har tatt imot langt flere flyktninger enn oss. Så kanskje vi kan lære litt av Sverige. To av studiekameratene til den syriske tannlegen havnet i Sverige. Den ene har fått autorisasjon, og den andre – jeg må presisere at de to kom til Sverige etter ham som kom til Norge – har praksis hos en svensk tannlege og har et halvt år igjen av det svenske kvalifiseringsprogrammet. Med svensk autorisasjon kan de også praktisere i Norge. Ber-

gens Tidende, som har skrevet om den syriske tannlegen, har kontaktet de to i Sverige, som beskrev flyktningen som havnet i Norge, som en av de dyktigste på kullet.

Spørsmålet er: Hva vil statsrådene gjøre for at Norge skal få et mer tjenlig system for godkjenning av helseutdanning fra andre land?

Statsråd Bent Høie [12:07:03]: Jeg er enig med representanten Grung i at helsepersonell med utdanning og arbeidserfaring fra andre deler av verden er positivt for våre fagmiljøer. De kan gi oss nye perspektiver, og det kan bidra til at norsk helse- og omsorgstjeneste blir enda bedre. Jeg er også enig i viktigheten av å ha gode systemer for å vurdere søknader om autorisasjon.

For ordens skyld vil jeg poengtere at mitt svar naturlig nok omhandler godkjenningsordninger for helsepersonell.

Pasientsikkerhet er et viktig anliggende også for regjeringen. Vi må være trygge på at helsepersonell som arbeider i Norge, har den kompetansen som forventes og er nødvendig for de ulike gruppene.

Målet med godkjenningsordningene for helsepersonell i Norge er å ivareta pasientens sikkerhet, bidra til god kvalitet på helsetjenestene og bidra til at befolkningen har tillit til både tjenestene og helsepersonellet.

Vi ønsker å skape pasientens helsetjeneste. Og vi vet at kvalitet og pasientsikkerhetshensyn er viktig for å nå dette målet. Videre utvikling av helsetjenestene våre, med pasienten som aktiv deltaker, fordrer at befolkningen har tillit til helsetjenestene og til helsepersonellet.

Det er flere veier å gå for å få norsk autorisasjon. Ikke bare søkere med norsk utdanning, men også søkere med utdanning fra andre EU/EØS-land og utdanning fra land utenfor Europa kan søke og få autorisasjon. Men alle utdanninger – både norske og utenlandske – må vurderes og godkjennes etter gjeldende regelverk.

For søkere som er utdannet i et EU/EØS-land, gjelder særskilte EU-regler. En forutsetning for å få rett til godkjenning etter disse reglene er at utdanningen er godkjent i utdanningslandet. Noen yrker er såkalt harmoniserte. Det innebærer at en som har utdanning som lege, tannlege, sykepleier, jordmor eller provisorfarmasøyt fra et EU/EØS-land, har rett til autorisasjon basert på fullført utdanning. For andre helseyrker blir derimot utdanningenes varighet, innhold og nivå sammenlignet med utdanningen i Norge.

For søkere som er utdannet utenfor EU/EØS, baseres også godkjenning på en sammenligning med tilsvarende norsk utdanning. Søkere må ha fullført en helsefaglig utdanning som er jevn god med den tilsvarende norske utdanningen, eller som sammen med tilleggsutdanning eller yrkeserfaring har gitt søkeren nødvendig kyndighet. Dette betyr at søkeren kanskje må kvalifisere seg ytterligere for å få autorisasjon, f.eks. ved å ta mer utdanning. For enkelte kan det være mulig å søke opptak ved et norsk lærested og deretter søke fritak i enkelte fag som allerede er dekket i den utenlandske utdanningen.

Det er Helsedirektoratet som har ansvar for å vurdere søknader om autorisasjon. Tidspunktet for sammenligning mellom utdanningene er det samme som tidspunktet når det søkes autorisasjon etter avsluttet utdanning. Grunnlaget for sammenligningen er bl.a. rammeplaner og fagplaner for norsk utdanning. Etterprøvdheten er sikret ved at alle vedtak er skriftlige og begrunnet, og ved at søker har mulighet for å klage på autorisasjonsmyndighetens vedtak.

Fordi utdanningene varierer, ikke bare mellom ulike land, men også mellom læresteder og ikke minst over tid, gir Helsedirektoratet ikke godkjenning før utdanningen er avsluttet.

Ifølge Helsedirektoratet får hver søknad en konkret og individuell behandling basert på dokumentasjonen som søkeren har vedlagt. Det er mange forhold som spiller inn, og som kan føre til ulike vurderinger og utfall. Av og til kan søkere fra samme studiested ha studert på forskjellige tidspunkt, og utdanningen kan ha blitt endret. Noen kan f.eks. ha bachelorgrad fra ett lærested og mastergrad fra et annet. I slike tilfeller kan to søkere med vitnemål fra samme utdanningssted ha forskjeller i sin utdanning. I tillegg kan søkere ha valgt ulike fagretninger, noen kan ha tilleggsutdanning og/eller praksis, og slike forhold kan bidra til noe ulikt utfall på søknad om autorisasjon.

Det er riktig at Sverige og Norge har ulike lovverk og har valgt noe ulike ordninger for autorisasjon av helsepersonell med utdanning fra utlandet. Jeg kan ikke kommentere i detalj hvorvidt Sverige godkjenner utdanning som ikke blir godkjent i Norge.

En sak som ble omtalt i media i fjor høst, og som representanten Grung viser til, er søkere som har studert psykologi ved et universitet i Ungarn. Disse søkerne har ikke fått lisens eller autorisasjon som psykolog fordi utdanningen ikke inneholder tilstrekkelig klinisk praksis, og derfor heller ikke gir rett til godkjenning som klinisk psykolog i Ungarn.

Det arbeides kontinuerlig med å få et bedre system for autorisasjon av helsepersonell, inkludert raskere behandling av søknadene. Samtidig skal vi ikke underslå at dette er et svært krevende område. Flere tiltak er iverksatt for å forbedre ordningen. Elektronisk søknadsprosess for søknader om autorisasjon og lisens er tatt i bruk. Digitalisert søknadsprosess er med på å sikre at kontakten med søkerne og behandlingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skjer mer effektivt og med best mulig kvalitet.

Fra januar 2016 ble Statens autorisasjonskontor for helsepersonell integrert i Helsedirektoratet. Innlemmingen skal bidra til en mer helhetlig ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell. Godkjenningsprosessen ses nå bedre i sammenheng med personellplanlegging, spesialistutdanninger, spesialistgodkjenning og kompetansebehov i helsetjenestene. Saksbehandlingen skal tilse at søkere som får autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, har nødvendige kvalifikasjoner, og at søknadene deres behandles etter gjeldende regelverk.

Det arbeides også med å få på plass et europeisk profesjonskort for sykepleiere, provisorfarmasøytter og fysioterapeuter. Det elektroniske sertifikatet vil bekrefte søkerens yrkeskvalifikasjoner, og er ment å forenkle arbeidet med dokumentasjon for EØS-utdannede som søker autorisasjon.

Når det gjelder kompletterende utdanning, er det igangsatt tilbud. Dette er imidlertid et utfordrende område på grunn av svært ulike forhold i de ulike landene. Det er utviklet et tilbud om komplementær utdanning for sykepleiere som har sykepleierutdanning fra hjemlandet – særlig gjelder dette innvandrere med fluktbakgrunn. Tilbudet gjelder dem som har fått avslag på autorisasjon på grunn av mindre mangler ved utdanningen. Disse får tilbud om komplementær utdanning, inkludert praksis, og vil

deretter kunne søke Helsedirektoratet om å gå videre til andre trinn i autorisasjonsprosessen. Alternativet for disse ville ha vært å ta hele sykepleierutdanningen på nytt i Norge.

Universitetet i Bergen har siden 1999 arrangert et kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EU/EØS-området. Programmet ble etablert som et integreringstiltak for utenlandske tannleger bosatt i Norge. Kvalifiseringsprogrammet har som mål å sammenligne oppnådd odontologisk kompetanse utenfor EU/EØS-området med norsk, integrert master i odontologi. Hensikten er at de skal kunne oppnå norsk autorisasjon som tannlege.

Høgskolen i Oslo og Akershus tilbyr også et studium i temaer som mange sykepleiere med utdanning fra land utenfor EU/EØS-området har mangler i. Studiet kom i stand i samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren.

Jeg vil også kort nevne at Helsedirektoratet jobber med informasjonstiltak rettet mot studiesteder og studenter. De samarbeider med aktører som Lånekassen, NOKUT og ANSA om god og tidlig informasjon til dem som vurderer eller velger å studere i utlandet. Alle som har til hensikt å studere til et helseyrke i EU/EØS-området som krever autorisasjon i Norge, anbefales å undersøke om utdanningen gir rett til autorisasjon i tilsvarende yrke i utdanningslandet før de starter på studiet.

Det er de siste årene iverksatt flere tiltak for å bedre systemet for autorisasjon av helsepersonell. Det er viktig at dette arbeidet fortsetter. Helsepersonell som har utdanning fra andre land, skal få sine søknader om autorisasjon behandlet riktig og rettferdig, men også på en måte som bidrar til at pasientsikkerheten ivaretas. Det er det aller viktigste hensynet.

Marianne Aasen (A) [12:16:22]: Jeg har en grunnleggende tro på at alle mennesker ønsker å bidra til det felleskapet de tilhører. De ønsker å jobbe, tjene penger, leve selvstendige liv, forsørge seg selv, bruke sine evner, oppleve mestring og lykkes med det de kan.

Det er også slik at selv om mange tror at vi i Norge er rike fordi vi har olje, gass og penger i banken, er den viktigste økonomiske ressursen vi har, nemlig de menneskene som bor her med sin kompetanse, sin kunnskap og den evnen det gir til å løse oppgaver og skape verdier. Menneskene som lever i landet vårt, er vår viktigste ressurs. Derfor satser vi så kraftig på kunnskap, utdanning, kompetanse og forskning.

Samtidig: Vi lever i en tid hvor folk reiser, flytter og immigrerer. Nordmenn, som mange andre, bor, jobber og studerer i et annet land. Vi oppfordrer nettopp til det, å reise ut i studietiden, fordi vi ønsker økt internasjonalisering. Derfor tar mange studenter del av studiet i utlandet.

Det kommer dessuten folk til Norge som flykter fra noe, men som ofte ikke hadde planlagt et liv i et annet land enn sitt hjemland. Deres utdanningsbakgrunn er lokal og nasjonal, og ikke sjeldent vanskelig å dokumentere på grunn av krig og konflikt.

Noen kommer også for å søke arbeid fordi vi har ledige jobber i noen bransjer. Svært mange av disse menneskene med utenlandsk bakgrunn kan noe, og de ønsker å bruke den kunnskapen og den kompetansen de har. Dessuten er det svært gunstig for samfunnet å få disse i arbeid så raskt som mulig. Men de møter et system som er vanskelig – for vanskelig.

Hvordan er så dette systemet? Jeg velger å sitere Produktivitetskommissjonen, som regjeringen selv nedsatte, og som er mitt inntrykk at regjeringen ofte lytter til:

«Systemet for godkjenning og autorisasjon kan også være vanskelig å forholde seg til, særlig for innvandre-re, men også for studenter som tar utdanning utenfor EØS-området. Per nå er det 18 ulike kontorer som har ansvar for å behandle autorisasjonssøknader. Det fore-ligger ikke en felles internettportal eller et sted man kan henvende seg til, men hver enkelt må lete seg fram til riktig instans. De ulike kontorene er i tillegg underlagt 12 forskjellige departementer, noe som kan skape store koordineringsutfordringer. Det virker som regelverket for godkjenning håndheves noe forskjellig mellom kontorene, der særlig godkjenningskontoret for helse-personell later til å være strengere enn i våre naboland.»

Både Produktivitetskommissjonen og NOKUT er tyde-lige på at autorisasjonsordningene framstår som lite fleksible. Det er vanskelig for dem som har utdanning fra utlan-det, å fylle på en utdanning med det de trenger for å få den godkjent. Dette bidrar til at flere ikke får benyttet den for-melle kompetansen de har fra utlandet.

Stortinget har vedtatt at Regjeringen skal gå gjennom systemet for godkjenning av utenlandsk utdanning – det samme som Produktivitetskommissjonen anbefalte, og som NOKUT går inn for. I tillegg er det verdt å nevne at det ble laget en ekstern rapport i 2009 på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet som skrev følgende om godkjenning av utenlandsk kompetanse, at den

«fremstår som fragmentert, uoversiktlig og det synes å mangle en overordnet nasjonal strategi for godkjenningsfeltet».

Tiden for å gjøre noe er i realiteten overmoden.

Det er 26 år siden godkjenningsordningene for utenlandsk kompetanse var gjenstand for en større gjennomgang. Siden den gang har mye skjedd både på arbeidsmar-kedet, innen utdanningssystemet og på antallet som flytter til og fra Norge. Vi har rett og slett andre behov i dag enn den gang.

Det må også legges bedre til rette for at folk skal kunne komplettere utdanningen sin. Det er viktig for dem som mangler praksis eller noen fag for å kunne sertifiseres for å jobbe i et lovregulert yrke i Norge. I dag er det vanskelig å få gjennomført systematisk kompletterende utdanning.

En del studenter tar også hele utdanningen sin i utlan-det. Det sparer Norge penger på og sikrer at vi får nødven-dig tilgang på leger, psykologer og kiropraktorer, f.eks. Vi har i den siste tiden hatt et par eksempler på uheldige saker hvor godkjenning plutselig er trukket tilbake, og studentene blir sittende med svarteper. Sånn kan vi ikke ha det når målet er å få flere studenter til å ta utdanning i utlandet. Jeg forventer at regjeringen på generell basis sikrer forutsig-barhet for alle norske studenter i utlandet, og at de kan bruke utdanningen sin i Norge. De to siste sakene har ført til mye uro.

Men så kan utdanningene endre seg, selvfølgelig, etter at studentene har reist ut. Det kan få konsekvenser for godkjenning, men da er det meget viktig at man har en overgangsordning på plass, jf. Ungarn-saken, som har vært nevnt tidligere av representanten Grung og statsråd Høie.

Hvordan vil så regjeringen løse dette? Jeg ser dessuten utfordringer med at ansvaret for dette er spredt til så man-ge departementer. Bare av den grunn er det vanskelig å fin-

ne vilje eller evne til å koordinere overgangsordningene. Det er for øvrig derfor vi har bedt to statsråder komme hit i dag.

Når det gjelder dette med psykologer, har jeg forstått det slik at det er de fire universitetene som utdanner psykologer i Norge, som nå på oppdrag fra Helsedirektoratet skal gå inn og godkjenne ungarsk utdanning. Da tillater jeg meg å spørre: Hvorfor det? Bør ikke andre enn norske miljøer vurdere dette, som er mer uhildet? Det er slik man vanligvis gjør det når man sjekker kvalitet i akademia – man sjekker det ikke selv, man lar andre land vurdere kompetansen.

Vi har dessuten en ekstra utfordring etter budsjettvedtakene før jul, hvor NOKUT fikk 10 mill. kr i kutt. Samtidig øker antall saker hos NOKUT kraftig, særlig fra flyktninger med bakgrunn fra Syria. Dokumentert utdanning er viktig. Avtalen om integrering som ble gjort her i Stortinget, vil jeg minne om, og det ble også lansert en akademisk dugnad hvor mange studiesteder opprettet studieplasser for å få kompletterende utdanningstilbud, men det krever at staten stiller opp med penger for godkjenning, for vi ønsker å få folk i jobb.

Hva er konsekvensen? Faktisk er det at studieplasser for nettopp kompletterende undervisning vil stå tomme. Høgskolen i Oslo og Akershus har varslet det. Så hvorfor kommer dette kuttet? Begrunnelsen er at man forventet nedgang i antall asylkomster i 2017. Den begrunnelsen er litt hul, og det er fordi det tar tid før flyktningene starter jobbsøk eller høyere utdanning. Det er ikke det første de gjør idet de kommer inn og søker om asyl – det tar tid. Mange av dem som kom i 2015, søker nå.

Vi risikerer dermed at folk får satt livet sitt på vent. Dette er uønskelig fordi det fører til at de kommer senere i jobb – senere i utdanning, senere i jobb. På Høgskolen i Oslo og Akershus har de gjort noen forsiktige beregninger knyttet til dette basert på tall fra Sverige. Hvis det er sånn at 175 personer med bakgrunn som flyktning etablerer seg på arbeidsmarkedet én måned tidligere, vil den samfunnsmessige besparelsen være på rundt 10 mill. kr. Og det er jo det kuttet som NOKUT fikk for 2017. NOKUT-kuttet er derfor en veldig kostbar innsparing.

Investeringer i kompetanse lønner seg. Brochmann II-utvalget la nylig fram en rapport hvor de skriver ganske tydelig at innvandrere med utdanning vi tar i bruk, gir Norge mer samfunnsøkonomisk gevinst.

Norge trenger kvalifisert arbeidskraft, ikke minst i helseyrkene og i elektroyrkene, og det er typiske grupper som krever godkjenning og autorisasjon. Derfor er dette arbeidet svært viktig, for det blir en flaskehals. Men vi kan selvfølgelig ikke fire på kravene – vi trenger dem for å verne sikkerheten i samfunnet vårt. Kun folk som virkelig er kvalifisert, skal utøve et yrke som krever godkjenning eller autorisasjon, men samtidig må vi sikre at folk får brukt det de kan. Min påstand er at vi ennå ikke er i mål på akkurat dette.

Vi har et uoversiktlig system med lange og tunge prosesser og lite forutsigbarhet, og det gjør det vanskelig for mange av disse menneskene det gjelder. Altfor mange ender opp i jobber som de er overkvalifisert for. Dette gjelder både høyere utdanning og yrkeskvalifikasjoner. Dette problemet kommer til å øke.

Antallet personer med utenlandsk kompetanse i samfunnet stiger. Ved inngangen til 2015 var det 13 pst. av be-

folkningen som hadde innvandrerbakgrunn, som er ganske mange. I tillegg vil det stige ytterligere i årene som kommer. Da er det viktig å legge godt til rette for at deres kompetanse blir tatt i bruk. Jeg etterlyser derfor en strategi med en gjennomgang og en strømlinjeforming av godkjenningsordningene. Det vil være svært viktig og helt nødvendig å få gjort det.

Når kommer den?

Statsråd Torbjørn Røe Isaksen [12:25:36]: Jeg vil begynne med å si tusen takk til representantene Grung og Aasen for det som er et veldig viktig inspirasjonstema. Jeg kan ikke si meg enig i alt som er sagt, selvfølgelig, men veldig mye av virkelighetsbeskrivelsen er jeg enig i, også at dette er et område hvor vi har mye igjen å gjøre. Men når representanten Aasen etterlyser en strategi, vil jeg likevel – som jeg skal bruke resten av innlegget på – argumentere for at regjeringen nå ikke er der at vi trenger en strategi, vi er der at vi må gjennomføre, og er i gang med å gjennomføre, de tiltakene vi allerede har lansert. Jeg skal si litt mer om det.

Det er et veldig relevant spørsmål hvordan personer som har utdanning fra utlandet, får godkjent sin utdanning i Norge. Det er viktig at de kan bruke kompetansen inn i det norske arbeidslivet. Representanten Aasen ser utfordringer med dagens system og spør om det er mulig med forenklinger for brukerne, bl.a. for at flere studenter tar hele eller deler av utdanningen sin i utlandet. De bidrar da etterpå inn i det norske samfunnet med en kompetanse og kulturforståelse Norge har behov for. Dessuten har vi hatt en innvandring og en flyktningstrøm som både Norge og Europa har fått føle. Det bidrar også til å sette godkjenningsordningene under press, da de ønsker å få vurdert sin medbrakte utdanning.

Som jeg sa, er jeg glad for dette spørsmålet – eller disse interpellasjonene, må jeg vel si – for vi har siden vi kom inn i regjering, arbeidet målrettet for å forbedre og forenkle godkjenningsordningene, og vi har holdt på med det i tre år.

I Norge er det flere ordninger for godkjenning, avhengig av nivået på utdanningen, behovet til den enkelte og arbeidslivet. Jeg vil bare for ordens skyld understreke at det i Norge ikke er et generelt krav om at man skal ha godkjent en utenlandsk utdanning for å få tillatelse til å jobbe. For en gruppe på om lag 170 regulerte yrker er det imidlertid krav om godkjenning eller autorisasjon av yrkeskvalifikasjoner for å kunne utøve yrket i Norge. Dette gjelder f.eks. helseyrker, lærere og heismontører.

Når det gjelder godkjenning av utenlandsk utdanning, må det skilles mellom generelle godkjenningsordninger og godkjenning for yrkesutøvelse i lovregulerte yrker, der det kreves autorisasjon for å utføre et yrke.

NOKUT er ansvarlig for generell godkjenning av høyere utenlandsk utdanning. Dette ansvaret har de hatt siden 2003, da de fikk det av daværende utdanningsminister Kristin Clemet. I min tid som kunnskapsminister har jeg opprettet to nye nasjonale godkjenningsordninger. I 2016 fikk NOKUT ansvaret for å opprette en ordning for å godkjenne utenlandsk fag- og yrkesopplæring på videregående skoles nivå, og i 2017 har de også fått ansvaret for en ordning for godkjenning av utenlandsk fagskoleutdanning. Vi fikk bl.a. innspill fra partene i arbeidslivet om at det var sterkt ønsket. Generell godkjenning innebærer at NOKUT

vurderer den utenlandske utdanningen opp mot det norske utdanningssystemet, verifiserer papirer etc. og utsteder bevis på utdanningens nivå og lengde, og eventuelt grad. Men det er fortsatt lærestedene selv som har ansvar for den faglige godkjenningen, både med tanke på videre studier og vurdering av det faglige innholdet i utdanningen – et punkt som representanten Aasen problematiserte.

Generelle godkjenningsordninger på nasjonalt nivå for fagskoler og fag- og yrkesopplæring har faktisk ikke eksistert før. Dette er i seg selv en betydelig forenkling for søkere, som med dette har ett nasjonalt organ å henvende seg til. Det var på høy tid at vi fikk et heldekkende godkjenningssystem på alle utdanningsnivåer i Norge. Dermed har vi samlet all generell godkjenning av utenlandsk utdanning i ett kompetansemiljø. I tillegg til at NOKUT har ansvaret for godkjenningsordninger, har de også et nasjonalt ansvar for informasjon om alle typer godkjenninger, inkludert de som er i lovregulerte yrker, herunder sektoren som statsråd Høie har ansvar for. Dette gjelder både EUs direktiv for godkjenning av yrkesgodkjenning innen EU/EØS-området, og også utdanninger fra hele verden. Enhver som ønsker å få sin utenlandske utdanning vurdert, kan henvende seg til NOKUT. NOKUT vil enten vurdere utdanningen selv eller informere om rett instans for videre behandling. Dette siste er viktig. Som nyankommet flyktning/migrant til Norge kan det være vanskelig å orientere seg i godkjenningssystemet, og derfor har NOKUT en nasjonal veiledningsrolle for å vurdere hvilken instans som skal vurdere den medbrakte kompetansen. NOKUT har også ansvaret for den såkalte UVD-ordningen, en ordning for søkere som på grunn av situasjonen de er i, ikke kan verifisere hvilken utdanning de har. Dette er et viktig supplement til våre generelle godkjenningsordninger, som for øvrig har vakt internasjonal oppmerksomhet. Det er flere land som vurderer å innføre tilsvarende ordninger.

Når jeg først er inne på det internasjonale sporet, vil jeg informere om at jeg har tatt initiativ til en kartlegging og gjennomgang av hvilke godkjenningsordninger som eksisterer i de nordiske landene og selvstyrte områder, og en analyse av funnene. Norge har formannskapet i Nordisk ministerråd dette året, så det er med glede jeg på bakgrunn av denne undersøkelsen skal ta initiativ til å diskutere hvordan vi kan videreutvikle og forbedre våre godkjenningssystemer, bl.a. ved å lære av hverandres erfaringer.

Så kommer det som representanten Grungs interpellasjon berører, nemlig de lovregulerte yrkene. Her har også Kunnskapsdepartementet en rolle selv om vi ikke direkte eier instansene som godkjenner. Vi har gitt Altinn i oppdrag å lage en felles elektronisk søknadsportal. Den utvikles som en felles portal for bruker, uavhengig av hvilket yrke man søker godkjenning for, nettopp for at man skal slippe selv å finne frem i det som lett kan fremstå som en myriade av forskjellige portaler og sider. Selve saksbehandlingen skal fortsatt ligge hos den underliggende etat, som har både fagansvar og kompetanse, men kommunikasjonen kan foregå gjennom portalen. Det vil være en betydelig forenkling, og portalen vil være operativ innen utgangen av februar. For å forenkle systemet har jeg også bedt om at det skal være mulig for søkere uten personnummer eller ID-nummer å søke gjennom portalen. Parallelt har NOKUT fått i oppdrag å samle enhetlig informasjon på både norsk og engelsk om alle lovregulerte yrker, og søknadsprosessen knyttet til det enkelte yrke. Denne informa-

sjonen skal også synliggjøres på den nevnte portalen.

Dette ble også omhandlet og var en viktig del av stortingsmeldingen Fra utenforskap til ny sjanse, den såkalte utenforskapsmeldingen. Flere av tiltakene i meldingen er rettet inn nettopp mot å tilrettelegge for at flere kan bruke sin medbrakte utenlandske kompetanse i arbeidslivet. Som oppfølging av stortingsmeldingen, som fikk bred politisk støtte, har NOKUT holdt kurs for Nav og øvrig førstelinjetjeneste i kommunene for at disse også skal ha oppdatert informasjon om systemet for godkjenning av utenlandsk utdanning. Det er også etablert en e-læringsplattform for denne type kurs.

Representanten Aasen spør også – helt riktig – om det legges til rette for at personer med utenlandsk utdanning blir tilbudt å komplettere sin utdanning dersom den er mangelfull med tanke på å utøve et yrke. Det er et godt og viktig spørsmål. Som representanten Grung nevnte, ble det i kjølvannet av flyktningstrømmen etablert ordninger, det vil si tildelt midler, for at sykepleiere, lærere, ingeniører og teknologer som trengte å supplere utdanningen sin, fikk et kompletterende utdanningstilbud i Norge. Tanken er at dette skal bygges ut. Det er det noen utvalgte universiteter og høyskoler som tilrettelegger for i dag. I tillegg har også høyere læresteder ifølge universitets- og høyskoleloven et generelt ansvar for å vurdere utenlandsk utdanning for innpassing i videre studier. Jeg mener at den vurderingen er det – på lik linje med annen norsk utdanning fra norske institusjoner – universitets- og høyskoleinstitusjonene som må gjøre.

Jeg skal likevel være ærlig og innrømme at det er en utfordring at mange opplever det norske systemet for godkjenning som tungrodd og nødvendig strengt. Det kan også føre til at verdifull kompetanse som finnes i Norge, ikke blir tatt i bruk. Samtidig er det en balansegang, for arbeidsgivere og samfunnet for øvrig må også stole på de godkjenningene som gis. Derfor er det viktig at forenklinger som vi er for og jobber med – og vi må også gjøre mer – ikke går på bekostning av kvaliteten på selve dokumentasjonen. Videre er jeg også opptatt av at vi ikke skal innrette oss slik at mange som strengt tatt ikke trenger det, søker om godkjenning. Det er bare i forbindelse med praktisering av et yrke som er lovregulert at det er påkrevd med en autorisasjon. Flyktninger med en grad i f.eks. samfunnsvitenskap eller matematikk, med ingeniøruddanning, eller med erfaring/utdanning som bussjåfør eller frisør, kan også søke arbeid direkte hos arbeidsgiver uten å gå veien om NOKUT eller utdanningssystemet. Vi kan ikke lage et system som fratar dem muligheten til å få vurdert kompetansen sin, for å si det på den måten, men det er altså ikke obligatorisk. Det vil føre til en kraftig byråkratisering hvis det blir oppfattet som eller gjort obligatorisk.

Det er verdt å nevne at NOKUT også innenfor høyere utdanning har en turbo-ordning for arbeidsgivere, hvor de innenfor fem virkedager kan utarbeide en kort vurdering som beskriver om utdanning er godkjent i utdanningslandet, og i hvilken grad utdanningen tilsvarer utdanning i det norske systemet.

La meg helt til slutt også nevne at vi har tenkt å følge opp forslaget fra utenforskapsmeldingen om å etablere en tverrdepartemental gruppe for å se på muligheter for ytterligere forenklinger av dette systemet og arbeidet. Det er derfor jeg sier at vi ikke behøver en strategi nå. Vi må rett og slett sette i gang det arbeidet som nå er i ferd med å bli

iverksatt, gjennom tett dialog med mine kollegaer i regjeringen.

Ruth Grung (A) [12:35:53]: Jeg vil takke medinterpellanten min, Marianne Aasen, og også takke for det som spesielt er blitt sagt av siste statsråd nå, om det vi opplever som en reell vilje til å ta tak for å redusere den tiden det tar å gi enkeltmennesker større forutsigbarhet. Det handler om enkeltmennesker som har valgt å utdanne seg til yrker som de ønsker å praktisere. Da tenker jeg spesielt på de norske som søker seg til utlandet. For dem som har en flyktningeskjebne i tillegg til en utdanning, er det en del av den normaliserte tilværelsen å føle at også de kan bidra ved å kunne bruke yrket sitt. Tre og et halvt år er utrolig lenge å vente, uansett hvem det er snakk om, men spesielt når en er kommet til et helt nytt land, der en ikke alltid skjønner alt.

Statsråd Høie mente at studentene fra Ungarn har fått en god, transparent og faglig beskrivelse av hva de mangler. Det er jo ikke tilfellet ennå. De har fått vite at de fortsatt venter, men det kan være at det skjer parallelt med det arbeidet som pågår, at de fire universitetene som utdanner psykologer, vil se på hva som er innholdet i den utdanningen som er i Ungarn i dag, kontra tidligere. Men så er det bekymringsfullt når så mange – det er vel over 200 – som allerede har tatt utdanning i Ungarn, er blitt godkjent, har hatt praksis i Norge og dermed har fått autorisasjon. Har vi ikke hatt kvalitetssikring når de har passert, hvorfor skal det være så stor forskjell for dem som i dag tar utdanning?

Når det gjelder den syriske flyktningen: Jeg er helt enig i at vi trenger bedre samordning. Det jeg tror Sverige er bedre i, er nettopp tettere oppfølging med en gang flyktningene kommer, slik at de både får relevant praksis – slik som de syriske tannlegene i Sverige sammen med tilsvarende svenske tannleger – lærer språket og også får en tilbakemelding om hvilken kompetanse de har i forhold til kravene i Sverige, noe som sikkert kunne vært gjort på samme måte her i Norge. Men det svaret som Bergens Tidende fikk da de spurte Helsedirektoratet om hvorfor han manglet den ene setningen, som ville gjort ham kvalifisert til opptak på kvalifiseringsprogrammet, var at de visste at det var oppussing i Bergen – derfor skulle de ikke ta opp nye studenter. Det er vel grunnen til at han ikke kunne bli kvalifisert og få den setningen.

Avslutningsvis spurte jeg i innlegget mitt: Hvilke forventninger har statsrådene når det gjelder hvilken rolle universitetene skal spille for å få flere av flyktningene igjennom, slik at de får relevant praksis og utdanning?

Statsråd Bent Høie [12:39:19]: Det er et viktig tema interpellantene tar opp. Det må ikke stå igjen som et inntrykk at interpellantene ikke er fornøyd med dagens system, og at jeg og min statsrådskollega er fornøyd. Det er ikke situasjonen. Da hadde det ikke vært nødvendig å gjøre de ganske omfattende endringene som nå er iverksatt.

Det er imidlertid utfordrende å kommentere og ta stilling til enkelte saker, fordi – som jeg sa i min innledning – bakgrunnen for avgjørelsene i enkeltsakene ofte er svært komplisert, og den sammenligningen som gjøres i media når det gjelder enkeltsaker, er ikke nødvendigvis sammenlignbar, rett og slett fordi det f.eks. skjer endringer i utdanning underveis. Det er slik at enkelte tar deler av studiene på andre utdanningssteder, og selv om en til slutt kom-

mer ut fra samme studiested, betyr ikke det at hele studieløpet er foretatt på det samme studiestedet. Det er en viktig bunnplanke at de utdanningene som gir autorisasjon, er jevn gode med de norske.

Jeg vil presisere at utdanningsgodkjenningen er kunnskapsministerens ansvarsområde, men autorisasjonen er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Til situasjonen i saken fra Ungarn: Det er en situasjon der tilsvarende utdanning ikke gir autorisasjon i Ungarn, og tilsvarende utdanning gir heller ikke autorisasjon i Norge. Vi har også masterutdanninger i psykologi i Norge som ikke gir autorisasjon til å jobbe som psykolog – med den klinisk rettede utdanning og praksis som gir den type kompetanse. Det er også viktig å se at det er ulikt innhold i disse utdanningene.

Så er det slik at i dette systemet kan det bli gjort feil. Det betyr ikke at den feilen som blir gjort, blir mer riktig om den gjentas videre, men det er også den type forhold som direktoratet nå jobber med.

Det var behov for å gjøre større endringer. Det var også en av grunnene til at Statens autorisasjonskontor nå ligger under Helsedirektoratet, for å jobbe med å bidra til både bedre IKT-løsninger, elektronisk saksbehandling, større kompetansemiljø og bedre kvalitetssikring av de beslutningene som tas.

Marianne Aasen (A) [12:42:30]: Tusen takk til kollega Ruth Grung og de to statsrådene som stiller her i dag, for at vi får en god og grundig debatt om dette temaet. Jeg er av den oppfatning at dette er noe vi må ta ordentlig på alvor. Dette er en flaskehals av de store i samfunnet vårt.

Jeg har lyst til å kommentere kort innleggene. Det første gjelder helseautorisasjon. Der er det veldig lett å begrave seg i detaljer. Det kan vi gjøre med eksempler og i det vide og det brede. Jeg etterlyser et større perspektiv på dette. Er det den måten vi gjør det på nå, som er den rette? Burde vi ikke tenke ganske nytt? Burde vi ikke ta på alvor det som produktivitetskommissjonen, for å bruke den igjen, sier om at det er altfor mange kontorer som holder på med dette – 18 stykker i 12 departementer? Kanskje vi skal gjøre det helt annerledes og legge det ett sted? Det er nå engang slik – studiebarometret kom i forrige uke – at all norsk utdanning er så fremragende? Det er jo ikke det. Heller ikke innen helse. I tillegg vet vi – slik de skriver – at ved særlig godkjenningkontoret for helsepersonell later det til at man er mye strengere enn i andre land. Da er det klart at vi har en utfordring i Norge, som kanskje til og med er særegen, og som vi etter min oppfatning bør ta et større grep om.

Det andre gjelder NOKUT og kuttet på 10 mill. kr, som ikke ble tatt opp i noen av statsrådenes innlegg. Det er de som hele tiden – og som de som lyttet nøye etter, hørte – skal gjøre veldig mange av disse oppgavene. De har fått 10 mill. kr mindre, som de egentlig fikk i budsjettet for i fjor, for 2016, for å løse nettopp dette med flyktninger. Begrunnelsen for dette er hul. Jeg gjentar at jeg mener at den er hul, når det er akkurat nå disse flyktningene har behov for å få godkjent sin utdanning.

Når vi har jobbet med denne interpellasjonsdebatten, har vi sett misnøye hos arbeidstakerne, arbeidsgiverne, ANSA – blant alle dem vi har snakket med om disse tingene. NOKUT mener også det må gjøres viktige ting i forbindelse med dette. Det ble skrevet en bloggpost om dette

i går. Dette er en sak som må løftes opp og bli noe annet enn en arbeidsgruppe på statssekretærnivå. Etter min oppfatning trenger vi en sak til Stortinget om dette, hvor man meisler ut en kurs, som viser at vi i mye større grad tar dette på alvor, rett og slett fordi behovet for å gjøre noe med det kommer til å øke. Det kommer til å være flere norske studenter som skal til utlandet. Det kommer til å komme flere, som de møter, kanskje gifter seg med og bosetter seg sammen med i Norge, med utdanning. Det kommer til å komme flere flyktninger. Det kommer til å komme flere til Norge for å jobbe, med andre utdanninger, og da må vi ta akkurat denne utfordringen mye mer på alvor – for vi står med et litt gammeldags system som hører til i fortida og ikke i framtida.

Statsråd Torbjørn Røe Isaksen [12:45:44]: Hvis vi er enige – og det er vi da – om at dagens system over lang tid ikke har fungert godt nok, og også enige om at det må gjøres noe, går det an i alle sammenhenger å kritisere regjeringen for at man ikke gjør nok eller man ikke klarer å gjøre alt samtidig, men det er viktig å si at dette er et område som vi fra Kunnskapsdepartementet og regjeringens side også har prioritert. Det betyr ikke at alle problemene har blitt borte i løpet av disse tre og et halvt årene, men det har skjedd viktige ting.

Jeg vil først si to ord om NOKUT. Det er viktig å understreke at det var 10 mill. kr som en engangsbevilgning til NOKUT, ikke en permanent styrking av rammen, og så er det alltid slik at det er mer populært å få 10 mill. kr enn å miste dem, men dette var penger som lå inne i budsjettforslaget, og som så falt ut i budsjettforhandlingene. Men NOKUT har også fått permanent styrking av sine budsjetter. For eksempel har de fått rundt 25 mill. kr til å følge opp nettopp godkjenning av utenlandsk fagopplæring, som har vært viktig, og de har fått 25 mill. kr til digital saksbehandling – som er en permanent styrking. Det er ikke noe vanskelig å forstå at NOKUT heller vil ha 10 mill. kr ekstra som en engangsbevilgning enn ikke å ha det, men så er det allikevel sånn at det har kommet permanent styrking på deres område.

Fellesnevneren i det jeg beskriver som regjeringen har gjort, er vel nettopp dette brukerperspektivet. Det f.eks. å samle det inn i en felles portal og styrke NOKUTs veilederrolle ytterligere er viktig for den brukeren som kommer til Norge og skal orientere seg i dette systemet.

Så inviterer Marianne Aasen til en veldig interessant og besnærende debatt som egentlig berører en av de grunnleggende måtene vi har organisert den norske statsforvaltningen på, nemlig sektoransvaret. Jeg tror at selv om sektoransvaret kan ha sine utfordringer, er det i bunn og grunn en fordel å opprettholde tanken om at hvert departement eier helheten på sitt ansvarsområde, for hvis ikke Helsedepartementet hadde hatt et ansvar også for godkjenning av helseutdanninger fra utlandet, er det veldig vanskelig å se for seg at det skulle ha både den gode og nære tilknytning til det norske utdanningsystemet, og at man også skulle bygge opp gode nok miljøer til det. Selv om det er en interessant diskusjon, er utgangspunktet vårt godt, mener jeg, ved at vi beholder sektoransvaret.

Helt til slutt: Det jeg mener må være ambisjonen vår, er at vi skal ha et system som er så smidig som mulig. En ting er da for alle dem som ikke behøver å få godkjent utdanningen sin, men for dem som trenger en godkjennelse av

utdanningen, må vi ha et NOKUT som har kapasitet nok til å behandle søknader raskt, og så må universitets- og høyskoleinstitusjonene – for det er de som må gjøre det, jeg er uenig med Marianne Aasen i at det skal flyttes over til et eller annet eksternt ekspertorgan – ha muligheten til å gi kompletterende undervisning. Det er vi i gang med. Jeg skulle ønske at man hadde startet med det arbeidet før 2015, men nå er det i hvert fall i gang, og tanken er at det skal bygges videre ut.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [12:49:16]: Takk til representanten Grung for at hun tar opp autorisasjon av utenlandske helsearbeidere. Når jeg diskuterer denne saken, som er veldig interessant å høre på, har jeg selvfølgelig helsepersonellbrillene på.

Dette området har ingen «quick fix». Det har vel historien vist oss. Det er et område som ANSA har vært veldig opptatt av. Som nye stortingsrepresentanter i helse- og omsorgskomiteen møtte vi straks sykepleiere som ikke hadde fått godkjenning av utdanning fra Australia, leger som var utdannet innen EU-land, og nå møter vi psykologer som ikke har fått autorisasjon for utdanning fra Ungarn – som viser seg å være riktig.

Jeg har først lyst til å si at det er berikende å få inn personer som er utdannet, enten det er nordmenn som har tatt utdanning i utlandet, eller det er utlendinger som kommer til Norge. Det er berikende for det norske systemet, for både fagutvikling og for forskning, og vi burde egentlig hatt veldig mye mer av det.

Jeg har selv fått godkjent utdanningen min i utlandet, da jeg jobbet der. Jeg har også fått godkjent utdanning fra utlandet i Norge, og jeg kan vel si at det ble møtt med en litt større skepsis, men takket være en iherdig instituttleder gikk det bra. Det sier kanskje noe om at vi har en litt inngrodd skepsis og en veldig proteksjonisme når det gjelder våre utdanninger i Norge, og at nåløyet kanskje har vært for trangt i noen tilfeller.

Vi har lang erfaring med at iallfall fysioterapeuter og leger utdannes i EØS-land, så arbeidet med autorisasjon gjelder ikke dem, men det gjelder først og fremst dem som er utdannet utenfor EØS-land. Det har ikke vært satt høyt nok opp på den politiske dagsordenen, og det tror jeg kanskje vi alle må ta inn over oss her. Dette er ikke et område som man klarer å rydde opp i på tre år, det tar lengre tid. Jeg er veldig glad for at Høie har tatt tak i feltet, og at Helsedirektoratet nå har ansvaret, etter en ny ordning. Jeg synes ministerens grundige gjennomgang her viser hvor alvorlig departementet tar dette.

Det jeg iallfall er veldig glad for, er at vi nå får en elektronisk søkeprosess, som gjør det mye lettere for søkeren å holde oversikt, og ikke minst at autorisasjonskontorene får lettere tilgang til papirer. Men det er fortsatt historier om at papirer blir borte i systemet, og at ting tar tid. Det som er viktig i dette, er at vi får en både helhetlig og systematisk ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning, og det arbeidet har vi startet på nå.

Det er godt at vi også har satt i gang komplementerende utdanning for dem som kanskje mangler noen elementer. Det bør det bli mer av. Det gjelder særlig sykepleiere. Det så en stund ut til at sykepleiere som hadde utdannet seg i utlandet, måtte ta hele sykepleien om igjen i Norge. Det er både bortkastet tid, ressurser og penger. Sånn kan det ikke være. Men nå har vi iallfall fått i gang et system for det.

Det er også utrolig viktig at vi har informasjonstiltak, og at Helsedirektoratet nå jobber med det. De jobber både med NOKUT, med Lånekassen og med ANSA, sånn at norske studenter som reiser ut, er klar over hvilke yrkesgrupper det gis autorisasjon for i Norge, og hva som skal til for å få denne autorisasjonen. Det er viktig at den enkelte som skal reise ut, får denne informasjonen, men også at informasjonen som gis på den andre siden, er riktig, at den er korrekt, og det har kanskje ikke alltid vært tilfellet.

Jeg har lyst til å si at autorisasjon skal være et kvalitetsstempel, men vi kan ikke renonsere på kvalitet. Kvalitet handler også om tillit til helsevesenet. Selvfølgelig ønsker vi en fortgang og en smidighet i behandling av søkerne, men man må også forvente at det vil ta noe tid når utdanningene er veldig ulike.

Vi er veldig glad for det arbeidet som Høie har satt i gang fra sitt departement, og håper på gode resultater framover.

Bård Hoksrud (FrP) [12:54:43]: Det er veldig bra at disse problemstillingene kommer opp, og dette er gode interpellasjoner, men når en hører på representanten Aasen, kan det nesten høres ut som om alt er blitt gærent de tre siste årene. Jeg tror vi alle er enige om at dette er utfordringer som har vært der over lang tid, og derfor er det viktig å gjøre noe med det.

Så vil jeg også si at det er bra at man har gode kvalitets-sikringsrutiner for å få godkjent kanskje spesielt helseutdanninger i Norge, for det handler om at sikkerheten, tryggheten og kvaliteten for pasientene og alle som trenger hjelp, er ivaretatt på en god måte. Det er likevel også viktig at man ser på muligheter for å forenkle rutiner og oppgaver i søknadsprosessen, men at man da også ivaretar kvaliteten på selve dokumentasjonen på en god måte.

Som helse- og omsorgsministeren også poengterte, er vi i gang med forenkling av prosessene. Det er jeg veldig glad for, og jeg oppfatter at det er det som er viktig her også, at man får på plass forenklinger for raskere å kunne få svar og raskere få vite hva man trenger for å få tettet de hullene man eventuelt har i utdannelsen. Blant annet er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell nå integrert i Helsedirektoratet. Innlemmingen skal bidra til en mer helhetlig ivaretagelse av autorisasjon og godkjenning av helsepersonell. Jeg vil også peke på det som kunnskapsministeren sa tidligere her i dag om at han nå ønsker å nedsette en tverrdepartemental arbeidsgruppe som skal gå gjennom de ulike godkjenningsordningene, og at han har tatt initiativ til et nordisk samarbeid. Det er veldig bra.

Som sikkert mange her vet, er eldreomsorg et av mine hjertebar. Hver uke får jeg tilbakemeldinger og historier fra pårørende som har sine kjære på sykehus, sykehjem eller hjemme med hjelp fra hjemmetjenesten. En av de utfordringene som stadig går igjen, er manglende evne til å forstå og snakke norsk hos flere av dem som har et fremmed språk. Det er viktig for meg at vi gjør noe med det også, for ingen utdanninge/autorisasjon er god nok hvis man ikke klarer å kommunisere på en god måte med den som man skal hjelpe. Det er viktig at pårørende og pasienter skjønner det som blir sagt, og det er ikke mulig å utøve god og trygg nok sykepleie om språket ikke er på plass.

Helse- og omsorgstjenesten i Norge vil i årene framover trenge flere sykepleiere og helsefagarbeidere, og vi vil være avhengig av arbeidsinnvandring for å få besatt

alle stillingene – hvis vi ikke tror at hver tredje ungdom kommer til å studere helsefagarbeid og begynne å jobbe i helsesektoren. Denne utfordringen har regjeringen tatt på alvor gjennom Kompetanseløftet 2020. Det er en av hovedsatsingene for å sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell.

I flere kommuner og spesielt i innlandet ser vi at man allerede har merket mangel på helsepersonell, og man har måttet inngå avtale med bemanningsfirma for å kunne tilby en kvalitetssikret helse- og omsorgstjeneste. Der er noe av utfordringen, at det utdannes selvfølgelig egne sykepleiere fra andre land, og da er det godt å vite at de også, når de skal komme hit, må gå om Helsedirektoratet for å få godkjenning av utdanning og også språkkunnskaper.

Vi vet at det er stort behov for økt språkforståelse og ferdigheter hos flere ansatte og kommende ansatte innen helse- og omsorgssektoren. Da er det godt å vite at disse signalene har regjeringen tatt på alvor gjennom styrking og utvidelse av introduksjonsprogrammet og opplæring i norsk og samfunnskunnskap samt ordningene Basiskompetanse i arbeidslivet og Basiskompetanse i frivilligheten. Det er viktig.

Ivar Odnes (Sp) [12:58:56]: Internasjonalisering av utdanning, forskning og arbeidslivet har mange positive sider både for den enkelte studenten, for arbeidstakaren og for institusjonar og bedrifter som får tilgang til kompetanse og kapasitet som ikkje er tilgjengeleg på den innlandske arbeidsmarknaden.

Sjølv om det er mange positive sider ved utveksling av arbeidskraft mellom land, skal ein heller ikkje underslå at det byr på utfordringar. Difor er det viktig for Senterpartiet at vi er ryddige i debatten når vi diskuterer disse spørsmåla.

Eit grunnleggjande moment er nødvendigeita av at godkjenning av utanlandsk kompetanse og utdanning skjer på ein god måte, der omsynet til norske standardar er sikra, og at det ikkje går ut over arbeidsforhold eller fører til sosial dumping. Dessverre ser vi negative eksempel på at dette skjer i fleire bransjar, og at utfordringane er veksende. Difor er det viktig at godkjenningsordninga for utanlandsk utdanning og kvalifikasjonskrav vert regulert innanfor norsk lovgjeving, som varetek desse forholda, og at vi ikkje berre underkastar oss internasjonalt regelverk der hovudformålet er å leggja til rette for fri flyt av menneske og kapital.

Rekruttering av utanlandsk arbeidskraft og utfordringar i arbeidsmarknaden heng til dels saman og høyrer med som bakteppe for debatten når vi skal diskutera det som representantane Aasen og Grung har teke opp i sine interpellasjonar til statsrådana. Det er eit faktum at det i fleire bransjar er eit misforhold mellom kva bedriftene sjølve har behov for av arbeidskraft og spisskompetanse, og volumet på kva norske utdanningsinstitusjonar leverer av ferdigutdanna elevar og studentar, både innanfor høgare utdanning og innanfor fagopplæring. For kva slags yrke, fagområde, utdanningstypar og utdanningsnivå har arbeidslivet eit udekt behov for i året som kjem? Kva slags fagarbeidarar, ingeniørar og teknologar er det mest behov for? Ifølgje NHOs kompetansebarometer for 2016 vert det meldt at heile fem av ti NHO-bedrifter har eit udekt kompetansebehov. Størst er behovet når det gjeld yrkesfag og fagskuleutdanning. Når det gjeld bedrifter som har tenkt å rekrutte-

ra nødvendig arbeidskraft, er det å heva kompetansen til dagens tilsette ein må sjå på som mest aktuelt, etterfølgt av det å tilsetja personar med relevante kvalifikasjonar i den norske arbeidsmarknaden, og så er rekruttering av utanlandsk arbeidskraft det alternativet som scorar lågast, men det oppnår ein score på ikkje ubetydelege 20 pst.

Dette viser at dei viktigaste grepa vi kan gjera for å løysa misforholdet mellom arbeidslivets behov for kompetanse og tilgjengeleg kvalifisert arbeidskraft, først og fremst er å auka utdanningskapasiteten i Noreg innanfor ei rekkje utdanningar. Det må òg vera regjeringas førsteprioritet, og eg har forventningar til at både revidert nasjonalbudsjett og statsbudsjettet for 2018 vil adressera denne utfordringa.

I Noreg er det NOKUT som er kontaktpunkt og som administrerer godkjenningsordninga. Godkjenning av utanlandsk utdanning som likestilt med akkreditert norsk høgare utdanning er regulert i universitets- og høyskulelova. Tilsvarande inneber godkjenningsordningar for fagopplæring at NOKUT gjer ei fagleg vurdering av om opplæring og kvalifikasjonar som arbeidssøkjaren har frå heimlandet, kan vurderast som sidestilt med eit norsk fag- eller sveinebrev. Dette er umåteleg viktig for å sikra at dei som arbeider i Noreg, har dei nødvendige kvalifikasjonane som krevst i yrket. NOKUTs arbeid er ei sikkerheit for arbeidsgjevarar og for oss som forbrukarar og som samfunn.

Eg stiller meg litt spørjande til ordlyden i interpellasjonen frå Aasen – og eg siterer:

«Samtidig er det uheldig om skrankene blir så høye for godkjenning av utenlandsk utdanning at det å ta den samme utdanningen i et norsk system i praksis blir eneste farbare vei. Det er kostbart og tidkrevende og bør unngås.»

Senterpartiet håpar at det i denne utsegna ikkje ligg eit ønske om ei forventning om at regjeringa bør harmonisera kvalifikasjonskrava med andre land på ein måte som vil redusera kompetansekravet. Det vil i så fall Senterpartiet åtvare sterkt mot. Vi kan heller ikkje av hensiktsmessige grunnar forenkla godkjenningsordninga slik at utdanningar på ulike nivå vert likestilte, slik at det vert eit press på norske utdannings- og kvalifikasjonskrav.

Dersom kapasiteten hjå NOKUT er ei utfordring, eller at det er behov for å tilby påbygging eller modulbasert opplæring for personar som vert rekrutterte frå utlandet, som ikkje heilt matchar norske kompetansekrav trass i at dei har fullført fagopplæring eller høgare utdanning innanfor det same yrket, bør vi finna løysingar på det, men utan at det fører til press i retning av reduserte kompetansekrav og innhald i vår heimlege utdanning.

Ole mic Thom messen hadde her overtatt president-plassen.

Iselin Nybø (V) [13:04:12]: Først vil jeg takke interpellantene for å ta opp en problemstilling som er viktig, men ikke minst relevant. Det er en problemstilling som mange opplever i dag, og som, hvis vi får det som vi vil, enda flere vil komme borti, for det er jo et ønske fra dette stortinget at flere av de norske studentene skal reise ut og ta hele eller deler av utdannelsen sin i utlandet. Vi ser på det som en ressurs, vi ser på det som viktig at folk kommer seg ut og får de impulsene og den utdanningen som det går an å hente der. Samtidig er det mange som kommer til Norge av ulike grunner, men ikke minst fordi vi le-

ver i en globalisert verden. Det er ikke nødvendigvis sånn at vi bare gifter oss med en person to hus lenger nede i gaten. Verden er blitt mindre, vi får impulser fra andre steder, og vi er nødt til å tilpasse oss at andre kommer til oss og ønsker å bidra til samfunnet gjennom å jobbe med det de er utdannet til.

Vi kan like det eller ikke, men det er en hel rekke utdanninger vi faktisk ikke får tatt i Norge. På helseområdet kan jeg nevne kiropraktorer, som vi ikke utdanner i dette landet, men som vi er avhengige av reiser til utlandet for å få utdanning, for så å komme tilbake til Norge og jobbe her. Vi vet at ca. halvparten av alle medisinstudenter må reise og ta utdannelsen sin i utlandet. Så dette er en problemstilling som er høyst aktuell, ikke minst fordi vi som storting har lagt opp til at det skal være aktuelt.

Så er det noen ting vi må ta tak i, det er ting vi bare ikke kan akseptere går tregt, er vanskelige eller oppleves som byråkratisk. Vi har en utfordring når NOKUT, som det viktige organet det er, oppleves som en flaskehals – at det er langdryg saksbehandling, at mange opplever at vedtakene er ulogiske, at noen får godkjenning, mens andre ikke får. Ett år fikk de godkjenning for den utdannelsen på det universitetet, men året etter får de det ikke selv om de begynte mens utdannelsen ennå var godkjent. Det er slike ting vi hele veien må se på, selv om vi ikke ønsker å senke kvaliteten på godkjenningen som gis.

I tillegg har jeg lyst til å nevne én problemstilling, og det er at norske universiteter og høyskoler selv har et ganske stort potensial for å tilpasse undervisningen sin slik at både norske og utenlandske studenter som kommer til Norge med en utenlandsk utdanning, kan få et påbygg, en modul, som gjør at de kan få godkjent utdannelsen sin i Norge. Mange opplever at de må ta store deler av det de allerede har tatt, på ny i Norge for å få det godkjent, mens det hadde vært mulig å lage mer tilpassede moduler som gjorde at det ble mindre som skulle til for å oppnå de kravene som ble stilt. Vi har fått tilbakemeldinger fra mange som hadde opplevd det som positivt om de kunne komplettert sin utenlandske utdanning med en modul eller to fra et norsk universitet eller en norsk høyskole. Når de skal søke jobb i næringslivet eller i det offentlige, er det noe med å si at ja, de tok mesteparten av utdanningen i utlandet, men de har tatt det og det på et norsk universitet eller ved en norsk høyskole som de som skal ansette, faktisk kjenner til. Det blir på en måte et godkjentstempel på utdanningen at de kan vise til at de har tatt deler av den ved et norsk universitet eller en norsk høyskole – det oppleves som trygt for dem som skal ansette.

Jeg vil nok en gang takke for at denne problemstillingen ble tatt opp. Jeg tror begge statsrådene har mye å ta seg til for hele veien å håndtere de flaskehalsene og de utfordringene som er på dette området. Men vi som storting, vi som jobber med utdanning, må hele veien streve etter å få mer internasjonalisering på dette området, for det er utelukkende positivt at norske studenter reiser til utlandet og får impulser derfra, og det er utelukkende positivt at Norge kan tiltrekke seg kloke hoder fra utlandet.

Bente Thorsen (FrP) [13:08:56]: Jeg vil først og fremst rette en takk til interpellantene Aasen og Grung for at de tar opp et så viktig tema, som er høyt oppe på dagsordenen både i regjeringen og for Fremskrittspartiet på

Stortinget. Mitt innlegg er stort sett rettet til Aasens interpellasjon.

Å finne en god løsning på godkjenning av utenlandsk utdanning vil bidra til å løse en rekke utfordringer i kompetanse- og arbeidslivspolitikken. Som statsråd Røe Isaksen sa i sitt innlegg, har regjeringen arbeidet målrettet for å forbedre og forenkle godkjenningsordningene i over tre år, i de yrkene som det er krav til autorisasjon eller godkjenning i.

Fremskrittspartiet vil påpeke betydningen av både fleksible og enkle godkjenningssystemer og et sterkt kvalitetsfokus. For oss er det viktig at det ikke skal slakkes på standardene og godkjenningene for å gjøre det lettere for dem med utenlandsk utdanning å komme inn på arbeidsmarkedet. Det vi må sørge for, er å få hurtigere godkjenning av utenlandsk utdanning av høy kvalitet, slik at nordmenn og utlendinger som ønsker å komme seg i arbeid og bidra til verdiskaping, raskt får anledning til det.

Tilgjengelige og effektive ordninger for godkjenning av utdanninger og yrkeskvalifikasjoner i lovregulerte yrker er viktige virkemidler for å få brukt kompetanse ervervet i utlandet i norsk arbeidsliv. Dette er et viktig tema for regjeringen, som har satt i gang et godt arbeid på området. I regjeringserklæringen står det:

«Det er en utfordring at mange som har utdanning og kompetanse med seg fra hjemlandet i liten grad får godkjent og benyttet kompetansen.»

For å løse denne utfordringen har regjeringen etablert en ordning for godkjenning av utenlandsk fag- og yrkesopplæring. Det er også etablert en ordning for godkjenning av utenlandsk fagskoleutdanning. NOKUT er blitt et nasjonalt kompetansesenter med ansvar for godkjenning på alle utdanningsnivåer. Dette vil også gagne nordmenn med utdanning og yrkeskvalifikasjoner fra utlandet. Så vi må ikke sitte igjen med at det kan virke som regjeringen slettes ikke har gjort noe. Jeg vil også si at statsrådene viste i sine innlegg at mye er på gang.

Flyktninger og innvandrere med utdanning som er ervervet utenfor EU- og EØS-området, og som krever autorisasjon, får ofte ikke godkjent sin utdanning fordi de mangler enkelte elementer i utdanningen. Derfor er det verdt å merke seg at regjeringen har satt i gang ulike ordninger for kompletterende utdanning. Fremskrittspartiet har forventninger til at det igangsatte arbeidet med kompletterende utdanninger i samarbeid med universiteter og høyskoler vil gjøre at flere hurtig får ta i bruk sin utdanning. I Meld. St. 16 for 2015–2016, Fra utenforskap til ny sjanse – samordnet innsats for voksnes læring, som for øvrig er den første i sitt slag i Norge, har regjeringen utviklet en samordnet og helhetlig politikk for voksne med lite utdanning, svake grunnleggende ferdigheter eller ikke-godkjent kompetanse.

Fremskrittspartiet mener at det er viktig å se denne saken i sammenheng med behovet for kompetanse og verdiskaping i all sin bredde. Vi mener at Norge må ha som mål å være et av verdens mest attraktive land for bedrifter når det gjelder å utøve forskning og innovasjon. Denne attraktiviteten dreier seg ikke bare om å styrke norske bedrifters forsknings- og innovasjonsaktivitet. Vi bør også få FoU-baserte utenlandske bedrifter til Norge og tiltrekke oss utlendinger med kunnskap og ferdigheter vårt land kan dra nytte av. Dette er en viktig del av å gjøre Norge til et attraktivt sted for FoU-basert virksomhet.

At stadig flere nordmenn tar utdanning i utlandet, og at kvalifiserte arbeidstakere fra utlandet har gitt og vil gi viktige bidrag til å utvikle norsk næringsliv, gjør at det er viktig å søke ytterligere forenklinger for å få godkjent utenlandsk utdanning som har behov for godkjenning. Her vil jeg igjen vise til kunnskapsministerens innlegg, der han viste at han har tatt flere initiativ og har satt et veldig søkelys på dette. Jeg mener at med en fortsatt klok og effektiv politikk på området vil både norske og utenlandske statsborgere fortsette å utgjøre en vesentlig kompetanseressurs for å videreutvikle og styrke verdiskapingen i norsk næringsliv.

Ruth Grung (A) [13:14:03]: Takk til alle som har bidratt til en konstruktiv og god debatt. Dette er et tema som tydeligvis berører mange av oss, og vi i opposisjon har det privilegiet at vi har lov til å være litt mer utålmodig i forhold til de som er i posisjon.

Det er tre målgrupper:

- Det er norske studenter som tar utdanning i utlandet.
- Det er de som kommer hit enten som spesialister eller sammen med familiemedlemmer som har jobb i Norge, og som også ønsker å bruke sin bakgrunn.
- Og det er flyktninger som skal integreres i det norske samfunnet og så fort som mulig bidra.

Stikkordene er «økt forutsigbarhet» og «et mer smidig system». Å utvikle komplementerende utdanning tror vi er helt avgjørende, og der bør vel egentlig utdanningsinstitusjonene utfordres til å bli mer dynamiske. Kanskje bør vi også i større grad ta i bruk praksisveiledning, både for språkopplæring og for å få større forståelse for yrket, med tanke på innhold og hvordan det praktiseres i Norge.

Vi er spent på hva som skjer med psykologene når man nå får gjennomgått den utdanningen de har. Det blir en test på om vi klarer å tilby en komplementerende utdanning for dem som ligger tett opp til en norsk utdanning. Konklusjonen kan bli at de kun er kvalifisert for mastergrad, men da må de få vite det før de starter på utdanningene sine.

Det kunne kanskje også vært ønskelig å ha en minister som tør å utfordre universitetenes autonomi når de forvalter sin posisjon så smålig og byråkratisk som Universitetet i Bergen gjør, som lar to plasser stå ledige, med en som uheldigvis fikk feil på sin første søknad om å være kvalifisert for opptak.

Vi tror også at det hadde vært klokt om vi fikk en egen sak på dette feltet – både fordi det øker bevisstheten blant oss på Stortinget når det gjelder å se på utfordringene, og fordi det kanskje gir økt status for dem som forplikter seg til å utvikle bedre og mer fleksible systemer. Jeg tror ikke det er dumt at vi i alle fall ser på hva Sverige har gjort på dette området, for de klarer tydeligvis å få sine nye medborgere fortere gjennom systemet enn vi gjør.

Statsråd Bent Høie [13:17:05]: Jeg vil takke for diskusjonen. Jeg tror også det var klokt at diskusjonen foregikk samlet.

Til Marianne Aasens innlegg – og ønske – om at en i stedet for å diskutere detaljene burde diskutere de store perspektivene, vet jeg ikke om det er det som ville ha ført oss videre i disse spørsmålene. Jeg opplever at vi er helt enige om de store perspektivene, nemlig at utdanninger som skal gi autorisasjon i Norge, må være jevn gode med de norske utdanningene, fordi det er hensynet til tjenesten

– iallfall på helseområdet – og pasienten som er det grunnleggende. Det ville overraske meg hvis noen var uenig i det. Så er vi også enige om at det bør bli bedre, at det bør bli mer oversiktlig og forutsigbart å få godkjenninger når en tilfredsstillende kravet, enn det er i dag, og det jobbes det godt med. Men utfordringen i disse spørsmålene ligger faktisk ikke i det store perspektivet, men veldig ofte i de ganske kompliserte detaljene. Forbedringsarbeidet på dette området vil derfor handle om å jobbe systematisk med ganske kompliserte enkeltelementer i dette systemet.

Et annet perspektiv, som iallfall på helsefeltet er viktig å ta opp når en skal snakke om de store perspektivene, er at når det gjelder helsepersonell, er det noen forhold som er viktig å ha med seg. Mange av dem som har hatt ordet i dag, har snakket om det som er en fordel, nemlig at mange tar utdanning i utlandet, at mange kommer fra utlandet og ønsker å jobbe i Norge, men det har også noen sider som vi ikke kan la være å snakke om. For eksempel mener jeg det er en utfordring at vi i Norge er i en situasjon der om lag halvparten av legene våre har utdanning fra utlandet. Det mener jeg er en for stor andel i en helsetjeneste, for da blir ikke dette bare et positivt bidrag utenfra, men det blir faktisk en situasjon der om lag halvparten av legene har utdanning fra en annen helsetjeneste enn den de skal jobbe med i Norge.

Det er utfordringer knyttet til språk, som også var litt framme i diskusjonen, som er helt avgjørende for pasient-sikkerhet og kvalitet. Jeg mener det er en utfordring i dag at en i en del av tjenesten, når en ansetter helsepersonell med bakgrunn fra utlandet, i for stor grad vektlegger autorisasjon og ikke ser på egnetheten, og språk er en egnethet som arbeidsgiver har et ansvar for å vurdere.

Dessuten er det viktig å ha med at vi er forpliktet i en internasjonal kode på helsepersonell, der Norge ikke må være et land som tiltrekker seg helsepersonell fra land som selv har utfordringer med å dekke sitt eget behov for personell.

Marianne Aasen (A) [13:20:26]: Takk for en god debatt. Jeg synes vi har kommet gjennom mange relevante temaer, og det er mange som har deltatt, så det er fint. Jeg har lyst til å komme med noen få kommentarer. Det ene går på at det er kanskje flere enn meg som har en følelse av at det er noen som har en litt etnosentrisk holdning, som ligger litt under her, at vi har en veldig mye bedre utdanning enn andre. Det var representanten Kristin Ørmen Johnsen så vidt inne på, at hun personlig hadde opplevd det, og mente at det også måtte med som et moment i debatten. Den ballongen må vi i hvert fall stikke hull på, for det er ikke sånn – som jeg har sagt tidligere i debatten – at på alle utdanninger i Norge er vi best i verden. Det finnes veldig mange gode utdanninger i veldig mange andre land.

Når det er sagt, er jeg selvfølgelig helt enig med alle som har tatt til orde for at vi skal ha et kompetansenivå som er mer enn godt nok i Norge, ikke minst innen helse og omsorg. Vi skal ha kompetansekrav, og det må man kunne dokumentere. Vi skal ikke fire på det. Men det er egentlig ikke det som er debatten. Problemet er: Gjør vi det på en god nok måte? Mange mener at ikke vi gjør det. Kan det gjøres bedre? Mange mener at vi kan gjøre det på en bedre måte, og da er det det vi må få fram.

Er det for mange som tar utdanning i utlandet? Ja, statsråd Høie argumenterte litt for det når det gjelder legeutdanning. Jeg vet ikke om det er samkjørt med kunnskapsministeren at vi skal ha flere studieplasser på medisin. Jeg har ikke sett noe forslag om det. Jeg tror ikke vi skal begrense og ha færre som tar utdanning i medisin i utlandet, for da får vi for få leger. Det er et dilemma, men jeg er usikker på om det er et stort problem.

Representanten Nybø var inne på universitets- og høgskolesektoren, som også må ta større ansvar for å tilpasse sine utdanninger modulbasert, sånn at man kan komplettere det. Det gjelder jo alle utdanninger, i bred forstand. Der tror jeg absolutt mange institusjoner har noe å gå på, og det vil være klokt og lurt uansett.

Jeg synes representanten Bård Hoksrud hadde et veldig godt poeng når det gjaldt språk, og det ble også nevnt av statsråd Høie. Vi bør kanskje vektlegge det i enda større grad og kanskje se det som en hovedutfordring når det gjelder mange yrker som har med folk å gjøre, i hvert fall.

Så vil jeg igjen si at jeg etterlyser handlekraft når det gjelder det å få godkjenningen på plass. Jeg synes ikke vi er i mål. Vi har mye å gjøre, og jeg tror det skal mer til enn bare å flikke litt her og der og få noen bedre søknadsprosedyrer her og der. Jeg tror det også handler om en grunnholdning om at det internasjonale utdanningssystemet og det norske må ses mer i sammenheng, og vi er nødt til å bygge ned barrierer sånn at folk kommer seg i jobb. Alt annet er kostbart, både for dem og for oss. Det er jeg veldig glad for at alle er enige om i denne debatten.

Statsråd Torbjørn Røe Isaksen [13:23:40]: Jeg vil si tusen takk for to gode interpellasjoner og tusen takk for en god debatt også, som har engasjert mange i salen. Jeg synes dette er en spennende diskusjon fordi det berører begge nivåene av politikken samtidig: Det er enkeltmennesker – vi har fått noen eksempler på det her – som blir berørt, og så handler det også om systemnivå, hva vi skal gjøre på systemnivå. Både helseminister Høie og jeg har redegjort for en del av regjeringens arbeid med dette.

Hvis man skal oppsummere, tror ikke jeg at den gode oppsummeringen er at vi har en slags etnosentrisk innfalls-vinkel til dette. Det er helt naturlig at et land ønsker å ha en type godkjenningsordning for høyere utdanning, særlig for de yrkene som er beskyttet. Det er også helt naturlig at universiteter og høyskoler i Norge får vurdere hvordan andre studier passer inn i deres studieportefølje.

Det er også slik at når vi har et system hvor vi har et sektoransvar og dermed flere forskjellige godkjenninger basert på hvilken sektor det hører inn under – universitetene og høyskolene har en rolle, NOKUT har en rolle – er det desto større behov for koordinering. Jeg tror egentlig det er oppsummeringen jeg tar med fra denne debatten, at fordi vi ønsker å organisere oss bl.a. gjennom et sektorprinsipp, er det viktig at koordineringen blir bedre. NOKUT har nå fått styrket sin rolle. Det som ble omtalt som et statssekretærutvalg, er ikke bare det – hvis det var ment som et organ som bare skal sitte og prate. Det er nedsatt for å se på hvordan kan vi ta neste steg for å se hvordan dette systemet kan bli enda bedre både for brukerne og for arbeidslivet.

Presidenten: Dermed er debatten i sakene nr. 5 og 6 omme.

Votering

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

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt frem ett forslag. Det er forslag nr. 1, fra Ingvild Kjerkol på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringa fremje ein nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C, med målsetting om at det innan 2025 ikkje skal skje smitte eller dødsfall av hepatitt C i Norge, og at alle pasientar får tilgang til trygg og effektiv behandling. Folkehelseinstituttets utkast til hepatittstrategi, datert desember 2015, må leggas til grunn for utarbeiding av handlingsplanen.»

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

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre ble med 53 mot 45 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 13.35.07)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:8 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om ein nasjonal handlingsplan for arbeidet mot hepatitt C med mål om å utrydde hepatitt C i Norge – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak til lov
om endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.)

I

I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

Ny § 2-4 skal lyde:

§ 2-4 Beredskapsregistre

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet kan etablere registre med helseopplysninger for å håndtere beredskapsituasjoner. Slike registre kan etableres for å gi oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser ved miljøhendelser, ved mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer og ved andre typer kriser og beredskapssituasjoner. Det kan også etableres registre for å ivareta

internasjonale rapporteringsplikter og administrative oppgaver i en beredskaps situasjon. Organet som etablerer registeret, er databehandlingsansvarlig.

Ved etableringen av registre skal den databehandlingsansvarlige dokumentere at helseopplysningene behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, herunder beskrive formålet med behandlingen og hvilke helseopplysninger som behandles. Beredskapsregistre kan inneholde helseopplysninger med direkte personidentifiserende kjennetegn.

Opplysningene kan behandles uten samtykke fra den registrerte og utleveres uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, dersom det er nødvendig for å oppnå registerets formål. Opplysningene skal behandles i samsvar med helseregisterloven.

Den databehandlingsansvarlige kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for registerets formål fra helsepersonell, fra virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og fra personell og virksomheter som nevnt i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd.

Ved etablering av registre skal den databehandlingsansvarlige gi melding til Datatilsynet, jf. personopplysningsloven § 31 og § 32. Meldingen skal inneholde dokumentasjon som fastsatt i andre ledd.

Opplysningene skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert. Departementet kan bestemme at helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart. Dette kan bestemmes når det er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter og samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.

II

I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid gjøres følgende endringer:

§ 29 andre og tredje ledd skal lyde:

Ansatte ved politiet, tollvesenet, havnevesenet, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot helsetrusler som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. De plikter å bistå med gjennomføring og overholdelse av bestemmelsene som er gitt i eller i medhold av denne loven.

I forskrift etter første ledd kan det gis bestemmelser om plikt for ansatte som nevnt i andre ledd og fører av skip, luftfartøy og andre transportmidler til, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, å varsle kommunelegen om helsetrusler som nevnt i andre ledd. Det kan fastsettes nærmere plikter for andre myndigheter, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

Nåværende § 29 tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

III

I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 2-2 åttende ledd skal lyde:

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smitte-situasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.

§ 4-10 første ledd skal lyde:

Ansatte ved politiet, tollvesenet og havnevesenet, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i denne loven eller helse- og omsorgstjenesteloven, eller i medhold av disse lovene.

IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Det votes over lovens overskrift og loven i sin helhet.

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtaket vil bli satt opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 3

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:90 S (2015–2016) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten er det satt frem ett forslag. Det er forslag nr. 1, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sette i gang en offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 88 mot 10 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.37.11)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:23 S (2016–2017) – om En offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

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

Sak nr. 7 [13:37:37]

Referat

- (142) Statsministerens kontor melder at
 - lov om endringer i finansforetaksloven (overdragelse av forsikringsportefølje ved offentlig administrasjon mv.) (Lovvedtak 51 (2016-2017))
 - lov om endringer i tobakksskadeloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakkspakninger) (Lovvedtak 26 (2016-2017))
 - lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) (Lovvedtak 50 (2016-2017))
 - er sanksjonert under 10. februar 2017Enst.: Vedlegges protokollen.
- (143) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Abid Q. Raja og André N. Skjelstad om ny organisering av norske blodbanker («Norges blodbank») og mulighet for bruk av bank-id i blodbank for blodgivere (Dokument 8:40 S (2016-2017))
 - Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen.
- (144) Anmodnings- og utredningsvedtak i stortings-sesjonen 2015-2016 (Meld. St. 17 (2016-2017))
 - Enst.: Sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
- (145) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Else-May Botten, Odd Omland, Terje Aasland, Eirik Sivertsen, Helga Pedersen, Torstein Tvedt Solberg, Kjell-Idar Juvik, Kåre Simensen, Anna Ljunggren og Martin Henriksen om et nytt krafttak for mineralnæringen (Dokument 8:41 S (2016-2017))
 - Enst.: Sendes næringskomiteen.
- (146) Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 166/2016 av 23. september 2016 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) 2015/262 om fastsettelse av regler for metoder for identifikasjon av dyr av hestefamilien (hestepassforordningen) (Prop. 55 S (2016-2017))

Enst.: Sendes næringskomiteen som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.

6. (147) Finansiering av prosjektet fv 17 / fv 720 Dyrstad - Sprova - Malm i Nord-Trøndelag, justert innkrevjingsopplegg E16 Kongsvinger - Slomarka og auka

kostnadsramme E6 Helgeland nord (Prop. 56 S (2016-2017))

Enst.: Sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.

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

Møtet hevet kl. 13.39.

