

Møte torsdag den 6. april 2017 kl. 10

President: Marit Nybakk

Dagsorden (nr. 69):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Terje Breivik, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen, Ruth Grung og Torgeir Micaelsen om endringer i sprøyteromsordningen med lokaler for injeksjon av narkotika (Innst. 238 S (2016–2017), jf. Dokument 8:28 S (2016–2017))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jorid Holstad Nordmelan, Hadia Tajik, Ingvild Kjerkol, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiten og Tove Karoline Knutsen om lavterskel psykisk helse-tilbud i alle kommuner (Innst. 237 S (2016–2017), jf. Dokument 8:29 S (2016–2017))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse (Innst. 244 S (2016–2017), jf. Dokument 8:34 S (2016–2017))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tone Wilhelmsen Trøen, Kari Kjønås Kjos og Ketil Kjenseth om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens (Innst. 245 S (2016–2017), jf. Dokument 8:64 S (2016–2017))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte) (Innst. 239 L (2016–2017), jf. Prop. 49 L (2016–2017))
6. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 (Innst. 234 S (2016–2017), jf. Meld. St. 13 (2016–2017))
7. Referat

Presidenten: Presidenten vil helt innledningsvis gjøre oppmerksom på at vi har veldig mye under formalia i dag. Det er mange som søker permisjon, og det er mange forslag som fremmes – ikke bare har statsråden 28 på sitt bord. Presidenten vil likevel be om at folk er i salen til vi har vedtatt alt under formalia.

Representanten Bjørn Lødemel, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Fra den møtende vararepresentant for Nordland fylke, Tone-Helen Toften, foreligger søknad om fritak for å møte i Stortinget torsdag 6. april under representanten Lisbeth Berg-Hansens permisjon, av velferdsgrunner.

Denne søknad foreslås behandlet straks og innvilget. – Det anses vedtatt.

Tredje vararepresentant for Nordland fylke, Anette Kristine Davidsen, foreslås innkalt for å møte i permisjonstiden. – Det anses også vedtatt.

Anette Kristine Davidsen er til stede og vil ta sete.

Det foreligger fire permisjonssøknader:

- fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Oskar J. Grimstad fra og med 6. april og inntil videre
 - fra representanten Hans Olav Syversen om permisjon i dagene 18. og 19. april for å delta i Verdensbankens parlamentariske nettverksmøte i Washington
 - fra representanten Fredric Holen Bjørdal om foreldrepermisjon i tiden fra og med 17. april til og med 30. april
 - fra representanten Mudassar Kapur om foreldrepermisjon i tiden fra og med 17. april til og med 23. juni
- Disse søknader foreslås behandlet straks og innvilget. – Det anses vedtatt.

Første vararepresentant for Møre og Romsdal fylke, Mette Hanekamhaug, befinner seg for tiden utenlands og kan av den grunn ikke møte i Stortinget under representanten Oskar J. Grimstads permisjon.

Følgende vararepresentanter foreslås innkalt for å møte i permisjonstiden slik:

For Møre og Romsdal fylke: Tove-Lise Torve 18.–26. april, Åge Austheim 6. april

For Oslo fylke: Frode Helgerud 18. april–21. juni, Ann Kathrine Skjørshammer 18. og 19. april

– Det anses vedtatt.

Åge Austheim er til stede og vil ta sete.

Statsråd Bent Høie overbrakte 28. kgl. proposisjoner (se under Referat).

Presidenten: Representanten Tove Karoline Knutsen vil framsette et representantforslag.

Tove Karoline Knutsen (A) [10:07:03]: På vegne av representantene Torgeir Micaelsen, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol og meg sjøl har jeg gleden av å framsette et representantforslag om en kommunal tiltaksplan for å styrke eldres psykiske helse.

Presidenten: Representanten Freddy de Ruiten vil framsette et representantforslag.

Freddy de Ruiten (A) [10:07:33]: På vegne av Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Karin Andersen og meg selv har jeg gleden av å fremme et representantforslag om en helhetlig plan for autisme.

Presidenten: Representanten Ruth Grung vil framsette to representantforslag.

Ruth Grung (A) [10:07:58]: På vegne av Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ingvild Kjerkol, Freddy de Ruiten og meg selv vil jeg fremme et forslag om rekruttering til primærhelsetjenesten, og på vegne av Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Ingvild Kjerkol, Kjersti Toppe og meg selv vil jeg

fremme et forslag om forebygging og behandling av kroniske sår.

Presidenten: Representanten Torgeir Knag Fylkesnes vil framsette et representantforslag.

Torgeir Knag Fylkesnes (SV) [10:08:38]: På vegner av representanten Audun Lysbakken og meg sjølv vil eg setje fram eit representantforslag om å oppretthalde akuttkirurgi ved Odda sjukehus.

Presidenten: Representanten Ketil Kjenseth vil framsette et representantforslag.

Ketil Kjenseth (V) [10:09:02]: På vegne av representantene Pål Farstad, Abid Q. Raja, Terje Breivik og meg selv har jeg gleden av å sette fram et representantforslag om økt grønn konkurransekraft.

Presidenten: Representanten Terje Breivik vil framsette et representantforslag.

Terje Breivik (V) [10:09:28]: Stortinget vert heller ikkje denne våren gjerandslaust.

På vegner av underteikna, Trine Skei Grande og Abid Q. Raja har eg gleda av å setja fram eit representantforslag om å innføra kompetansekrav i barnevernet.

Presidenten: Representanten Sveinung Rotevatn vil framsette et representantforslag.

Sveinung Rotevatn (V) [10:09:58]: På vegner av representantane Iselin Nybø, Trine Skei Grande og meg sjølv har eg gleda av å setje fram eit representantforslag om Lærarløftet 2.0.

Presidenten: Representanten Kjersti Toppe vil framsette et representantforslag.

Kjersti Toppe (Sp) [10:10:21]: Eg vil på vegner av stortingsrepresentanten Anne Tingelstad Wøien og meg sjølv fremja eit forslag om å implementera musikkterapi i helsetenesta og å auka den nasjonale utdanningskapasiteten.

Presidenten: Til slutt vil representanten André N. Skjelstad framsette et representantforslag.

André N. Skjelstad (V) [10:10:57]: På vegne av Pål Farstad, Trine Skei Grande og meg selv setter jeg fram et forslag om kommunal frihet.

Presidenten: Alle forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Før sakene på dagsordenen tas opp til behandling, vil presidenten opplyse om at møtet i dag om nødvendig fortsetter utover kl. 16.

Sak nr. 1 [10:11:25]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjen-

seth, Terje Breivik, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen, Ruth Grung og Torgeir Micaelsen om endringer i sprøyteromsordningen med lokaler for injeksjon av narkotika (Innst. 238 S (2016–2017), jf. Dokument 8:28 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.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [10:12:39] (komiteens leder og ordfører for saken): Vi skal i dag behandle et forslag om å oppheve loven om sprøyterom og i stedet innføre en lov om brukerrom, hvor narkotika kan brukes med straffefrihet, som det uttales i representantforslaget.

Forslaget går ut på å åpne opp for flere inntaksmåter og flere typer stoffer. I dagens lovverk er injisering eneste tillatte inntaksmåte av narkotika, og i sprøyteromsforskriften er det spesifisert at heroin er det eneste stoffet som kan inntas.

I innstillingen kan vi se at det ikke er flertall for noen forslag, og det enkelte parti vil selv redegjøre for hvor det står i denne saken.

Lovens formål er å øke helsemessig trygghet og å kunne gi raskere hjelp ved overdoser. Dette var grunnen til at Fremskrittspartiet i sin tid støttet loven, selv om motstanden var til dels stor og kom fra flere hold.

Oslo har gjennom mer enn ti år vært den eneste kommunen som har hatt et sprøyterom. Nylig åpnet også Bergen kommune et slikt tilbud. Bergen ønsker å gjøre sprøyterommet om til et brukerrom, da statistikken der viser at amfetamin, metamfetamin og kokain har hatt en økende trend, samtidig som bruk av heroin har hatt en nedadgående trend.

Fremskrittspartiet har hele veien støttet opp om sprøyteromsloven slik den ligger i dag, og dagens partiprogram åpner ikke opp for en liberalisering av denne loven. I disse dager har partiene sine landsmøter, og nye partiprogram for neste stortingsperiode vedtas. Vi ser allerede nå en endring i synet på narkotikapolitikken i flere av partiene, og det kan synes som om neste stortingsperiode kan gi visse endringer. Fremskrittspartiet har ikke hatt sitt landsmøte og derfor heller ikke vedtatt noen ny politikk på dette området. Hvor vi ender på vårt landsmøte, vet vi ikke per i dag. Med denne begrunnelse har Fremskrittspartiets stortingsgruppe bestemt at vi går imot forslag om endringer av loven og forskriften.

Så til forslaget fra Senterpartiet om hepatitt C. Senterpartiet sier stadig at de er opptatt av det lokale selvstyret, men er samtidig kanskje det partiet som er verst når det gjelder å detaljstyre kommunene. Alt kommunene gjør, er for dårlig, og regjeringen må sørge for å ordne opp, er deres mantra. Denne gangen ber de regjeringen arbeide for at lokale initiativ finansiert av kommunene selv, som sprøyterom i Oslo og Bergen, også skal sørge for diagnostisering og behandling av hepatitt C. Fremskrittspartiet mener

at slik diagnostisering og behandling fortsatt skal ligge til spesialisthelsetjenesten og stemmer derfor også imot dette forslaget.

Ruth Grung (A) [10:15:41]: Tungt rusavhengige er blant våre sykeste medmennesker. Tverrpolitisk har vi klart å løfte denne pasientgruppen og få mange under helsebehandling, men fortsatt har vi, spesielt i storbyene, store grupper alvorlig syke mennesker som er så sterkt marginalisert at de ikke klarer å nyttiggjøre seg helsevesenet slik det er innrettet i dag. De lever i konstant risiko for overdoser og sykdommer knyttet til injisering og bruk av rusmidler. All erfaring og forskning viser at brukerrom gjør oss bedre i stand til å nå de aller sykeste og mest sårbare rusavhengige. Brukerrom gir mindre risikabel bruk, reduserer overdosedødsfall, gir bedre hygiene, reduserer deling av brukerstyr, gir mindre risiko for infeksjoner, forebygger hepatitt C, gir sårbare mennesker verdighet og, ikke minst, gjennom kontakt kan man motivere flere til å komme inn under helsehjelp.

Formålsparagrafen til dagens sprøyteromslov er god. Den slår fast at rusavhengige bør få innta rusmidler de er avhengige av, innendørs, med økt verdighet og under helsepersonells påsyn og omsorg istedenfor i byrom, på offentlige toaletter og i bakgater. Brukerrom vil også redusere konflikten med nabolag og føre til færre sprøyter på avveier. Dagens sprøyteromslov er fra 2004. Da var det i all hovedsak heroin som ble injisert, mens tungt rusavhengige i dag er avhengige av mange typer rusmidler.

Arbeiderpartiet mener at det er vårt ansvar som storting å sørge for at lovgivningen er tilpasset virkeligheten til dagens rusavhengige og den erfaringsbaserte kunnskapen vi har i dag. Vi har et ansvar for å tilrettelegge tilbudet for å nå de aller mest alvorlig syke rusavhengige. Vi vet at røyking framfor injisering reduserer risikoen ved bruk av rusmidler, og det er derfor et paradoks at vi deler ut utstyr og har kampanjer for å få flere til å røyke framfor å injisere, samtidig som vi nekter de samme å innta rusen innendørs under påsyn av helsepersonell.

Vi mener ivaretagelse av amfetaminavhengiges helse og verdighet er like viktig som heroinavhengiges helse. De skriftlige høringsinnspillene viser tydelig at Bergen har klart å få et tverrpolitisk og tverrfaglig engasjement for å nå alle de tungt rusavhengige. Det er tunge faglige og tydelige anbefalinger fra Helse Bergen, Kirkens Bymisjon, Bergensklinikkene, kommunen og brukertillitsvalgt på MO-senteret.

I innstillingen har vi valgt å gjengi hele uttalelsen fra tillitsvalgte for brukerne av lavterskeltilbudet. Det er få som kan uttrykke behovet så klart og tydelig som dem som står midt oppe i det til daglig.

Indremisjonen var en av dem som overrasket mest. De har drevet rusomsorg i Bergen i 105 år og har i dag 30 enrom som midlertidig botilbud for menn med store ruslidelser. Indremisjonen avsluttet sitt høringsbrev med en direkte appell til helse- og omsorgskomiteen om å bruke den unike muligheten vi har i dag, til å berge verdifulle menneskeliv med å endre et foreldet lovverk. Indremisjonen mener det er brukerrom og ikke sprøyterom rusomsorgen nå trenger.

Det forundrer at ikke flere vil ta i bruk ny kunnskap, lytte til fagfolk og dem som jobber tett på de mest marginaliserte og sykeste rusavhengige, som vi ikke har evnet å nå

fram til i dag. Vi trodde at i alle fall Høyre etter sitt landsmøte ville støtte forslaget om å modernisere sprøyteromsloven. Jeg fremmer hermed forslaget til Arbeiderpartiet og Venstre.

Arbeiderpartiet vil også gå inn i merknadene til Høyre og Senterpartiet, på side 4 i innstillingen, slik at vi i alle fall får et flertall for en bestilling her fra Stortinget om å starte utredning – fra sprøyterom til brukerrom – for at alle alvorlig syke rusavhengige skal få et likeverdig tilbud om å innta sine rusmidler innendørs. Vi støtter også subsidiært Senterpartiets forslag.

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

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [12:20:15]: Etter at sprøyteromsforskriften ble vedtatt i 2004, har det helt frem til nylig bare vært Oslo kommune som har etablert sprøyterom. Nå har også Bergen fått sitt. Men det er altså bare to steder, to kommuner, i Norge som har sprøyteromstilbud til rusavhengige.

De problemstillingene som Venstre og Arbeiderpartiet adresserer i dette representantforslaget, er reelle, og de opptar også oss i Høyre.

For det første er det et faktum at mange av dem som injiserer narkotika, injiserer andre stoffer enn heroin, mens sprøyteromsforskriften bare gir såkalt straffefrihet for heroin. Det er derfor en reell utfordring at mange injiserende rusavhengige står utenfor tilbudet om en trygg arena for å sette sprøyter, fordi forskriften ikke åpner for dette. Det er et dilemma, og det er et problem. Men da et forslag fra den forrige regjeringen om sprøyteromsloven og -forskriften var på høring i 2013, var ikke spørsmålet om å tillate injisering av andre stoffer med i høringen. I Høyre mener vi det er et så viktig spørsmål at det må på plass en høring av å tillate andre stoffer enn heroin, og vi ber derfor om dette i våre merknader i dag.

Spørsmålet om å tillate å inhalere heroin på sprøyterom var ute på høring i 2013. Flere tunge høringsinstanser støttet forslaget om å åpne for røyking på sprøyterom. Sprøyterommenes intensjon fra starten var å skape en trygg arena for å unngå overdosedødsfall ved injisering. Fordi det å inhalere på sprøyterommet egentlig bidrar til å endre hele intensjonen bak rommene, mener vi at vi trenger en bredere diskusjon rundt hvorvidt vi skal gå fra å omdefinere sprøyterom til brukerrom, slik også forslagsstillerne ønsker.

Ved røyking av heroin er overdosefaren minimal, og det er en tydelig nasjonal målsetting om å få flere som er heroinavhengige, til å gå fra å sette sprøyter til å røyke det. Derfor er det også veldig positivt at vi har fått SWITCH-kampanjen, som gjør at man kan switche, eller bytte, fra å injisere til å røyke og få veiledning til det, og at helseministeren også har åpnet for Nalokson neseppray.

Høyre støtter hundre prosent opp om intensjonen om at vi må møte de tungt rusavhengige bedre. For fremtiden kan det være helt riktig at sprøyterommene blir historie, og at brukerrom blir en riktigere benevnelse, men ikke minst en bedre tjeneste.

Selv om sprøyterommene i dag bare finnes i Oslo og Bergen, er dette en liten, men viktig del av rusomsorgen. Så deler vi alle håpet og intensjonen om å hjelpe ruspasientene ut av avhengighet, men vi må ha flere tanker i hodet.

Vi må sørge for å ha tjenester på mange nivåer som fanger opp de svakeste, og som beskytter dem som virkelig trenger vår hjelp.

Det vi må ha en grundig diskusjon om nå, er om vi skal gjøre om sprøyterommene til en mer lavterskel brukerromstjeneste. Vi tror at brukerrorom kanskje da vil være mer aktuelt å etablere også i andre byer og tettsteder. Da er det viktig at vi har i mente at vi får hørt helheten av dette før vi eventuelt gjør endringen.

Så for å ta på alvor den økte debatten og forslagene i dette representantforslaget om at sprøyterom skal få mer funksjon som brukerrorom med lavterskelpreg, og den intensive kampanjen for å få heroinavhengige til å bytte til inhalering i stedet for injisering, mener vi i Høyre det er klokt nå å få gjennomført en bredere høring enn det den forrige regjeringen la opp til i 2013.

Så må også forslaget om å åpne for inntak av andre narkotiske stoffer enn heroin vurderes opp mot FN-konvensjonene på området.

Høyre er som kjent i bevegelse i disse spørsmålene. Vi mener at å gjøre sprøyterom til brukerrorom kan være riktig. Det er bra at Arbeiderpartiet signaliserer så tydelig at de også gir støtte til intensjonene i vår merknad, som vil medføre at regjeringen får tydelige signaler om å sende en slik bred sak ut på høring.

Vi er opptatt av en rusomsorg i Norge som møter de rusavhengige på best mulig måte. Derfor mener vi det er viktig å få inn alle syn og all tilgjengelig kunnskap på dette punktet, og vi ber derfor regjeringen legge opp til dette.

Olaug V. Bollestad (KrF) [10:24:38]: I denne saken snakker vi om en gruppe personer som vi ikke klarer å hjelpe. Vi som samfunn har plikt til å stille opp for disse sterkt hjelpetrengende rusavhengige og hjelpe dem til et verdig liv. I tillegg innebærer det å ha en ruspolitikk som er til hjelp for dem som står i fare for å få en helseskade. Når jeg engasjerer meg så sterkt i dette, er det fordi jeg har det så sterkt innpå livet.

Alle partier har nå en prosess på lovverk, på sprøyterom og på brukerrorom, men vi må ikke komme i den situasjonen at vi gir opp og vil gi et substitutt til målet om å hjelpe alle til å få et liv uten rus, hvis det er mulig. Kristelig Folkeparti mener at skadebegrensende tiltak er viktig både for at rusavhengige skal ha kontroll over den vanskelige situasjonen, og for å hindre dødelige overdoser, men vi ønsker ikke å tillate tiltak som legaliserer misbruk av narkotiske stoffer. Derfor går Kristelig Folkeparti mot det forslaget som foreligger, og vi går også mot en forskriftsendring. Vi har en programprosess og et landsmøte foran oss, men det er essensielt både i det programmet som foreligger, og i det som kommer, at vi ikke mister troen på å hjelpe med en målsetting om et liv i rusfrihet.

Vi tror også at vi skal ha en gjennomgang av hele LAR-ordningen. LAR-ordningen fungerer godt for noen grupper, men terskelen for å komme inn har blitt lav og terskelen for å komme ut har blitt høy. Målsettingen for LAR har endret seg. Nå har målsettingen også for sprøyterom endret seg. Vi begynte med én type stoff, og vi endrer dette. Vi må stille oss spørsmålet: Er dette til hjelp for dem, eller er det ikke til hjelp for dem? Jeg er villig til å endre hvis det er til reell hjelp, men jeg tror på mer helsehjelp til dem som ikke klarer å nå målet om rusfrihet – med flere lavterskeltilbud, med riktig boligtilbud, med god oppfølging,

med en verdighet over tid, hvor de faktisk får lov til å være i sin egen bolig. Det må legges til rette for at de kan få hjelp over tid, at det ikke bare er et poliklinisk arbeid som tar kort tid, at det er ulike behandlingsalternativer, at de ikke er like, at ikke alle kan skjæres over én kam – at noen trenger å være hos private, at noen trenger å være hos ideelle aktører, og at noen får hjelp i det offentlige.

Kristelig Folkeparti mener, som vi nå har sagt mange ganger, at vi må ha tro på det enkelte menneske, at det kan ha nytte av behandling, og at det kan ha nytte av møteplasser hvor det blir sett og har et mål om rusfrihet. Vi satser sterkt på en helhetlig ruspolitikk, på forebygging, behandling, oppfølging og ettervern, forebygging og behandling som sikter mot rusfrihet, foruten det å komme dit hen at en kan være uten medikamentell hjelp. Dette må gjelde alle, også dem vi tror vi har gitt opp, og dem vi tror vi ikke kan hjelpe, for det er de som lever i dette, som er alene med sin utfordring, og som tenker at de ikke får hjelp, som faktisk betaler prisen.

Jeg er villig til å være pragmatisk for å sikte omsorgen og behandlingen inn mot den enkelte, men der vi er nå, ønsker ikke Kristelig Folkeparti å åpne for å endre sprøyteromsloven, ei heller å endre forskriften.

Kjersti Toppe (Sp) [10:29:40]: Sprøyteromslova vart vedtatt i 2004. Vårt utgangspunkt for denne saka er at det i dag er anledning for kommunar til å oppretta sprøyterom, og det er ingen parti som har tatt initiativ til å endra på dette. Da er spørsmålet om vi skal lytta til dei kommunane som har valt å oppretta sprøyterom. Det er to kommunar, dei to største byane, Oslo og Bergen. Spesielt frå Bergen har det kome ønske om å endra lova slik at det kan opnast for å injisera andre stoff enn heroin, og at det skal kunna opnast for å inhalera heroin – ikkje berre injisera.

Personleg er eg ganske skeptisk til sprøyterom ut ifrå at eg er usikker på om det er ei rett prioritering av midlane i rusomsorga, for det er veldig dyrt, det kostar mange millionar å drifta, og når ein ser på kva ein elles manglar i rusomsorga, er eg tvilande til om det er rett prioritering. Det har òg vore Senterpartiets utgangspunkt i Bergen. Men vi respekterer dei kommunane som har etablert dette, og synest vi skal ta spørsmålet som kjem fram no, på alvor.

Når det gjeld inhalering av heroin, er det for oss ei litt anna problemstilling enn å opna opp for nye narkotiske stoff. Bakgrunnen for det er at dette med å inhalera heroin allereie har vore debattert, det var på høyring i 2013. Vi kan lesa kva høyringsinstansane den gongen sa, det var begge delar, nokre var negative, men det var òg veldig mange som var positive. Etter ei samla vurdering er Senterpartiet no klare for å gå inn på den lovendringa. Eg veit at sprøyteromma både i Oslo og i Bergen har ledige rom. Dette er noko som ein kunne ha fått eit forslag til Stortinget om no, ein treng ikkje ny høyring. Difor fremjar Senterpartiet forslag om at regjeringa skal koma tilbake til Stortinget med forslag om endring i sprøyteromslova og sprøyteromsforskrifta for å opna for inhalering av heroin.

Når det gjeld å tillata andre narkotiske stoff i sprøyterom, er det ei anna sak, for det er ikkje synleggjort at dette er i tråd med FN-konvensjonane. Eg meiner, slik som forslagsstillarane gjer, at ein ber berre om at dette må fiksast. Det er ikkje tillitvekkande, for dette må ut på høyring.

Så stiller Senterpartiet seg litt opne; det skal litt til for at ein skal opna opp, men vi meiner at dette må vi få ei

vurdering av, spesielt opp mot FN-konvensjonane. Difor har vi støtta merknaden på side 4, som fleire har snakka om. Men det er òg slik at ein pleier å gå inn i ein merknad i innstillinga, ein kan ikkje akkurat gå inn i ein merknad i salen, og det ligg ikkje føre noko forslag. Den merknaden har faktisk mindretal, når Høgre og Senterpartiet, som har ei god vurdering av kva som, etter mitt syn, no må gjerast, og som òg sikrar at det er forsvarleg, for vi skal vita kva vi gjer dersom vi endrar sprøyteromsforskrifta. Vi må sjølv-sagt ha dette ut på ei brei høyring og høyra godt etter kva som da kjem tilbake.

Til slutt om det andre forslaget frå Senterpartiet, om å be regjeringa arbeida aktivt for at dei sprøyteromma som er etablerte, vert brukte aktivt for å intensivera førebygging og sørgja for diagnostisering og behandling av hepatitt C. Eg merka meg at saksordføraren i hovudinnlegget sitt brukte ein del tid på Senterpartiet på grunn av dette forslaget, og at dette går på det kommunale sjølvstyret. Det er litt pussig når dei sjølve ikkje vil la kommunane få bestemma om ein skal kunna gi eit tilbod om inhalering av heroin. Viss ein ser på føremålet med sprøyteromslova, er det nettopp for å bidra til auka helsemessig tryggleik, medrekna å førebyggja injeksjon og smitte. Dette forslaget er heilt i tråd med det som er intensjonen med sprøyteromslova, og dette er ei påminning om at hepatitt C er ein alvorleg sjukdom som tar mange gode leveår frå rusmisbrukarar.

Dette vil Senterpartiet kjempa for.

Da fremjar eg forslaga frå Senterpartiet.

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

Ketil Kjenseth (V) [10:35:05]: Jeg tillater meg å starte dette innlegget med å sitere tidligere statsminister Gro Harlem Brundtland. Et av hennes mest brukte sitater, fra en nyttårstale, er: Det er typisk norsk å være god.

Når det gjelder rusomsorg og narkotikapolitikk, vil jeg heller låne et slagord fra Canadas liberale statsminister Justin Trudeau: Bedre er alltid mulig. Heldigvis, må jeg si – for Venstres del – at det er typisk Venstre å være først. Venstre har gått i bresjen for det første sprøyterommet i Norge, i Oslo, og med tilhørende lov i Stortinget, ved daværende justisminister Odd Einar Dørum i Bondevik II-regjeringa. Nå går vi i bresjen for det andre, og for å endre både navn og praksis, uten å endre på formålet. Formålet skal være økt helsemessig trygghet, som å redde liv og redusere skade, men også å bidra til å redusere åpne rus-scener og være et av mange tiltak for å dempe et aggressivt, illegalt marked av rusmidler – uten å legalisere rusmidler. Venstre var også først med å åpne for rehabilitering som soning heller enn fengsel, ved domstolsprogrammet, også initiert av daværende justisminister Odd Einar Dørum i Bondevik II-regjeringa – et første steg mot avkriminalisering, omtrent samtidig med at sprøyteromsloven ble etablert og vedtatt i Stortinget. Vi var først med å ville akseptere heroinassistert behandling av dem som ikke kan nyttiggjøre seg medisiner i dagens LAR-program. Vi var først med å kreve en 24-timers behandlingsgaranti etter avrusing.

Bedre er alltid mulig. Det bør særlig gjelde dem som trenger det mest. Vi snakker nå om mennesker som gjennomsnittlig har 20 år kortere levetid enn resten av befolk-

ningen. De har nesten uten unntak samtidig alvorlige psykiske og somatiske sykdommer og trenger mye helsehjelp.

Røyking av heroin, som et alternativ til injisering, er ifølge nasjonal overdosestrategi en mindre helseskadelig inntaksmåte enn injisering. Det blir mye snakk om heroin her, men utfordringen er i ferd med å bli minst like stor med andre rusmidler. Det er det vi nå skal legge til rette for. Sprøyteromsloven er fra 2004 – det har skjedd mye underveis, for det er mer enn 13 år siden. Det kommer til stadig nye kjemisk framstilte stoffer som kan inntas på flere måter. Det framstår derfor som paradoksalt at vi har et lovverk for sprøyterom som står i motstrid til både den nasjonale overdosestrategien og den framtidige utfordringen vi står overfor.

Når jeg snakker om at bedre er alltid mulig, har flere vært inne på at flere partier har programbehandling nå, og Høyre har f.eks. fått mye skryt i media knyttet til landsmøtet og programbehandling den siste halve året. Det dreier seg om avkriminalisering av bruk av narkotika, mindre fokus på straff og mer på behandling, sågar prøve ut heroinassistert behandling for de tyngst avhengige og andre sprøyteromsloven for å tillate andre metoder enn injisering.

Denne saken kunne blitt et omkleddningsrom for Høyres nye klær, i stedet blir alt ved det gamle, i et prøverom med litt støvete forheng og slitte klær. En kan skjule seg bak gardinen og si at det må til en utredning, at det bare vil ta ett år, men det er også her vi står ved den store utfordringen: Hva skjer på ett år? I fjor døde om lag 260 av overdose. I år kommer vi kanskje ned på 240, hvis vi er heldige – neste år kanskje 220. Men i løpet av tre år er det 700 liv vi snakker om. Det er mange liv å ta av, tydeligvis, mens ting tar tid. Det er det som er utfordringen: Det faller ned et fly hvert år, og ikke på noe annet område i samfunnet ville vi akseptert at et fly falt ned uten at vi hadde en havarikommisjon – eller gjorde mer for å hjelpe dem som er svakest stilt.

Framtida er ikke sprøyterom, og vi snakker altså bare om Oslo og Bergen. I mitt fylke, Oppland, har vi innimellom ti overdoser årlig. Bare i Gjøvik og Lillehammer er det behov for bedre tiltak, men sprøyterom er ikke svaret der, det er brukerrom. Nå må vi komme til og hjelpe for å redusere skadene vi i dag ser i denne sektoren.

Karin Andersen (SV) [10:40:22]: Først vil jeg si takk til forslagsstillerne for et viktig forslag. Alvorlig, sa representanten Kjenseth fra Venstre, om hvor mange som dør hvert eneste år, og at vi også i mange år har visst at det mangler tiltak for å hjelpe de aller mest vanskeligstilte og rusavhengige.

Jeg opplever at norsk ruspolitikk dessverre har vært full av for mye ønsketenkning og prinsipielle holdninger til rus. Jeg er av dem som til og med har avlagt edruskapsløfte, så jeg kan ikke beskyldes for å være en liberalist i den sammenhengen, men allikevel ser jeg at de skadebegrensende tiltakene er altfor dårlige i Norge, og de har vært det altfor lenge. Også denne debatten er litt preget av at man tror at man gir opp rusfrihet hvis man styrker de skadebegrensende tiltakene, og det er ikke riktig. Vi må slutte å si det, for det er ikke riktig. Dette handler om å gjøre veien til kanskje en behandling lettere. Hvis man får folk til å inhalere og ikke sette sprøyter, vet vi at risikoen for overdose minker, sårskader minker, spredning av smitte minker. Helsa

blir bedre, og når helsa er bedre, er det også lettere å ta imot andre tilbud. Det er lettere å fungere bedre i samfunnet.

Jeg var av dem som ble veldig glad da Høyre gjorde sine vedtak på sitt landsmøte, og har lyst til å gratulere dem med det. Derfor blir det en nedtur når vi nå skal behandle denne saken og Høyre, som har statsråden, ikke følger opp sine egne vedtak om dette. Det som kanskje er det lille lyspunktet i dag, er at man sier at man skal ha det ut på høring, og det er i hvert fall noe og er et lite skritt i riktig retning, men det går forferdelig sakte.

Som representanten Kjenseth også sa, burde det å tillate at man røyker heroin på et sprøyterom, være en del av den nasjonale overdosestrategien. I stedet bruker man argumentet at man reduserer risikoen for overdose hvis man røyker, som et argument mot å tillate det på sprøyterom, fordi det i utgangspunktet skulle hindre overdoser. Da argumenterer man i ring, som ender opp i sykdom og kanskje overdoser.

Hepatitt C er også et alvorlig helseproblem. Det skader forferdelig mange mennesker. Mange av dem er i en veldig sårbar situasjon, og det er veldig kostbart for samfunnet. Bare å kunne redusere forekomsten av hepatitt C vil være grunn nok til å tillate dette i det som i dag heter sprøyterom, men som bør hete brukerrum.

Det å sende signaler om at rusbruk ikke er greit, virker det som om overstyret nesten alt vi gjør i ruspolitikken. Vi må ta utgangspunkt i den virkeligheten som de som er rusavhengige, har, og se hvordan vi kan bidra til skadelindring i langt større grad enn i dag. Derfor kommer SV til å støtte forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Venstre, og vi kommer subsidiært til å støtte forslag nr. 2, fra Senterpartiet. Når det gjelder forslag nr. 3, fra Senterpartiet, har vi noen spørsmål – ikke de som representanten fra Fremskrittspartiet hadde, for det er merkelig å diskutere lokalt sjølstyre oppi dette hvis det handler om å kunne diagnostisere og redde liv. Spørsmålet er bare hva det betyr å «sørge for diagnostisering og behandling». Det må etter SVs syn selvfølgelig skje i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at de eventuelt blir loset inn der hvis det ikke er kapasitet på sprøyterommet til dette. Så det går litt mer på den praktiske gjennomføringen av det forslaget, men vi har en intensjon om å stemme for det hvis det blir forklart litt bedre.

Statsråd Bent Høie [10:45:45]: Det pågår heldigvis mange debatter for tiden om narkotikapolitikken, både i de politiske partiene, i fagmiljøene og blant brukerne. Jeg opplever at denne debatten nå er mye mer åpen, mye mer pragmatisk, og det er jeg veldig glad for. Jeg synes at mange av innleggene her – selv om det er noen unntak – også gir uttrykk for dette. En må ha åpenhet for at mange partier er inne i prosesser der en endrer standpunkt, og ha respekt for at ikke alle partiene gjennomfører landsmøtene sine samme helg og på samme tidspunkt.

Representantforslaget er et uttrykk for et engasjement på rusfeltet, som alle partier er opptatt av, og som også viser at det er behov for å se nærmere på konsekvensene av dagens politikk. Vi ser endringer i bruk av illegale rusmidler. Bruken av heroin går ned, mens bruken av amfetamin og metamfetamin øker. Mange bruker flere typer narkotika og medikamenter, ofte i kombinasjon. Vi har fremdeles for mange overdosedødsfall, og forekomsten av hepatitt C

og andre infeksjoner er høy blant rusavhengige. Regjeringen vurderer ulike tilnærminger til disse utfordringene.

Et forslag til endring i sprøyteromsloven og sprøyteromforskriften som åpner for inhalering av heroin i sprøyterom, ble sendt på høring av forrige regjering i 2013. Høringsrunden viste at det var ulike oppfatninger om spørsmålet, bl.a. var Norsk Narkotikapolitiforening, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, Norsk psykologforening og Politidirektoratet imot forslaget. Disse mente det var lite sannsynlig at en langtkommen heroinbruker som injiserer, vil gå over til å inhalere. Noen instanser pekte også på at forslaget kunne legge til rette for økt omsetning av heroin, dette fordi inhalering krever en større mengde av stoffet enn det som kreves ved injisering. Noen mente også at endringene kunne bidra til økt rekruttering av nye heroinbrukere og nye brukergrupper fordi terskelen for å inhalere kan være lavere enn for å injisere heroin.

Instansene som var for forslaget, viste til at inhalering er mindre helseskadelig enn injisering, og at endringene derfor ville bidra til å redusere skader, smitte og infeksjoner. De viste også til at flere personer med tung narkotikavhengighet lettere kan komme i kontakt med hjelpeapparatet dersom det åpnes for inhalering av heroin i sprøyterom. Flere instanser og organisasjoner stilte seg bak forslaget, bl.a. SIRUS, Actis, Oslo politidistrikt, Kirkens Bymisjon, Legeforeningen, Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet.

Representantforslaget går lenger enn forslaget fra 2013 fordi det også åpnes for å bruke andre narkotiske stoffer i sprøyteromslokalene. Å åpne for andre narkotiske stoffer forutsetter en ny høring. Forut for høringen i 2013 vurderte Justis- og beredskapsdepartementet om det ville være i strid med FN-konvensjonene på området å åpne opp for inhalering av heroin. Jeg er kjent med at INCB i siste årsrapport nå omtaler sprøyte- eller brukerrum i retning av at ordningen som sådan ikke står i motsetningsforhold til konvensjonene. Forutsetningene for å være i samsvar med disse er bl.a. at tilbudene drives innenfor et rammeverk som legger til rette for behandling og rehabilitering, og samtidig ikke fremmer økt bruk og omsetning av illegale stoffer.

Jeg mener forslaget om å tillate andre narkotiske stoffer i tillegg til heroin i sprøyterommet, også skal vurderes i nettopp denne sammenhengen. På bakgrunn av debatten som pågår, og den internasjonale utviklingen, vil jeg gjennomgå disse spørsmålene på nytt og komme tilbake igjen til Stortinget på en egnet måte.

Avslutningsvis vil jeg vise til at regjeringen har videreført bevilgningene til oppfølging av nasjonal overdosestrategi og har ikke minst lagt betydelige midler – sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre – i opptrappingsplan for rusfeltet. Vi har økt kapasiteten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og ventetidene har gått ned. Kommunene er styrket gjennom veksten i de frie inntektene for å kunne gi bedre tjenester til personer med rusproblemer og gi lavterskel- og skadereduserende tiltak. Vi er i rute med opptrappingsplanen, og de spørsmålene som er tatt opp, spesielt spørsmål knyttet til overdoser, kan ikke bare møtes med ett tiltak, de er nødt til å bli møtt med en bredde av tiltak.

Høyres landsmøte har, etter initiativ bl.a. fra meg selv, vedtatt en ny politikk for oppfølging av rusavhengige for neste stortingsperiode. Jeg ser fram til å gjennomføre den

politikken, men jeg har også respekt for at andre partier skal gjennomføre sine landsmøter, og Høyre sitter i en regjering der vi samarbeider med tre andre partier.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ruth Grung (A) [10:51:02]: Ruspolitikk er kanskje et av de feltene som har endret seg raskest og rent kunnskapsbasert, men til tross for at vi har fått ganske mange under LAR-behandling og andre tiltak som gjør at de er under helsebehandling, når vi ikke ut til de aller svakeste. Jeg var så heldig å få være saksordfører for prioritetsmeldingen, så den ligger liksom i ryggraden med hensyn til at vi har et ansvar for å prioritere de aller sykeste, og det er det det handler om her.

Jeg forstår det slik av innlegget nå at Høie som minister strekker seg ganske langt, men burde man ikke klart nå, med et flertall, å sørge for – for det er jo ikke snakk om å vedta en lov her og nå, det er snakk om at man skal starte et arbeid, ut fra de hensynene som vi har beskrevet i innlegget vårt – både å åpne for røyking i tillegg til injisering og å stå friere når det gjelder hvilke stoff man skal tillate brukt, slik de har gjort i København? Så spørsmålet er: Hvorfor ikke ta dette grepet nå, og starte en gjennomgang av lovverket for å prøve å få disse under helsebehandling?

Statsråd Bent Høie [10:52:08]: Jeg oppfatter at det er mye arbeid på gang også på dette området, som jeg også viste til i mitt innlegg.

Vi er nå på tampen av en stortingsperiode. Ved innledningen til denne stortingsperioden hadde mange partier et annet standpunkt i disse spørsmålene. Jeg har respekt for at når partier skal endre sin politikk, gjør en det gjennom programbehandling og landsmøtebehandling, og at da gjelder et nytt program for neste stortingsperiode, men det betyr ikke at en trenger å sitte med hendene i fanget i den perioden. Her vil det bli gjort et godt arbeid, og hvis en ender opp med at det er et flertall for å gjøre endringer i neste stortingsperiode, vil en raskt kunne gjøre det, i tråd med de kravene som stilles.

Så er dette ett av virkemidlene, og jeg vil igjen understreke at mesteparten av arbeidet mot overdosedødsfall i Norge foregår på andre steder enn på sprøyte- eller brukerrrom.

Ruth Grung (A) [10:53:10]: Det har vi vært enige om hele tiden, men det handler om å klare å få også de aller mest marginaliserte i kontakt med helsevesenet, de som ikke drar nytte av det i dag, og se om vi kan tenke på en annen måte og få dem under helsebehandling. Den byen som har kommet lengst på området, ønsker dette sterkt, også tverrpolitisk. Og det er noe med å respektere det flertallet, for sammen med Høyre kunne vi fått flertall for å gi en klar bestilling på dette allerede nå.

Hvilken framdrift ser helseministeren for seg at et slikt lovarbeid skal ha? Hver dag er det mennesker som er utsatt, som lever under uverdige forhold, under en bro, rundt et tilbud – et strax-hus – hvor det egentlig står klart at de kunne gått inn hvis de hadde brukt andre rusmidler.

Statsråd Bent Høie [10:53:59]: Når det gjelder den generelle situasjonen for rusavhengige, har jeg betydelig mer utålmodighet enn det Arbeiderpartiet selv hadde da

de satt i posisjon og kunne gjøre noe med dette – og ikke gjennomførte en opptrappingsplan der vi bruker 2,4 mrd. kr mer nettopp til oppfølging av rusavhengige i kommunene. Den typen lovendringer som dette arbeidet krever, vil uansett ikke kunne gjennomføres før i neste periode, og det vil det da være fullt mulig å gjøre.

Representanten trakk selv inn prioriteringsmeldingen. Jeg er av den oppfatning – og det vet representanten godt, etter å ha sett mitt engasjement for dette på Høyres landsmøte – at dette er gode tiltak, som kommunene bør ha muligheten til å vurdere i en større sammenheng. Men hvis jeg var kommunestyrerepresentant i en kommune, er det ikke sikkert at jeg hadde sett på brukerrrom som det mest effektive tiltaket innenfor de begrensede ressursene som en kommune har. Det kan være andre tiltak som faktisk er mye mer effektive når det gjelder (presidenten klubber) dette. Men det er en utfordring at noen av de kommunene, bl.a. Oslo ... (presidenten avbryter).

Presidenten: Da var tiden ute. Representanten Grung får en tredje replikk under litt tvil, for vi har to andre replikanter på listen. Grung, vær så god.

Ruth Grung (A) [10:55:17]: Nå var det litt skuffende, for nå begynner man å vise til forrige periode. Det er viktig å se hvor framoverlente ulike partier er i dag, for framtiden ligger jo foran oss. Og nå er det faktisk Bergen by, bystyret, som har valgt å prioritere midlene på denne måten, nettopp for å nå ut til de svakeste – ha litt respekt for at Bergen har satt seg i førersetet og klart å få til virkelig en tverrpolitisk handlingsplan, hvor man har involvert alle aktuelle aktører. Er det ikke viktig for en helseminister, når det er snakk om de aller sykeste og mest sårbare medmennesker, at man støtter opp om en by som går foran?

Statsråd Bent Høie [10:56:01]: Jo, og derfor har regjeringen gjennom opptrappingsplanen bidratt til at Bergen har muligheten til å prioritere dette. Men jeg er skuffet over andre byer, f.eks. Arbeiderparti-styrte Oslo, som ikke engang bruker midlene de får i opptrappingsplanen, til tiltak, selv om dette er en av de byene der vi ser en økning i overdosedødsfall. Det synes jeg er skuffende, for kommunene vet nå at de hvert år får mer penger til opptrappingsplan på rusfeltet. Mange byer og kommuner har store utfordringer på dette området, og jeg er skuffet over at de ikke følger opp og bruker disse midlene til det som de har fått dem til.

Vi er absolutt med på å støtte opp om det arbeidet som foregår i Bergen. Når det gjelder dette enkelttiltaket, er jeg overbevist om at dette kommer til å få en løsning, men jeg tror også at representanten bør ha respekt for at andre partier har hatt andre syn, men er i en prosess for å endre standpunkt, slik Høyre har gjort.

Ketil Kjenseth (V) [10:57:13]: Først av alt, til statsråden og regjeringa: Opptrappingsplanen er veldig bra, og som statsråden sier, må vi jobbe bredt for å redusere antallet av og å forebygge overdosedødsfall. Det er til slutt det vi snakker om her. Norge, et av de minste landene i Europa, er på toppen av den statistikken i Europa. Vi er blant de landene som har flest. Det er en stor utfordring. Halvparten av dem skjer i Oslo og i Bergen, og halvparten

skjer i andre deler av landet. Så brukerrommet er viktig for flere enn Oslo og Bergen.

Bergen har gått foran – på tvers – ikke bare i kommunen, men de er også i front i sykehussektoren, med en egen avdeling for rusmedisin.

Hadde det vært mulig å la dem prøve ut dette uten å gå til det skritt å endre hele forskriften ved å sende den ut på høring, komme med en NOU og dernest en stortingsmelding og proposisjoner, og i stedet gått rett på mål og gitt Bergen en ledertrøye?

Statsråd Bent Høie [10:58:15]: Det å gjennomføre den typen endringer i sprøyterommet som her er foreslått, vil kreve endringer i lov og forskriftsarbeid. Så det ville ikke vært mulig innenfor det lovverket som Stortinget har vedtatt. Vi trenger ikke gå veldig mange omveier for å gjøre disse endringene. Det kreves en ordinær høring og ordinær lovbehandling. Det kreves ikke en NOU eller den typen ting.

Det store, radikale spørsmålet som Høyres landsmøte har vedtatt, nemlig å flytte ansvaret for oppfølging av og reaksjoner overfor mennesker som er i besittelse av narkotika til eget forbruk, vil kreve mer utredningsarbeid for å finne ut hvordan erfaringene fra Portugal kan gjennomføres i en norsk sammenheng. Men dette vil ikke kreve så omfattende arbeid.

Karin Andersen (SV) [10:59:21]: Jeg er glad for det siste som statsråden svarte, at det ikke vil kreve veldig lange prosesser for å kunne komme fram til et vedtak, for det haster veldig. Nå snakker vi om tiltak for dem som er aller dårligst. Det er veldig mange andre tiltak i hele kjeden som sjølsagt må styrkes, og hvis man vil sikre at de pengene man bevilger, går til det de skal, må man øremerke dem. Det er erfaringen, dessverre. Slik er det.

Når statsråden sier at veien fram til å kunne sette i verk noe her ikke trenger å være så lang, er spørsmålet: Hva vil statsråden nå sette i gang av høringer? Hvor brede og hvilke temaer vil statsråden sette i gang høringer og forberedende arbeid om nå? Det er jo tydelig at vi nå beveger oss mot et flertall som er i tråd med det som Høyres landsmøte og SVs landsmøte har vedtatt, og som Arbeiderpartiet og også flere andre partier er på vei til – sånn at vi nå har dette klart og hørt, og at det er mulig å sette det i verk, uavhengig av hvilken endring som kommer... (presidenten avbryter).

Presidenten: Tiden er ute.

Statsråd Bent Høie [11:00:39]: Det arbeidet som regjeringen gjør på dette området, er det redegjort for i mitt svar til komiteen og i innlegget. Det vil ikke kreve lang tid å få gjennomført dette i neste stortingsperiode hvis det er et flertall for det. Så det er noe som en får komme tilbake til, og det vil da være godt forberedt.

Jeg er veldig glad for den utviklingen som en nå hører om i diskusjonen rundt ruspolitikken i alle partier. Det tror jeg er viktig for å skape god legitimitet til gjennomføringen av de endringene som jeg også mener er nødvendig på dette området.

Vi ser også at det foregår mye bra, både som en del av opptrappingsplanen og som en del av oppfølgingen av den nasjonale strategien mot overdosedødsfall.

Presidenten: Replikskordskiftet er omme.

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

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [11:01:54]: Ambisjonen om å få ned antallet overdosedødsfall har vi alle, og vi er alle opptatt av det. Røyking av heroin på sprøyterom vil hjelpe noen, men de aller fleste rusavhengige trenger først og fremst de tiltakene som vi, sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre, har igangsatt gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet.

SERAF har ganske nylig undersøkt alle løslatelser fra fengsel i tidsrommet 2000–2015. Av disse døde 123 personer av overdose første uken etter løslatelse, og totalt 493 personer mistet livet av overdose i halvåret etter løslatelse. Det er sammensatte årsaker. Vi vet at det i overgangen fra behandling til man kommer hjem til kommunen, er avgjørende at man har et godt ettervern for å unngå overdosedødsfall. Derfor må vi styrke det arbeidet. Vi må sikre boliger, vi må sikre arbeid, vi må sikre aktivitet, og vi må sikre et godt ettervern.

Så kan det godt være at det er slik som representanten Karin Andersen sier, at i noen kommuner – også i rødgrønne kommuner – må man øremerke for at lokale politikere skal ta ansvar for dette. Men det finnes mange kommuner nå som lager lokale opptrappingsplaner for rus på bakgrunn av de midlene som regjeringen har bevilget, 2,4 mrd. kr over fem år. Min egen kommune, Eidsvoll, er nå i ferd med å gjøre det. Det er jeg veldig stolt av, og det viser at lokale politikere tar ansvar for disse rusavhengige og for dem som trenger hjelp i kommunene.

Så har det vært litt diskusjon knyttet til dette med merknaden. Det er jo sånn at denne merknaden om å be regjeringen sende ut på høring, ikke har flertall, men jeg vet at vi har en helseminister som lytter, og jeg vet at det betyr noe hva som sies i denne salen, så vi regner med at regjeringen kommer til å ta denne debatten på alvor, og at vi får en høring som danner et bredere grunnlag for å få bevegelse i denne saken og løse disse utfordringene bedre i årene fremover.

Kjersti Toppe (Sp) [11:04:36]: Det er flott at ein mindretalsmerknad vert tatt vidare. Eg går ut frå at det var Senterpartiet som var avgjerande for det, og ikkje det at Høgre stod fram. Det er veldig bra, det som statsråden seier.

Eg vart utfordra med omsyn til forslaget vårt om hepatitt C. Eg vil understreka at hepatitt C er eit globalt helseproblem, og det er ei målsetjing internasjonalt å eliminera denne sjukdommen. Òg Folkehelseinstituttet har sagt at det er mogleg å redusera hepatitt C i Noreg, og dei har sett eit mål om at det kan skje innan 2025. Men problemet, den store utfordringa, er å finna dei som er smitta. Den andre utfordringa er sjølv sagt å unngå at fleire vert smitta, altså: Reint brukarutstyr, frå injisering til inhalering, er eit viktig argument for at vi i dag går med på at ein skal kunna tilby å røykja i sprøyteromma.

Så til forslaget som går på at ein ber regjeringa sørgja for at ein i dei kommunane som opprettar sprøyterom, og i sprøyteromma som er, intensiverer førebygging og sørgjer for diagnostisering og behandling.

Det er slik at dei som brukar sprøyteromma, er dei som er i den høgste risikosona for å ha hepatitt C, og dersom vi

ikkje klarer å fanga opp dei, har vi på ein måte tapt før vi får starta. Det er klart at dette må skje i eit samarbeid mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste, men ein kan sørgja for å intensivera førebygging, altså reint brukarutstyr, la dei få røykja i staden for å injisera, osv. Men det å sørgja for diagnostisering og behandling no, er ikkje å forstå slik at dei skal gjera det sjølve. Poenget er at ein må ha gode tilvisingsprosedyrar. Det kan helseføretaket ta eit ansvar for at desse sprøyteromma får. Dei må kunna tilby testar. Òg Folkehelseinstituttet seier at det må ein no kunne gi som eit lågterskeltiltak, slik som dette. Ein må kunna sørgja for at dei kjem til dei leverelastisitetmålingane som dei treng for å følgja med på sjukdommen. Det tenkjer eg, som eg sa i mitt førre innlegg, er heilt i tråd med det som er formålet med sprøyteromslova, nemleg – og eg siterer frå § 1, formål:

«Videre skal sprøyteromsordningen bidra til økt helsemessig trygghet, herunder forebygge infeksjoner og smitte».

Eg meiner dette er så viktig å få på plass at det kunne godt vera eit fleirtalsforslag om at når vi har sprøyterom i Noreg, kan dei brukast i kampen mot hepatitt C.

Bård Hoksrud (FrP) [11:07:51]: Dette har vært en interessant debatt å følge, å høre på alle de gode innleggene – egentlig fra begge sider – i saken. Fremskrittspartiet har ikke konkludert ennå, for vi har ikke hatt landsmøte ennå. Dette er ting som helt sikkert kommer til å bli diskutert i forbindelse med programbehandlingen, som også lederen i komiteen redegjorde for på en god måte.

Jeg har lyst til å si at jeg aldri har vært redd for å tørre å gå foran og tørre å tenke utradisjonelt og var ganske stolt den gangen kommunen min valgte å si ja til medikamentell behandling med Subutex – før det var lovlig gjennom vedtak i Stortinget, hadde man altså et vedtak i et kommunestyre om at man var villig til å tørre å gå foran og kjempe for dette.

Derfor er denne debatten viktig. Og jeg synes som sagt det har kommet fram gode argumenter fra begge sider i debatten, som i hvert fall jeg skal ta med meg videre i den prosessen som vi skal ha i vårt parti når det gjelder om man kanskje skal endre standpunkt, med tanke på hvor man selv har stått så langt, for i inneværende periode er vi imot det forslaget som nå foreligger. Så får man se hva man i debatten kommer fram til.

Men det er litt interessant når en representant fra Arbeiderpartiet i replikkordskifte med statsråden sier at vi må ikke se tilbake, vi må se framover, hva man vil framover. Det er jeg helt enig i, for det er viktig å være framoverlent. Men det er greit å ha med seg at dette faktisk er en regjering som virkelig har satt rusomsorgen på dagsordenen, med bakgrunn i at vi har en helseminister, og en komitéleder fra Fremskrittspartiet, som er veldig opptatt av og brenner for rusomsorgen, sammen med mange andre. Her har man nå satset over 2,4 mrd. kr de neste fem årene. Det er et skikkelig løft for rusomsorgen, i tillegg til mange andre grep man også har gjort. Så dette er en regjering, to regjeringspartier, Fremskrittspartiet og Høyre, som sammen med samarbeidspartiene er opptatt av å ta rusmisbrukerne på alvor, og hjelpe dem til å få et verdig liv – kanskje aller helst uten at man er avhengig av rus, men man skal også ivareta dem som ikke klarer å komme ut av det.

Jeg synes også representanten Bollestad hadde et godt innlegg, som på en god måte dro fram noen av dilemmaene i denne debatten. Jeg er bekymret når det gjelder dem som er redd for legalisering, og hvordan man vil kunne få flere inn ved å gjøre en del av disse grepene.

Jeg synes det har vært en god debatt. Jeg synes vi har fått mange gode innspill. Jeg gleder meg til og ser fram til at vi også skal diskutere dette på landsmøtet. Så får vi se hva neste stortingsperiode kommer til å vise. Statsråden sier også at dette er ting han jobber videre med, sånn at man kanskje raskt i neste periode eventuelt kan endre, hvis det er det flertallet ønsker.

Karin Andersen (SV) [11:11:05]: Det sies at veien til helvete er brolagt med gode intensjoner. Jeg føler at når vi diskuterer ruspolitikk, blir det ofte litt slik. Det er mange dilemmaer – ja, det er tusen dilemmaer i dette – men det vi vet litt om, er at hvis vi klarer å bedre hverdagen for dem som er mest rusavhengige og mest utstøtt, vil faktisk flere av dem overleve, klare seg og kanskje til og med klare å ta imot et behandlingstilbud. Det er det som er utgangspunktet for vårt engasjement i dette.

Så er jeg glad for den oppklaringen som representanten Toppe ga. Jeg ville kanskje da også håpe at flere partier som i dag ønsker å gå lenger – sånn som SV ønsker, og støtter forslaget fra Arbeiderpartiet og Venstre – i det minste kunne gått for disse forslagene i tillegg, for det tar noen steg i riktig retning og må være riktige ting som man kan gjøre nå når så mange partier har plassert seg der og sett at dette er nødvendig.

Så er det nok slik at det har skjedd mye opptrapping opp mot rus. Det skal regjeringen ha ros for. De fleste av oss andre har satset enda mer på rus i våre alternative budsjetter, og vi har også øremerket midlene. Hvis vi undersøker hvordan det går i ulike kommuner, tror jeg ikke det har noe med partifarge å gjøre. Det slår veldig ulikt ut forskjellige steder, og øremerkede penger er etter SVs syn nødvendig nettopp for at vi skal kunne følge opp de løftene vi gir fra statens side om at dette faktisk blir en hjelp til dem vi sier vi skal hjelpe, enten det gjelder barnevern, psykiatri eller rus. I kommunesektoren har de for lite penger til alle de gode formålene og alle de gode tiltakene vi vet er nødvendig. Det er en av grunnene til at SV har prioritert kommunøkonomien høyere enn alle andre partier i denne salen, nettopp for at de skal kunne klare å dekke noen av disse behovene som finnes lokalt, og som må møtes på ulik måte også, slik som flere har vært inne på. Det vil ikke være riktig å ha brukerrom i alle kommuner, men i alle kommuner vil det være et stort behov for økt innsats bl.a. på rusomsorgen, fra forebyggende virksomhet og helt opp til ettervern.

Ketil Kjenseth (V) [11:13:53]: Jeg starter hos representanten Bård Hoksrud, som henviste – helt riktig – til en god og veldig viktig debatt, og det var også noe av intensjonen med å fremme forslagene, men han var også litt opptatt av at vi har framstått som to sider i denne debatten. I mitt innlegg pekte jeg mot at bedre er alltid mulig. Jeg vil gjenta det og prøve å bygge litt bro. Jeg oppfatter at vi alle er opptatt av at bedre alltid er mulig, og at vi i mindre og mindre grad framstår som begge sider eller som to parter. Vi vil framover. Det handler litt om hastigheten, selvfølgelig. Da jeg trakk noen tråder tilbake til

tidlig på 2000-tallet og samarbeidsregjeringa, viser det, 14 år senere, at det tar tid å utvikle tiltak, og at det tar tid å bli bedre. Det er altså mulig. Det er vi politikere som setter farten, og nå er det på tide å sette litt fart for det har skjedd mye på disse årene.

Til Senterpartiets to forslag: Alt det representanten Kjersti Toppe argumenterer med, er egentlig for brukerne. Vi skal forebygge, vi skal forlenge spesialisthelsetjenesten ut på gata for å møte de rusavhengige og for å øke helsetryggheten. Vi skal redusere muligheten for å få sykdommer og smitte og ikke minst redusere muligheten for overdose. Hvis vi kan redusere overdoser og redusere hepatitt C-smitte, har vi gjort to veldig gode tiltak for de tyngst rusavhengige, så Venstre vil subsidiært støtte Senterpartiets forslag.

Det var selvfølgelig også en debatt om hvorvidt vi skulle støtte merknadene fra Høyre for å starte på utredningene. Ja, pragmatisk sett, det er selvfølgelig naturlig å komme i gang, for det vil ta tid. Så er det også noe med det å peke på at her mener vi ulikt om hastigheten, og at dette er det mulig å gjøre nå. Vi har egentlig per i dag bare ett sprøyterom i Norge, i Oslo. Bergen har åpnet ett og ønsker seg mer. De har gode faglige forutsetninger for å greie den jobben, men de har også et stort rusmiljø som det er krevende å bli bedre i.

Til Kristelig Folkeparti: Jeg har all respekt for å mene at vi skal være konservative. Men det innebærer også å forholde seg til en virkelighet der vi nesten skulle sperre grensene for innførsel av narkotika, og det er en gigantisk utfordring hvor Venstre ikke ønsker å være i debatt ... (presidenten klubber).

Presidenten: Presidenten minner om taletiden, i og for seg gjennom hele debatten.

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

Sak nr. 2 [11:17:10]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jorid Holstad Nordmelan, Hadia Tajik, Ingvild Kjerkol, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiter og Tove Karoline Knutsen om lavterskel psykisk helsetilbud i alle kommuner (Innst. 237 S (2016–2017), jf. Dokument 8:29 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 replikkordskifte på 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.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [11:18:59] (ordfører for saken): Det er tverrpolitisk enighet i komiteen om viktigheten av å satse på lavterskeltilbud, og at det allerede er gjort grep for å styrke de forebyggende tjenestene i kommunene. De siste årene har kommunene kunnet søke på

en rekke ulike tilskuddsordninger innen rus og psykisk helse, bl.a. Rask psykisk helsehjelp og ansettelse av psykologer i kommunene.

Komiteen mener det er positivt at flere kommuner nå satser for å etablere gode forebyggende tjenester for barn og unge, og mener det er behov for en videre styrking av dette feltet. Det er også en samlet komité som i merknader støtter forslagsstillerne i at det er viktig med tverrfaglige tjenester for å kunne yte gode og helhetlige tjenester for barn, ungdom og voksne. Dette var også et av de sentrale temaene i primærhelsemeldingen, som Stortinget behandlet i 2016. Komiteen viser også i merknader til at Stortinget har bedt om at regjeringen skal legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for psykisk helse, etter forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre. Det fremgår av statsrådets brev til komiteen at regjeringen nå arbeider med denne strategien, og at strategien vil dekke både folkehelseperspektivet og tjenesteperspektivet for barn, unge og voksne.

Komiteen er også enig om hva som er det viktigste utfordringsbildet når det gjelder psykisk helse. Det er holdpunkter fra nyere rapporter fra Norge og Norden som gir grunn til å anta at det er en noe økende utbredelse av psykiske lidelser blant unge. Ifølge Folkehelseinstituttet har om lag 15–20 pst. av barn og unge nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. At én av fem unge sliter, bekreftes også i Ungdata-undersøkelsene. Cirka 8 pst. av norske barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse.

Så sier en samlet komité også at det ikke er uvanlig å ha psykiske helseutfordringer i løpet av livet. Vi vet at ca. halvparten av oss vil oppleve det. Men hvis vi klarer å forebygge psykiske helseproblemer hos barn på et tidlig tidspunkt, vil det ha stor betydning for resten av livet deres.

Psykisk helse må være en stor og viktig del av folkehelsearbeidet, og derfor la vår regjering frem en ny folkehelsemelding bare to år etter den forrige regjeringens melding fordi den rød-grønne meldingen ikke adresserte psykisk helse godt nok som en del av det viktige folkehelsearbeidet i alle våre kommuner og lokalsamfunn.

I Høyre er vi stolt over at vi sammen med regjeringspartner Fremskrittspartiet og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre har gjort et løft for å styrke de forebyggende tjenestene for barn og unge. Kommunene har gjennom vårt budsjettssamarbeid fått midler gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse og rus, og det er i denne regjeringensperiode bevilget nær 1 mrd. kr til å styrke helsestasjonene og skolehelsetjenesten.

En ny rapport fra SINTEF viser en betydelig vekst i årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Kommunene satser på å gi barn og unge et bedre helsetilbud. For psykologårsverk rettet mot voksne har det vært en økning på hele 41 pst. fra 2015 til 2016. For barn og unge er det en økning av psykologspesialister på 25 pst. For første gang siden avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008 ser man nå en markant økning i årsverk rettet mot barn og unge med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Over halvparten av landets kommuner og bydeler har nå rekruttert psykolog.

En god psykisk helse er viktig for å ha god livskvalitet, og derfor må innsatsen settes inn tidligere overfor dem som sliter med psykisk helse. I denne regjeringensperiode er også Norges første ungdomshelsestrategi lagt frem, som

har som mål å hjelpe unge til å mestre egne utfordringer og leve et godt liv. Viktige temaer er psykisk helse, ensomhet, mobbing, frafall fra skolen, samfunnets press og utenforskap. Ungdoms egne synspunkter og erfaringer har selvfølgelig vært sentralt i arbeidet med strategien.

De siste årene har forebyggende helsetjenester og viktig opptrapping innen rus og psykisk helse blitt høyt prioritert, for det er når døra til helsesøster endelig er åpen flere skoledager i uken, eller når det er psykologer allerede i barnehagen og på skolene som kan gi barn gode mestringsråd om at livet går litt opp og ned, og at vi kan klare å mestre det, at vi kan snakke om lavterskel.

Helsekomiteen var på besøk til Oppegård kommune i fjor. Der traff vi psykologer og helsesøstre som på en forbillidlig måte fortalte oss hvordan de jobber forebyggende og kontinuerlig med barns helhetlige psykiske helse, i hele løpet fra barnehagen og gjennom hele skoletiden. Det virket på oss som om Oppegård har satset mye på lavterskel psykisk helsehjelp, og de har vært dyktige til å søke midler og prioritere å ansette tverrfaglig helsepersonell til å jobbe med den viktigste ressursen vi har, barn og unge.

Vår regjerings sterke satsing på tverrfaglig og kompetent skolehelsetjeneste er helt avgjørende for å gi barn i skolen god psykisk helsehjelp tidlig. At vi ser en stor vekst av psykologer i kommunene, betyr mer tilgjengelig psykisk helsehjelp for folk i alle aldre. I Høyre er vi stolt av den positive utviklingen og er sikre på at det utvikler seg enda mer positivt i årene fremover.

Ingvild Kjerkol (A) [11:24:01]: Vi vet at psykiske problemer er en viktig grunn til det store frafallet i videregående skole og tidlig uføretrygd. Ifølge Folkehelseinstituttet har om lag 15–20 pst. av barn og unge symptomer som angst, depresjon og adferdsforstyrrelser, og flere studier tyder på en økning i depressive symptomer blant jenter, selv om forskningen ikke er entydig på om psykiske problemer øker generelt blant unge.

Halvparten av befolkningen opplever en psykisk lidelse i løpet av livet, og 70 000 barn og unge har psykiske lidelser som krever behandling. Heldigvis kan de vanligste og mest kostnadskrevende psykiske lidelsene forebygges.

Når noe er vanskelig, må det være lett å få hjelp. Det er da avgjørende at kommunene kan tilby lavterskel og lett tilgjengelig hjelp, god informasjon om hjelpetiltakene og sammenhengende hjelpetjenester på tvers av faggrupper, sektorer og nivåer, med tanke på tidlig innsats mot en uheldig skjevutvikling hos barn, ungdom og også voksne. Slike tilbud må være innrettet på en måte som gjør at det oppleves som naturlig for alle å ta kontakt. Helsedirektoratet definerer lavterskeltilbud i psykisk helsearbeid som direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid – tilbud som kan oppsøkes av brukere uten betalingsvevne, hjelp som er tilgjengelig for alle, og gir tidlig og nok hjelp og kanskje også en los videre i systemet. Fagpersonellet må ha kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Åpningstiden må være tilpasset målgruppen og formål. Det må være god brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker og behov. Det må framstå som et synlig, tydelig, relevant og tillitsvekkende tilbud for innbyggerne.

Det finnes flere kommuner i dag som har gode lavterskeltilbud for sine innbyggere, men ikke alle kommuner har fått på plass et godt fungerende og samarbeidende system. For oss i Arbeiderpartiet er det viktig at alle slike

gode og virkningsfulle velferdstilbud blir tilgjengelig for hele befolkningen. Alle skal med, nemlig. Av gode eksempler kan nevnes Ung Arena, et Oslo-basert prosjekt som er rettet mot barn og unge mellom 12 og 25 år som trenger rådgivning, behandling, støtte eller hjelp ut i sin livssituasjon. Det kan være ensomhet, det kan være hverdagsutfordringer, en vanskelig, kanskje forbigående livssituasjon, det kan være traumer, overgrep, rus, frafall, mobbing, spiseforstyrrelser – ja, det meste som gjør livet vanskelig. Ung Arena arbeider etter noen viktige prinsipper som har overføringsverdi til andre kommuner.

Stangehjelpa er et annet eksempel på et helsefremmende tiltak kalt Familiens hus. Det er et vellykket lavterskeltilbud. Der jobber mange ulike faggrupper samlet under ett tak, uten skott mellom yrkesgruppene.

I Lierne kommune, i mitt hjemfylke, har de laget en tverrfaglig familieenhet som tilbyr lavterskelhjelp. Det er stort spenn i kompetansen blant de ansatte, men hjelpen er tilgjengelig.

Terskelen for å søke hjelp må senkes, uansett hvor man bor i Norge, ikke bare i Oslo, Stange eller Lierne, men i alle norske lokalsamfunn. Arbeiderpartiet ønsker at storting og regjering skal være pådrivere for flere slike gode tilbud i kommunene, med rom for lokale tilpasninger basert på lokal erfaring og vurdering når lavterskeltilbudet etableres og utvikles videre. Et viktig krav til innhold må også være at tilbudet bidrar både overfor enkeltindivider og i forebyggende helsearbeid.

Derfor fremmer vi våre forslag på nytt her og håper at flere partier blir med og sørger for at det etableres lavterskel psykisk helsetilbud for barn, unge og familier i alle kommuner.

Dermed tar jeg opp vårt forslag.

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

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [11:28:41] (komiteens leder): Stadig hører vi at ungdommen av i dag er flinkere og mer pliktoppfyllende enn noen gang. De røyker mindre, drikker mindre alkohol og starter drikkingen senere. De trener mer, er flinke på skolen, og ungdomskriminaliteten går ned. Samtidig er ungdomstiden for mange en vanskelig tid. Psykiske problemer er en viktig grunn til frafall i videregående skole og til uføretrygd. Mange barn og unge har symptomer på angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.

For at det kommunale tilbudet skal treffe best mulig, etterlyser forslagsstillerne tverrfaglighet. Dette er det ingen uenighet om, og forslagsstillerne er godt kjent med at dette ble vedtatt i Stortinget i forbindelse med primærhelsemeldingen. Forslagsstillerne påpeker videre at det er avgjørende at det gjøres lettere å få god hjelp tidlig, og at tilgangen på hjelp ikke er avhengig av hvor man bor. Også dette er det bred enighet om, og regjeringen har derfor, sammen med Venstre og Kristelig Folkeparti, bevilget nær 1 mrd. kr for å styrke helsestasjoner og skolehelsetjenesten, samt bevilget øremerkede midler til kommunepsykologer og andre gode tiltak. Kommunene har også fått midler gjennom opptrappingsplanene for psykisk helse og for rusfeltet. I tillegg vil regjeringen legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for psykisk helse. Også dette var forslagsstillerne kjent med da forslaget ble fremmet.

Arbeidet med strategien er i full gang. Denne vil dekke både folkehelseperspektivet og tjenesteperspektivet for barn og unge. I prosessen med å utvikle strategien inngår også andre departementer som har barn og unge som sitt ansvarsområde. For barn vil det være ekstra viktig å fokusere på det som fremmer god psykisk helse utenfor helsevesenet. Det er også grunn til å minne om at folkehelsemeldingen som den rød-grønne regjeringen fremmet, manglet psykisk helse som tema. Derfor har Høyre–Fremskrittsparti-regjeringen fremmet en ny folkehelsemelding hvor psykisk helse ble viet mye plass.

I denne regjeringsperioden er Norges første ungdomshelsestrategi lagt frem. Denne har som mål å hjelpe unge til å mestre egne utfordringer og leve gode liv. Viktige temaer er psykisk helse, ensomhet, mobbing, frafall fra skolen, samfunnets press og utenforskap. Ungdoms egne synspunkter og erfaringer har vært sentrale i arbeidet med strategien, og det har bl.a. vært nedsatt et ungdomspanel som har gitt innspill.

En ny rapport fra SINTEF viser en betydelig vekst i årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. For barn og unge er det en økning i psykologspesialister på 25 pst. For første gang siden avslutningen av opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008, ser man nå en markant økning i årsverk rettet mot barn og unge med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Over halvparten av landets kommuner og bydeler har nå rekruttert psykolog. Det har altså skjedd veldig mye viktig og riktig de tre siste årene, og ting går i riktig retning.

Fremskrittspartiet har forståelse for at Arbeiderpartiet må styre sine kommuner fra Stortinget. Ferske tall viser hvilke kommuner som har fått tildelt øremerkede midler til skolehelsetjenesten i 2016. Kriteriet for å få øremerkede midler var at man hadde brukt 90 pst. av de frie midlene som ble bevilget til helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Tallene viser at av 203 arbeiderpartikommuner, er det kun 20 kommuner som har søkt, eller fått tildelt midler, fordi de oppfyller kravet. Det er igjen grunn til å minne om at det er de partiene som fremmer flest forslag om å detaljstyre kommunene, som samtidig er veldig opptatt av lokalpolitiske prioriteringer. Enkelte partier bør snart bestemme seg. Skal kommunene styre pleie og omsorg, eller skal vi styre dette fra Stortinget? Vi legger mange statlige føringer. Vi prøver å fortelle viktigheten av hvordan kommunene skal jobbe, men samtidig kan vi ikke styre alt, med mindre vi vil overta alt.

Svein Roald Hansen hadde her overtatt presidentplassen.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:33:30]: Norge er blitt kåret til et av verdens beste land å bo i, allikevel har vi aldri hatt så mange barn og unge som sliter psykisk. Vi har også mange unge som ikke ser en løsning på livet og velger å ta sitt eget liv. En av fem sliter psykisk – 20 pst.

Kristelig Folkeparti mener at alle barn og unge skal få et tilgjengelig og likeverdig helsetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor de bor i landet. En god psykisk helse er viktig for god livskvalitet. Men vi vet at ventetiden for barn og unge som trenger spesialisthelsetjenesten, ikke har gått ned, og man må gjøre en jobb på mange plan.

Kristelig Folkeparti er glad for at vi i denne salen har sagt ja til at det skal komme en overordnet strategi som viser hvor utfordringene er, og deretter en forpliktende opptrappingsplan nettopp for barn og unges psykiske helse, så vi treffer målet, gir tiltak og bevilger penger der nytten blir størst. Her skal barn og unge selv få være med og si noe om hva de trenger, og hva som er den beste behandlingen for dem.

Kristelig Folkeparti vil arbeide for et kunnskaps- og kvalitetsløft på dette området, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og at de to tingene faktisk må henge sammen.

Kristelig Folkeparti vil gjerne være med på å videreføre de øremerkede midlene til psykologer i kommunene for å sikre at vi når det målet vi faktisk skal ha. Vi er for at kommunene skal få desentraliserte tjenester, og at antallet årsverk i psykisk helse for barn og unge må opp. Barn ber ikke først og fremst om å få dope ned problemene sine, men de ber om hjelp og tid til å sette seg ned sammen med en voksen og sette ord på det som er vondt inni brystkassen.

Kristelig Folkeparti tror på en bindende norm for skolehelsetjenesten som sikrer at det er nok voksne med kunnskap, utenom dem som sitter på lærerrommet og er lærere, som kan møte elevene i skolehverdagen, og at psykologene er på plass når problemet er der og en ønsker å snakke om det. Kristelig Folkeparti er glad for at det er bygd ut mye i skolehelsetjenesten, og for psykologene i kommunene, og vi er glad for at vi også har fått til å øremerke noen av disse midlene. Kristelig Folkeparti skulle gjerne ha øremerket mer, til vi nådde det nivået vi faktisk mener er rett for våre barn og unge, sånn at det aldri er en stengt dør når en kommer til skolehelsetjenesten.

Når Kristelig Folkeparti allikevel ikke støtter dette Dokument 8-forslaget, er det fordi vi vet at det kommer en strategi. Vi vet at i den strategien vil en sette dette under lupen og se på hva som mangler på dette feltet, og da vil en lage en forpliktende opptrappingsplan – en opptrappingsplan som kanskje kan vise at det trengs lavterskeltilbud, at det trengs tverrfaglighet i kommunen, at helsestasjonene, barnevernet, psykologtjenesten og psykisk helse kanskje må jobbe sammen. Men det vet vi ikke per i dag, og da må vi få en oversikt over hva som hjelper best. Vi vet at mange kommuner har gode effekter av å ha gjort dette, men jeg tror at skal vi lykkes, må vi også ta med oss barn og unge og spørre dem. Av og til tror vi voksne at vi vet best. Når det kommer til stykket og vi har bygd en sykkelvei, er det ikke den de bruker – de sykler midt i veien allikevel. Sånn blir det også her. Vi må spørre barn og unge om hva de trenger, så må vi lage en strategi, og så må vi forplikte oss på at pengene følger med i handlingsplanen. Det fortjener våre barn og unge.

Kjersti Toppe (Sp) [11:38:06]: Takk til forslagsstillarene som har fremja eit representantforslag som gjeld eit veldig viktig område i norsk helseteneste. Forslaget går ut på å be regjeringa sørgja for at det vert etablert lågterskel psykisk helsetilbod for barn, unge og familiar i alle kommunar, at det kan etablerast som Familiens hus og/eller andre lett tilgjengelege tenester, og at desse tenestene må vera tverrfaglege og tverretatlege slik at ein får heilskaplege tenester.

Det er vel ingen som er imot innsjonen bak dette forslaget. Det er heller ikkje Senterpartiet, men vi kan ikkje gå med på innretninga som ligg til grunn i forslaget – og eg skal gjera greie for kvifor.

Psykisk helsevern har dei siste åra vore igjennom ei omstilling som har vore både fagleg og politisk ønskt, i starten iallfall, der ein gjorde om frå omfattande døgnbehandling på sjukehus til desentralisering til dei distriktpsykiatriske sentra og kommunane. Spørsmålet er om denne omlegginga har gått for langt. Det har Senterpartiet tatt opp ved fleire anledningar. Mange senger innan psykisk helsevern er vortne fjerna i norske sjukehus og kanskje utan at kommunane har fått sjansen til å byggja opp sitt tilbod tilsvarande. Det er eg framleis bekymra for.

Senterpartiet fremja tidleg i denne perioden eit noko tilsvarende forslag. Vi meiner at det no er behov for ein ny opptrappingsplan for psykisk helse, som denne gongen ikkje skal omfatta heile helsevesenet, altså òg sjukehus, men som berre skal omfatta kommunane. Vi såg på statistikken over årsverk i kommunane etter at den siste opptrappingsplanen vart avslutta, som viste at det var ingen vekst, eventuelt ein liten, svak vekst i årsverk innan psykiatri. Derfor føreslår vi ein femårig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse der ein brukar øyremerkte midlar i ein opptrappingsfase. Det er det forslaget vi kjem til å gjenta i dag.

Når ein i innstillinga viser til SINTEF-rapporten, som viser at det er ein betydeleg vekst i årsverk innan psykisk helse- og rusarbeid, vil eg minna om at det er det andre året etter at ein slo saman rusfeltet og psykisk helse. Før dette vart slått saman, hadde rusfeltet ein vekst, men ikkje psykisk helse. Eg er bekymra for at den nye måten å telja på, ikkje viser den reelle statusen på psykisk helsefeltet i kommunane.

Vi meiner med vårt forslag at vi, Stortinget, ikkje kan seia at det er Familiens hus eller slikt som skal inn i kommunane. Dette må kommunane sjølve få vurdere. Er det helsestasjonen som treng ei styrking? Trengs det fleire psykologstillinger, eller skal ein etablere Familiens hus? Vi vil ikkje binda oss i forslaget. Vi ønskjer ein kommunal opptrappingsplan slik at kommunane sjølve får ta dei rette avgjerdene.

Eg har ein refleksjon om denne debatten og ein del andre debattar vi har for å løfta psykisk helsefeltet. Ingen snakkar om fastlegane lenger. Vi snakkar om Familiens hus, vi snakkar om psykologar, vi snakkar om helsestasjonar og andre moglege lågterskeltilbod. Men det er klart at når det gjeld familiar og unge, er fastlegane òg viktige i dette arbeidet. Eg høyrde det vart fremja eit Dokument 8-forslag i dag om å rekruttera fleire fastlegar, så eg håpar vi kan komma tilbake til fastleganes ansvar for dei pasientane som har psykiske helseutfordringar – og det gjeld både familiar og barn og unge.

Eg fremjar hermed Senterpartiets forslag til saka.

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

Ketil Kjenseth (V) [11:43:19]: Å styrke det psykiske helsetilbudet til barn og ungdom i kommunene er svært viktig. For Venstres del er det noe av det viktigste vi kan gjøre for å fremme god helse hos barn, og det som bereder grunnen for sunne og robuste voksenliv. Heldigvis har vi i

denne stortingsperioden fått være med og bidra til en historisk satsing på tidlig innsats, sammen med regjeringspartiene, Høyre og Fremskrittspartiet, og Kristelig Folkeparti. Som flere har vært inne på, har det vært investert over en milliard kroner i kommunene for å ruste opp skolehelsetjeneste og helsestasjonene. Det er gjort et krafttak for å få ansatt flere psykologer i kommunene. Barnehage er gjort gratis eller rimeligere for dem som trenger det aller mest. Og den tidlige innsatsen i skolen er styrket med flere lærere.

I tillegg er det bevilget mange hundre millioner til ulike tilskuddsordninger for å styrke lavterskeltilbud i kommunene. Som flere har vært inne på, er historiens første ungdomshelsestrategi lagt fram. Venstre har vært en viktig bidragsyter til den, og i den forbindelse ble det også arrangert et toppmøte om ungdomshelse i forbindelse med Ungdoms-OL på Lillehammer. Dette er uttrykk for at vi tar barn og unges psykiske helse på stadig større alvor. Men det er også viktig for oss alle at vi kobler kropp og psyke nærmere sammen, at vi ikke behandler det som to ulike deler av vår helse og heller ikke skiller så mye mellom somatikk og psykiatri som vi gjør i dagens helsesektor.

Et lite bidrag som Venstre har vært med på å skaffe flertall for i denne perioden, er å få PsykiskhelseProffene inn på statsbudsjettet, et viktig uttrykk for at vi tar barn og unges situasjon på alvor, deres erfaringer. De har jo blitt litt omreisende ambassadører for barn og unge som sliter psykisk, også fordi de gir uttrykk for sine erfaringer på sin måte, og det er også viktig for oss politikere.

Noen har vært inne på organiseringen her, og den må vi jobbe videre med. Halvparten av norske kommuner har en frisklivssentral, men vi snakker aldri om den psykiske helsen som en del av frisklivscentralene. Der jobber det flest sykepleiere eller fysioterapeuter, og de jobber kanskje mest med dem som er henvist på grunn av overvekt. Det kan være en sammenheng mellom psykisk uhelse og vekt, men det trenger aldeles ikke å være det. Men i veldig liten grad tenker vi at psykisk helse skal være en del av frisklivssentralene.

Pakkeforløp og folkehelse har vi heldigvis begynt å snakke om, de lange løpene, der det er mulig å gjøre endringer i livet. Familiens hus er en annen del. Veldig få kommuner har organisert det. Videregående skole er et annet felt jeg vil peke på, for de eier jo ikke skolehelsen selv engang. Mange av tiltakene for aktivitet og andre forløp i videregående skole ligger under Nav. Nordisk råd har gjort en undersøkelse på hvordan dette er organisert i de andre nordiske landene, som også har utfordring med frafall. Alle land har de samme utfordringene når det gjelder gjennomføring av videregående skole, og til dels også når det gjelder organiseringen av tiltakene og virkemidlene for at ungdom ikke skal falle ut – av skoleløpet, av vennekretsen og livet for øvrig. Det å samle ressursene her er noe vi må snakke mer om både i kommunesektoren og rundt de ungdommene som krever stor innsats.

Så til den kommende opptrappingsplanen, for det er viktige grunner til at Venstre ikke går for disse forslagene. Venstre og Kristelig Folkeparti har underveis i de tre årene stått fast og brast i forhandlinger med regjeringa om å få til stadig større innsats overfor særlig barn og unge, men også for å få fram Norges første strategiplan for psykisk helse. Alt dette er nå på trappene, og vi har tillit til at det kommer pø om pø både en strategi og penger til å styrke innsatsen

fra 2018/2019. I tillegg må vi også jobbe med den viktige organiseringen av disse tiltakene for å investere best mulig i folks liv. En investering i barn er mye bedre enn en investering på børs.

Karin Andersen (SV) [11:48:26]: SV mener det er behov for en opptrappingsplan for lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene. Det fremmet vi forslag om i vårt alternative budsjett til jul, der vi øremerket 200 mill. kr til dette for å få et tilbud lokalt uten ventetid og strenge inntakskrav. Tilbudene må kunne være forskjellige, men de må være lavterskel. I lys av samhandlingsreformen er dette utrolig viktig, for vi kan ikke fortsette å bygge ned spesialisthelsetjenesten og antallet sengeplasser uten at et godt tilbud er på plass. Det trengs mye mer på det forebyggende og innen lavterskeltilbudene også. De innleggene som har vært holdt her i dag, viser jo det. Det gjelder for både barn og voksne.

På mandag var jeg på et møte på Hamar på et familiehjelpsprogram som heter Home Start. Der var også psykologen i Stangehjelpa, som har blitt omtalt i debatten før i dag. Der ble det sjølsagt lagt vekt på det frivillige og likemannsarbeid overfor familier som sliter litt i perioder. Veldig mange av dem som hadde fått hjelp, forteller at det hjelper. Så det er helt ned til det vi er nødt til å diskutere. Det psykologen i Stangehjelpa minnet oss om, var at normalitetsbegrepet i dag er veldig smalt. Mange unge får diagnoser som de antakeligvis ikke burde hatt, og som de i hvert fall ikke har noe hjelp av. Det å akseptere at unger er forskjellige, og ikke pådytte dem en følelse eller gi dem et stempel som de kommer til å slite med, er viktig for å bremse den utviklingen. Disse diagnosene kan være alt fra at en blir plassert som litt spesiell og underlig og hjelpe-trengende, sjøl om en ikke er det, og det gjør noe med en. Det alvorlige med disse diagnosesettingene kan være et annet, helt ekstremt tilfelle, der man blir diagnostisert med ADHD, mens det egentlig er overgrep man er utsatt for. Christoffer-saken er et eksempel til skrekk og gru.

Det er mye som må gjøres lokalt på mange nivåer for at folk som sliter litt, skal få hjelp, kanskje til og med bli fortalt at det er helt normalt, at det egentlig ikke er noe stort problem at ungen din ikke klarer å sitte rolig ved middagbordet eller i klasserommet. Det kan hende det er en helt alminnelig personlighet dette barnet har, og at vi heller må sørge for at det som er rundt, er tilpasset slik at en finner de ungene som faktisk sliter med psykiske problemer, og dem som kanskje er utsatt for overgrep.

Det er behov for en bred innsats på mange områder, og det beste er å få dette så tidlig som mulig og så lokalt som mulig. Jeg er også glad for at flere representanter har nevnt Forandringsfabrikken, og at de som har erfaringene, må få komme inn. Det jeg tror kanskje er lettest for oss å skjønne, er hvordan vi organiserer denne hjelpen overfor dem som har små barn, mens det er betydelig vanskeligere når en har barn som begynner å bli store. Derfor ønsker SV å sette et spesielt søkelys på det. Det er grunnen til at vi har valgt i mange år å øremerke våre satsinger til skolehelsetjenesten, for der møter man alle ungdommene. Der har man sjanse til å kunne gå til noen og prate om det som det kanskje er umulig å prate med både lærer og foreldre om, men som det kan være god hjelp å prate med noen voksne om, kanskje få hjelp, enten fordi det er et alminnelig problem som løser seg med litt god voksenbistand, eller at

man faktisk har et problem der man trenger faglig bistand på medisinsk nivå, eller kanskje man trenger hjelp fra barnevernet eller andre instanser.

Jeg ser sjølsagt fram til den strategien som man sier skal komme, men på dette området som på andre områder er det slik at vi er nødt til å ha folk som gjør denne jobben. De må være ansatt, og de må være til stede der barn og unge og de som har psykiske problemer, er, slik at det er mulig å få hjelp tidlig.

Vi kommer til å støtte de to forslagene som er framsatt under behandlingen.

Statsråd Bent Høie [11:53:46]: Representantene tar opp flere viktige forhold i forslaget om å etablere lavterskel psykisk helsetilbud til barn, unge og familier i alle kommuner. Jeg deler målet om betydningen av tidlig innsats. Hjelpen må være lett tilgjengelig, og den må ha effekt.

Det er mange instanser i kommunene som gir tjenester som inkluderer psykisk helsetilbud til barn og unge. Mange kommuner har også etablert gode lavterskeltilbud, som også er nevnt i debatten her. Felles for kommunene som lykkes med denne typen tilbud, er at de tar utgangspunkt i pasientenes behov. Men til tross for at flere instanser i kommunene gjør mye for å hjelpe barn og unge og deres familier, møter jeg barn og unge som opplever ikke å bli hørt når de ber om hjelp.

Regjeringen har derfor gjort mye for å styrke tilbudet innenfor psykisk helse, med lav terskel for barn og unge, i samarbeid med våre samarbeidspartier. Vi har satset på å øke antall psykologer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene gjennom et rekrutteringstilskudd. Over halvparten av landets kommuner mottar nå tilskudd til psykolog. I 2016 ble det totalt rapportert om 395 psykologårsverk. 273 av disse er rettet mot barn og unge. Dette har gitt flere lavterskeltilbud, bedre forebyggende helsearbeid og mer samarbeid med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten.

Men det er fortsatt behov for satsing. Jeg vil legge til at barn og unge opp til 16 år kan oppsøke fastlege og få gratis konsultasjon der. Prosjektet «Rask psykisk helsehjelp» har pågått siden 2012, og evalueringen viser god effekt. Dette er et kommunalt lavterskelbehandlingstilbud for mennesker med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon. Nedre aldersgrense er nå flyttet fra 18 til 16 år. Metodene bør tas i bruk i alle kommuner. Det finnes allerede flere forskjellige selvhjelpsverktøy på internett. Digitale selvhjelps- og mestringsverktøy kan bidra til økt tilgjengelighet til informasjon og være et bidrag til forebygging og behandlingstilbud.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste med tanke på tidlig avdekking og forebygging blant barn og unge. Mange forteller at skolehelsetjenesten ikke er tilgjengelig når de ønsker det, og ansatte sier de må prioritere mellom alle de viktige oppgavene. Regjeringen og samarbeidspartiene har derfor gjennom flere år hatt en betydelig innsats for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Til sammen er den nå styrket med nær 1 mrd. kr, hvorav mer enn 730 mill. kr i kommunerammen og 280 mill. kr i øremerkede tilskudd.

Revidert forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal nå på høring, og det tas sikte på at den nye forskriften trer i kraft fra 2018. I den nye forskriften er det

bl.a. en tydeliggjøring av tjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep mot barn og unge.

Vi har begrenset kunnskap om hvordan årsverkene fordeles seg mellom helsestasjonen og skolehelsetjenesten, og hva de ansatte prioriterer tidsbruken på. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å få bedre oversikt over fordeling av årsverk, og de utreder hvordan ulike virkemidler kan brukes til å utvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En rapport om arbeidet skal være klar i oktober.

Helsefremmende tiltak kan forebygge at psykisk helseutfordringer utvikler seg. Dette er et viktig ledd i regjeringens satsing på psykisk helse i folkehelsearbeidet. Vi har nå etablert et program for folkehelsearbeid i kommunene, der barn og unge og deres psykiske helse er den viktigste målgruppen. Gjennom dette programmet kan kommunene få hjelp til å utvikle verktøy og tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen. Dette er et program som det ble bevilget nærmere 40 mill. kr til i statsbudsjettet for 2017.

Regjeringen er opptatt av at barn og unge skal ha lett tilgang til gode helsetjenester, også når de har psykisk helseutfordringer. Nå jobbes det – som flere har vært inne på – med en ny strategi for psykisk helseområdet, som skal dekke både folkehelse- og tjenesteperspektivet. I dette arbeidet inngår også lavterskeltilbud innen psykisk helse, som representantforslaget tar opp. Brukernes stemme er viktig, og de vil derfor bli involvert i utarbeidelsen av strategien.

Vi ser at det har vært en betydelig satsing på dette området de siste årene, men – som flere har vært inne på – mye gjenstår for at det skal være et godt nok tilbud til barn og unge når det gjelder ivaretagelsen av deres psykiske helse. Innsatsen må komme tidlig. Derfor er det viktig å ha en god strategi som fundament for å prioritere de nye tiltakene i årene som kommer.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Kjersti Toppe (Sp) [11:59:06]: Dette representantforslaget handler om psykisk helsetilbud, særleg retta inn mot familiar, barn og unge. Mitt spørsmål gjeld da den aller tidlegaste fasen, nemleg psykisk helsetilbud rundt fødsel, i barseltid. Vi veit at ei av ti nybakte mødrer utviklar fødselsdepresjon, fleire viser teikn på det, hos mange vert det ikkje oppdaga, og ein er òg no bekymra for at kortare liggjetid på fødeavdelingane kan gjera at mange fleire glepp fordi tilbodet i kommunane ikkje er bygd opp nok enno.

Så spørsmålet mitt til statsråden går på om regjeringa ser på dette, og om det er nokre særskilde tiltak som regjeringa meiner må setjast i verk for at fleire skal unngå å få fødselsdepresjonar som ikkje vert behandla.

Statsråd Bent Høie [12:00:11]: Gjennom helsestasjonstilbudet og oppfølgingen av gravide, men også i barseltiden, starter en folkehelsearbeidet allerede før barnet er født, og det jobbes nå med å styrke dette tilbudet. Det har regjeringen lagt opp til i de statsbudsjettene som vi har lagt fram, og de forhandlingene som har vært i Stortinget.

Jeg tror nok at det aller viktigste en kan gjøre på dette området, er å styrke kommunenes mulighet til oppfølging i helsestasjons- og jordmørtjenesten.

Så jobber vi nå med en helhetlig strategi for psykisk helse, som skal være et godt fundament for å peke ut på hvilke områder det er behov for nye satsinger.

Kjersti Toppe (Sp) [12:01:07]: Takk for svaret.

Eg har eit oppfølgingsspørsmål som går på dette med barseloppfølging, for statsråden snakkar om helsestasjonen i svangerskapet, og det er òg veldig viktig. Men det har kome nye retningslinjer for barselomsorga, som er viktige nettopp for å oppdaga om det har utvikla seg ein fødselsdepresjon. Mi bekymring er at mange kommunar enno ikkje klarar å oppfylle det som er dei faglege tilrådingane, med heimebesøk i ei viss tid osv. Og eg trur kanskje det er einighet om at her trengst det eit løft ute i kommunane for å få fleire jordmødrer på plass for å følgja opp dei gravide etter fødsel, spesielt når ein no er hurtigare ute av sjukehuset.

Så spørsmålet mitt er: Kva meiner statsråden må gjerast med barseltilbodet når det gjeld oppfølging, altså den delen av helsestasjonsverksemda? Ser statsråden behov for ein ekstra innsats når det gjeld det?

Statsråd Bent Høie [12:02:10]: De pengene som er bevilget til dette området, har kommunene muligheten til nettopp å prioritere der som de selv opplever at de har de største behovene.

Vi vil nå se på hvor det er behov for nye satsinger. Så fremmet regjeringen på fredag forslag til en ny lov, som Stortinget nå har til behandling, som stiller klare kompetansekrav til kommunene, bl.a. krav om jordmorkompetanse. Jeg håper at flere partier enn regjeringspartiene og samarbeidspartiene støtter opp om den loven, for det ville i så fall innebære et skifte, siden de partiene som satt i forrige regjering, fjernet nettopp kravene til profesjoner i kommunehelsetjenesteloven.

Karin Andersen (SV) [12:03:06]: Jeg vil gjerne ha en oppfølging når det gjelder depresjoner og psykiske problemer knyttet til svangerskap, fødsel og barsel, for det er en veldig viktig sak.

Jeg besøkte Kongsvinger kommune for en tid tilbake, der de har etablert det de kaller en familieavdeling, der de fanger opp noen av de familiene som kanskje sliter litt både med nettverk og med å få på plass relasjonene og få det til å fungere i praksis i hverdagen. De har valgt å organisere dette under barnehagene, for det var der de klarte å finne penger til det, men det er åpenbart at dette også har implikasjoner både over mot barnevern og mot psykisk helse og også fysisk helse og oppfølging. Så spørsmålet mitt til statsråden er: Når man lager denne strategien, som nå er under arbeid, vil man ta hensyn til at her kan man måtte organisere dette på ulikt vis i de ulike kommunene, og at denne type lavterskeloppfølging er veldig viktig?

Statsråd Bent Høie [12:04:14]: Ja. Det er også derfor regjeringen til nå har vært opptatt av å kombinere denne satsingen med øremerkede midler på noen områder, men med frie midler på andre områder, nettopp fordi kommunene ofte har gode løsninger selv både på organisering og til å identifisere hvilke fagområder de har mangler på, og

vil kunne ha stor frihet til å bruke ressursene. Vi ser at det gir resultater. Mens vi var i en situasjon da vi overtok, der årsverkene på disse områdene gikk ned, ikke minst årsverkene knyttet til arbeidet med barn og unges psykiske helse, har vi nå snudd utviklingen og er i ferd med å ta igjen etterslepet som vi arvet etter forrige regjering. Det er veldig positivt.

Jeg er også opptatt av at kommunene her finner ulike gode løsninger selv, men vi gir også et tilskudd over Helse- og sosialdepartementet til kommuner som ønsker å samle denne type tjenester under samlokalisering, f.eks. i form av Familiens hus eller andre ting, sånn at en får samlet tjenestene på ett sted.

Karin Andersen (SV) [12:05:19]: Ingen av de kommunene jeg har snakket med om dette eller om barnevern eller skolehelsetjeneste, har sagt at det er øremerking av penger som er problemet, det er mangel på penger som er problemet. Når man faktisk får penger til et formål og styrker dette tverrfaglig, er det fullt mulig å øremerke pengene også, så det er ikke noe problem. Problemet er at pengene ikke finnes. Hvis statsråden hadde hatt SVs budsjetter å styre på, hadde han hatt atskillig mer penger også til disse områdene. Så det tror jeg ikke vi trenger å diskutere.

Men kanskje et litt annet spørsmål er dette med samhandlingsreformen, for der har kommunehelsetjenesten slitt. Ikke alle bygger opp tilsvarende tilbud som det som blir bygd ned i spesialisthelsetjenesten. Hvordan vil statsråden sikre dette på det psykiske området?

Statsråd Bent Høie [12:06:22]: For det første finnes pengene. 1 mrd. kr er bevilget til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten av regjeringen og samarbeidspartiene, i en kombinasjon av øremerkede midler og frie midler. Det er nok en av grunnene til at representanten heller ikke hører mye klaging på at disse pengene blir for detaljstyrt fra staten. Kanskje lyden hadde vært litt annerledes hvis SVs budsjett hadde blitt vedtatt.

Ja, samhandlingsreformen har skapt store utfordringer for kommunene. Det må nesten SV ta ansvar for selv. Men vi er nå opptatt av å styrke samhandlingen reelt sett mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene også når det gjelder psykisk helse og rus. Derfor innfører vi nå krav til hvordan kommunene og helsetjenesten skal samhandle f.eks. i forkant av utskrivning også innenfor psykisk helse og rus. Det var et område som forrige regjering ikke prioriterte i samhandlingsreformen.

Karin Andersen (SV) [12:07:31]: Jeg synes snart det er på tide at statsråden tar ansvar for det feltet han har ansvar for, og ikke bare skylder på andre. Jeg tror, for å si det sånn, at hvis kommunesektoren hadde fått de økonomiske rammene som SV har fremmet forslag om i sine budsjetter, hadde den nok hatt en helt annen økonomi å rå seg med både på skole og på helse enn det den har i dag, så jeg tror nok ikke at det hadde vært noe problem for kommunene. Det jeg etterlyser, er at man faktisk sikrer at dette kommer på plass. På noen områder har man erkjent at man trenger å øremerke. Det gjør også regjeringen på enkelte områder. Da vi startet i den rød-grønne regjeringen og trappet opp på barnevern, så vi at ikke å øremerke, ikke fungerte, og så måtte vi gjøre det. Og så gjør også an-

dre det. På rusfeltet gjør regjeringen det, men ikke på psykisk helse. Hva er grunnen til den forskjellen?

Statsråd Bent Høie [12:08:26]: Det er ikke en riktig framstilling. Innenfor psykisk helse øremerker vi veldig tydelig. Vi gir direkte rekrutteringstilskudd for å ansette psykologer i kommunene. Det gir resultater. Antallet psykologer har økt betydelig i de årene som en følge av det.

Når det gjelder skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten, er det en kombinasjon av øremerkede og frie midler. Ikke minst er de øremerkede midlene innrettet slik at de kommunene som viser at de bruker de frie midlene til formålet, kan få ekstra midler, en form for belønningsmidler, fordi de da viser at de er villig til å gjøre en innsats. Men det gir kommunene frihet, nettopp som representanten var inne på, til å finne de gode løsningene lokalt på hvordan en skal organisere tilbudet.

Så oppfatter jeg at SV spesielt, og også Arbeiderpartiet, er veldig opptatt av å kritisere regjeringen. Men da må de også tåle at det settes spørsmålsteget ved deres alternative politikk, for det er det valget står mellom.

Presidenten: Replikkordskiftet er over.

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

Olaug V. Bollestad (KrF) [12:09:40]: Jeg hadde bare et behov for å si litt når vi snakker om sengekapasitet i sykehus som blir nedbygd, og da snakker vi om barn og unge. Helsekomiteen var i Stavanger for et par uker siden, akkurat på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og familieenheten, der en så at hvis en flyttet spesialisthelsetjenesten ut og fikk til samarbeidet ute, fikk en bedre resultater. Dette er etter det samme prinsippet som avansert hjemmesykehus for alvorlig somatisk syke barn. Der viser også resultatene at hvis vi får til det, er det bedre for barna og for de unge og bedre for familiene. De får lov til å være i sitt ordinære miljø. Det gjør noe med dem som skal leve rundt dem, enten det gjelder skole eller barnehage. Det tror jeg også vi må tenke når det gjelder psykisk helse. Kanskje spesialisthelsetjenesten, nettopp i tråd med lavterskeltilbudet i kommunene, må jobbe annerledes i framtiden? Det vil strategien vise, tenker jeg, sånn at vi kan satse på rett hest, så vi vinner det løpet som handler om å hjelpe flest mulig. Jeg mener at det må gå an å ha flere tanker i hodet på en gang, og det går an å gjøre annet enn bare å øke sengekapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

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

Sak nr. 3 [12:11:03]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse (Innst. 244 S (2016–2017), jf. Dokument 8:34 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.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [12:11:56] (ordfører for saken): Representanten Toppe tar opp styrking av det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus i dette representantforslaget. Flere av disse forslagene er en oppfølging av Akuttutvalgets rapport, NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. I representantforslaget fremmes hele 14 forslag for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse.

Den akuttmedisinske beredskapen er grunnmuren i helsetjenesten vår. Den skal gi trygghet for akutt hjelp til alle – i hele landet og når de trenger det. Komiteen deler mye av det utfordringsbildet som forslagsstillerne skisserer, og som framgikk av NOU-en. Det har vært behov for å styrke særlig legevaktjenestene, og akuttmedisinforskriften, som ble vedtatt i 2015, stiller nå krav til tjenestene med hensyn til kompetanse, svartider og samarbeid mellom virksomhetene som yter disse tjenestene.

Fagmiljøene og de øvrige høringsinstansene – også i forbindelse med komiteens behandling av representantforslaget – mener at utredningen gir en god beskrivelse av status og utfordringer, og den danner et fundament for framtidige tiltak. Men høringsinstansene er delt i mange spørsmål og påpeker utredningsbehov og potensielle kostnader for kommunene. Når akuttmedisinen for framtiden skal vurderes, er det viktig å være bevisst på hvilke konsekvenser man kan forvente av de ulike foreslåtte tiltakene.

Eksempelvis: Hva er kostnadene ved de foreslåtte handlingsplaner, strategier og tiltak i dette representantforslaget? Det inneholder også flere forslag om forskriftsfesting av ulike mål for tjenesten. Intensjonen er god, men flertallet mener det kan være grunn til at målene for tjenesten er bedre som kvalitetsmål, i stedet for som forskriftsfestede krav.

Norge har en geografi som gjør at tjenesten må organiseres ulikt basert på lokale forhold. Forskrifter som er enkle å oppfylle i én del av landet, kan det være store problemer med å oppfylle i andre deler av landet.

Statsrådets brev til komiteen peker på at flere av høringsinstansene, særlig distriktskommuner og interkommunale legevakter, mener at et krav til reisetid vil forsterke utfordringene knyttet til rekruttering av leger, noe som har vært og er et tema i komiteen. Flere interkommunale legevaktssamarbeid mener at det foreslåtte kravet om reisetid, uten at det opprettes flere vaktbaser, er problematisk. Statens helsetilsyn nevner også dette.

En enstemmig komité viser til at regjeringen er i gang med oppfølgingen av NOU 2015:17 Først og fremst. Oppfølgingen må sees i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og primærhelsemeldingen. Av Nasjonal helse- og sykehusplan framgår det at sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng, og at endring av akuttberedskap krever at det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av ambulansetjenesten. Vi har en god

ambulansetjeneste i Norge, den er viktig for folks trygghet. Komiteen viser til at statsråden har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå basestruktur og kapasitet i luftambulansen i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

De fleste av forslagene som fremmes i dette representantforslaget, er en forskuttering av et arbeid som pågår i regjeringen. Jeg forstår at forslagsstillerne er utålmodige, det er vi også. Men flere av forslagene krever en mer helhetlig utredning, og det pågår også allerede arbeid med å få tiltakene på plass.

Vi har et felles mål om at befolkningen i hele landet skal føle seg trygg på å få kompetent og rask hjelp i akutte situasjoner, så la oss ha et felles mål om å få på plass de tiltakene som fungerer best over hele landet.

Ruth Grung (A) [12:16:38]: Arbeiderpartiet har tidligere gitt klart uttrykk for at vi hadde forventet at NOU-en – Først og fremst – fra Akuttutvalget skulle behandles som en helhet i Stortinget og ikke stykkevis og delt. Dette har vi omtalt i behandlingen av siste statsbudsjett.

Akuttkjeden handler om liv og død, om tidlig og riktig inngripen og om behandling som avgjør overlevelse og redusert skadeomfang for dem som overlever. God akuttkjede avhenger av god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og det har vært et svakt punkt som har gått igjen i mange av meldingene som vi har behandlet i denne salen.

Det er behov for et nasjonalt løft for å øke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i akuttkjeden. Til tross for omfattende kunnskapsgrunnlag om status og utfordringer er fortsatt legevaktjenesten et av de mest forsømte områdene i norsk helsetjeneste. Derfor hadde vi forventet at vi fikk en helhetlig plan til behandling her i Stortinget.

Senterpartiet har valgt å fremme 14 tiltak på bakgrunn av nettopp Akuttutvalgets rapport. For Arbeiderpartiet er det problematisk og lite tilfredsstillende å ta stilling til mange av de konkrete forslagene – selv om de er gode – og tiltakene uten at de har vært skikkelig utredet. Vi støtter derfor noen av forslagene og intensjonene i mange andre. Gjennomgående tror vi det er bedre – slik som også saksordføreren var inne på – med kvalitetsmål for tjenesten istedenfor forskriftsfestede krav. Begrunnelsen er den samme: Norge har en geografi som gjør at tjenesten må organiseres på ulike måter ut fra lokale forhold.

Vi mener også at legevakt skal ha tilgjengelig utrykningskjøretøy, og at sikkerheten til legevaktspersonell skal ivaretas. Det er spesielt viktig å ha utrykningskjøretøy med sertifisert personell der det er lang avstand til sykehus – det er en debatt som pågår parallelt – og det kan være nødvendig med legekompertanse før transport. Behovet kan være forskjellig for by og land og bør derfor utredes, også med tanke på kostnadene det vil innebære.

Jeg fremmer de forslag som Arbeiderpartiet står bak.

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

Morten Wold (FrP) [12:19:22]: Når det er akutt, når det står om liv, da er det å håpe at vi politikere har lagt til rette for en best mulig akuttjeneste for alle landets innbyggere. Blant annet derfor diskuterer vi dette representantforslaget her i dag – i erkjennelsen av at det enkelte

mennesket er lite og hjelpeløst når akutt sykdom inntreffer og en er i en situasjon der man er avhengig av at andre har gjort vedtak og sørget for løsninger som gjør at hjelpen er nær der den livskritiske hendelsen oppstår. Nettopp derfor har regjeringen som mål at man skal sikre sammenhengende systemer for akutte tjenester i og utenfor sykehus som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet i hele landet. Målet er at hele befolkningen skal føle seg trygg på å få kompetent, adekvat og rask hjelp når behovet er som størst.

Forslagsstillerne fremmer ikke mindre enn 14 forslag som de mener skal styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse. Flere av forslagene er, som nevnt tidligere i debatten, en oppfølging av NOU 2015: 17, Først og fremst. Regjeringen er for lengst i gang med oppfølging av denne, og statsråden har allerede i brev form orientert Stortinget om iverksatte tiltak. Det er betryggende at statsråden har varslet at han kommer tilbake til Stortinget med oppfølgingen av NOU-en.

Akuttmedisinsk beredskap er viktig for folk. Men som Akuttutvalget skriver i sin rapport, er Norge – med lange avstander, spredt bosetting og klimatiske utfordringer – et utfordrende land å drive akuttmedisinske tjenester i. Det forhindrer selvsagt ikke at det må søkes å finne de beste både politiske og helsemessige løsninger for at folk flest skal føle trygghet for at det finnes akutthjelp gjennom pasientens helsetjeneste når behovet dukker opp. Likevel er det ikke mulig å sikre seg fullstendig. Akutt sykdom vil fortsatt føre til brå dødsfall som ikke noe helsebudsjett eller noen helsetjeneste kan forhindre. Derfor er det så viktig at vi optimaliserer, utvikler og styrker de prehospitaltjenestene og den prehospitalt akuttmedisinen på alle mulige måter, også innen forskning. Styrkede prehospitaltjenester kan redde mange som rammes av akutt sykdom.

Det pekes fra et flertall i denne sal på at flere av høringsinstansene til Akuttutvalgets rapport krever mer utredning og vil ha store konsekvenser og kostnader. Mange av forslagene egner seg heller ikke som absolutte krav som skal gjelde for hele landet. Derfor vil det være mer hensiktsmessig med standarder eller kvalitetsmål enn med forskriftsmessige krav på enkelte områder.

Denne regjeringen har lagt frem Nasjonal helse- og sykehusplan. Den slår fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur med en ryggmarg av akutt sykehus. Det tror jeg er med på å skape den tryggheten som befolkningen i alle deler av landet er opptatt av. Og i alle tilfellene der det ikke finnes et tilbud om akuttkirurgi rett utenfor stuedøren, er det av avgjørende betydning at de prehospitaltjenestene er velutbygde og velfungerende. I den forbindelse er jeg fornøyd med at det skal etableres en bachelorutdanning i ambulansesfag, noe som vil styrke kompetansen i ambulansetjenesten. En spesialistutdanning i akuttmedisin vil også sikre enda bedre og tryggere mottaksforhold og hjelp når akutt syke mennesker ankommer akuttmottaket etter ambulansetransport i bil, båt, fly eller helikopter.

På bakgrunn av hvor viktig akuttmedisinsk beredskap er for folk, føler jeg meg trygg på at oppfølgingen av den tidligere nevnte NOU-en vil ivareta de 14 forslagene som forslagsstillerne fremmer her i dag – når den tiden kommer.

Olaug V. Bollestad (KrF) [12:13:36]: Å bygge pasientens helsetjeneste er å bygge en grunnmur som gjør at man har den beste forutsetning for behandling og rehabilitering. Tidlig intervensjon er viktig mange steder i livet, og kanskje aller mest når man er alvorlig syk eller skadet og det står om livet.

Å møte akutt skade eller sykdom tidlig, med rett kompetanse, rett respons og rett hjelp har betydning for det helseresultatet pasientene får, hvilke skader som er uhelbredelige, og hvilken livskvalitet en skal leve med resten av livet.

Etter mange års arbeid i norsk akuttmedisin vet jeg av erfaring at de som er lengst unna hjelpen, ringer sjeldnest, og at de som har størst tilgang, ringer oftest. Jo lengre reisevei, jo færre etterspørsler, og når de først kommer, er de skikkelig syke. Derfor er dette viktig å få på plass. Vi er et langstrakt land, med store avstander og ulikt vær. Det betyr at vi må legge til rette for noen forutsetninger i bunnen som sikrer at vi får et mest mulig likt utgangspunkt når pasienter kommer til sykehus:

- legevaktstruktur, enten den er på land eller på vann – noen steder har de den også på båt
- ambulansestructur
- luftambulanse
- redningstjeneste
- ideelle hjelpeaktører som Røde Kors og Folkehjelpen
- kunnskap hos den sivile befolkningen om hva de skal gjøre, at de skal ringe 113, at de skal legge pasienten i stabilt sideleie, og at de kan hjerte- og lungeredning, noe som er av avgjørende betydning for å lykkes

Da Nasjonal helse- og sykehusplan ble vedtatt, var Kristelig Folkeparti opptatt av nettopp denne helheten. Hva legger vi til grunn for helse- og sykehusplanen? Hva er forutsetningene samfunnet legger for at vi skal lykkes i sykehus? Det nytter ikke å ha mange fancy behandlingsmetoder i sykehus hvis vi kommer for sent og hjertet eller hjernen er ødelagt.

Mange steder er det en stor utfordring å få til et godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak når det gjelder utvikling og dimensjonering av det akuttmedisinske tilbudet. Dette har mange steder skapt konflikter og resultatet i sentralisering og svekkelse av beredskap og helsehjelp. Kristelig Folkeparti mener derfor at det haster å få på plass kompetanse og kvalitet i legevaktstjenesten og dimensjonering av luftambulanser, slik at vi vet at det er de samme mulighetene til å bli hentet samme hvor en er i landet, at det er viktig å tenke responstid og hvordan man får på plass gode legevakter og god legevaktpraksis i kommuner med store avstander, at man passer på at ideelle aktører som Røde Kors og Folkehjelpen sammen med alle andre gode krefter er koblet på det offentlige når katastrofen eller det akutte inntreffer.

Da komiteen var i Stavanger på besøk hos Lærdals fabrikk, fikk vi vite at allmennkunnskapen hos folk flest var det viktigste for å lykkes i akuttmedisinen – at vi bygger kunnskap og kompetanse, slik at de som ser en falle om, er i stand til å hjelpe i de minuttene som kanskje teller aller mest. Derfor er Kristelig Folkeparti opptatt av å sikre den kunnskapen også i skole og barnehage, at vi faktisk allerede der begynner å bygge en kompetanse som sitter i ryggmargen den dagen det er noe som skjer.

Vi kan se forskjell fra landsdel til landsdel når det gjelder vektlegging av akuttmedisin og resultater. Noen steder

i landet har det vært større mulighet for å overleve etter et hjerteinfarkt fordi det har vært en stor idealisme hos dem som jobber i spesialisthelsetjenesten, fordi det har vært en drivkraft hos Røde Kors og andre ideelle aktører, og fordi fastleger og kommuner har vært koblet på. Flere overlever.

Dette må vi få til å fungere over hele landet. Vi må få til en samhandling mellom legevakt, ambulanse, luftambulanse, sykehus og fastleger, og om responstid må vi mene det samme med rød, gul og grønn respons. Derfor tror Kristelig Folkeparti på et systematisk arbeid over hele landet, slik at vi kan redusere de geografiske forskjellene som faktisk finnes.

Jeg tar med dette opp forslagene nr. 6–13.

Presidenten: Representanten Olaug V. Bollestad har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Kjersti Toppe (Sp) [12:28:25]: Den akuttmedisinske beredskapen er ein grunnmur i folket si helseteneste, og han skal gi tryggleik for akutt helsehjelp til alle i heile landet når ein treng det. Kvalitet og nærleik til akuttfunksjonar er viktig for å etablera tryggleik og føreseielegheit når hjelpa hastar. Noreg handterer i stort slike situasjonar på ein god måte, men det er store geografiske forskjellar, og det er behov for ei kvalitetsheving i heile kjeda.

Akuttutvalet har levert si innstilling gjennom NOU 2015:17, Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Dei meinte det var ei særskilt utfordring at helseføretak og kommunar har ein tendens til samtidig å sentralisera sine akuttilbod, altså at ein opplever ei samtidig sentralisering i dag av legevakt, ambulanse og akuttmottak. Dei skriv at lang reisetid og avstand til helsetenester fører til mindre bruk også ved akutt sjukdom. Dette truar den politiske målsetjinga om likeverdige helsetenester uansett kvar ein bur i dette landet.

NOU-en vart godt mottatt i helsetenestene. Senterpartiet har vore bekymra for at regjeringa – akkurat på denne NOU-en – vel ikkje å fremja ei heilskapleg oppfølging til Stortinget. Derfor fremjar vi dette representantforslaget.

Når det gjeld legevakt, er det ein svært viktig del av den allmenne helseberedskapen i kommunane. Akuttutvalet skriv at deira inntrykk er at legevakt er i ferd med å verta ei svak teneste i den akuttmedisinske kjeda: Legevakttenesta har utfordringar med rekruttering og bemanning og sjukebesøk, og utrykkingar skjer i mindre grad enn ønskeleg. Det finst liten dokumentasjon på at utviklinga mot større legevaktdistrikt og interkommunale legevaktssamarbeid har auka kvaliteten på tenestene. Éin lege på vakt, nedlegging av legevaktstasjonar og lang reisetid til legevakt har vorte ein realitet for svært mange innbyggjarar. Med lang reisetid til legevakt går bruken ned.

Nedgangen i bruk av legevakt gjeld tidskritiske og moglege livstruande tilstandar i nesten same grad som mindre tidskritiske tilstandar. Akuttutvalet meiner at legevakttenester må bemannast betre, etter innbyggjarane og pasientane sine behov, og at fastløn for legevaktssamarbeid må brukast hyppigare og på lengre sikt verta hovudløn. Det vil òg kunna styrkja styringsmoglegheitene til kommunen.

Senterpartiet er opptatt av å sjå legevakt og fastlege i samanheng. Ein vil ikkje klara å utvikla ei god legevaktteneste utan ei stabil fastlegeteneste. Det må vera eit mål å auka fastlegane si deltaking i legevaktssamarbeid. Og vårt

forslag om å leggja fram ein handlingsplan for tilgjenge, kvalitet og kompetanse i fastlegetenesta er – for dei som ikkje veit det – direkte sitat frå Sundvolden-erklæringa. Regjeringa sjølv har altså fremja dette, men dei har jo ikkje levert på dette i Stortinget.

Vi føreslår at det må lagast økonomiske ordningar for dei som varetar dei minste kommunane sitt behov for legevakt, slik at kvaliteten kan verta lik i heile landet. Og vi vil forskriftsfesta det som er sett som eit mål frå Akuttutvalet, at 90 pst. av befolkninga i kvart legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutt reisetid til nærmaste legevaktstasjon, og at 95 pst. av befolkninga skal ha maksimal reisetid på 60 minutt. Dette vil sikra at folk får ei tilgjengeleg legevaktteneste.

Så til ambulanse: I helga fekk vi høyra at brannvesenet på Sortland måtte frakta ein skadd pasient til sjukehus fordi ein hadde kutta i ambulansenesta. Det er stadig færre ambulansar på norske vegar. Sidan 2002 har talet på ambulansar vorte redusert med 70, mens oppdragsmengda har auka med 42 pst. Berre dei siste fire åra har det vore minst 10 pst. auke. Vi føreslår at ein også her skal forskriftsfesta dei anbefalte utrykkingstidene.

Vi meiner at desse forslaga som vi fremjar, er godt greidd ut, i og med at dette er forslag frå ein NOU som har fått veldig gode tilbakemeldingar i høyringsrunden. I forslaga ber vi om at ein skal greia ut f.eks. dette med fastløn for legevaktlegane, og vi ber om ei utgreiing om ordninga med akutthjelpearar. Det er heilt nødvendig, for dei kjem mellom barken og veden når alle sentraliserer kvar på sitt felt.

Med dette vil eg fremja forslag nr. 14, frå Senterpartiet.

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

Ketil Kjenseth (V) [12:33:51]: Den akuttmedisinske beredskapen er særleg viktig. Blant annet derfor fremmet undertegnede, sammen med flere representanter fra Venstre, i 2015 forslag om et drømmeløft for akuttmedisin, psykiatri og regional helseinnovasjon, nettopp fordi vi er nødt til å diskutere de store utfordringene vi står overfor både i kapasitet, i kvalitet og også i organisering.

Legeforeningen har gjort en utredning om særlig legevakten og kaller den for en nødetat i bakevja. Det er nok mye rett i det. Det er en nødetat som ikke er uniformert, de har ikke egne legebiler eller egne uniformer for den del, og de sliter med et mangfold av digitale plattformer. Sju, åtte, ni, ti kommuner er kanskje delaktige i én legevakt og har i verste fall forskjellige helseplattformer, og det er vanskelig å få til samhandling mellom dem.

Rekrutteringen til legevakten er en annen utfordring. Vi må ta hensyn til at sju av ti medisinstudenter i Norge i dag er kvinner. De får det til å fungere, det å kjøre legevakt og være småbarnsmødre, men det kan oppstå noen utfordringer knyttet til det. Vi må legge bedre til rette for at de mange kvinnelige allmennlegene får bruke den muligheten, for allmennlegene er viktige i legevakten.

Ganske mange legevakter har ingen psykiatrisk eller psykisk kompetanse tilknyttet seg – det er også en av utfordringene – og det skjer for øvrig store teknologiske framskritt som legevaktene imellom primærhelsetjenestene og sykehusene sliter med å bli koblet til. Øving, trening og simulering er en annen av utfordringene som vi står

overfor. Så det mangler ikke på utfordringer i denne sektoren.

Venstres ønsker at vi skal diskutere dette rommet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i dag. Vi har fylker som kan ta et større ansvar, og det ser vi innenfor tannhelse, at de både driver tannhelse og organiserer tannlegevakter. Det er en mulighet for å diskutere og se på en ytterligere samordning av disse vaktene.

Representanten Kjersti Toppe var innom utviklingen fra 2002 og fram til i dag, en utvikling der vi har sett færre legevakter, større legevakter, færre ambulanser og en økning i antall utrykninger og behov. Da må en se på at Senterpartiet selv satt i regjering i åtte år der den største delen av den sentraliseringen faktisk skjedde, og det ble mange færre og betydelig større legevakter. Det er bra at Senterpartiet ser at den utviklingen var en utfordring, og at vi har noe å hente igjen, på både kapasitet, kvalitet og organisering i det videre. Det er ikke sikkert at mange små kommuner er riktig sted for å organisere legevakter i framtida.

Så er jeg veldig glad for at Venstre har fått gjennomslag for å gjøre noen flere piloter knyttet til helsevakt, som kan passe for de mindre kommunene som skal samarbeide, eller også for noen bykommuner. Trondheim har et forsøk sammen med noen nabokommuner, de bygger faktisk ut en type helsevakt som skal være mer mobil i byen, ikke bare et sted man kommer til, og som innbefatter flere helsefagarbeidere enn bare leger. Det er en utvikling Venstre imøteser.

Vi må se på flere sånne piloter, og vi har pekt på særlig Valdres og en mulighet, der er det flere piloter. Det er for øvrig et område, som er et godt stykke unna sykehus, som har bygd et nytt lokalmedisinsk senter. Vi har tolv lokalmedisinske sentre i Norge i dag, og jeg spør meg veldig om hvorfor vi ikke har flere. Det bør være ett av svarene på framtidens helsetjeneste, der de nye fylkene godt kan være aktøren som har det politiske ansvaret for den type helsetjenester.

Sør-Østerdal er også et eksempel, og det er i nærheten av et større akutt sykehus, som Elverum.

Så til Senterpartiet i saken om rus, at vi må gjøre en utredning ... (presidenten klubber).

Presidenten: Da er tiden ute.

Karin Andersen (SV) [12:39:10]: SV kommer til å støtte de fleste av forslagene som er framlagt i denne innstillingen. Det gjør vi fordi de er utredet i en stor utredning, NOU 2015:17, og fordi dette er et veldig viktig område for folks trygghet og tillit til helsevesenet, i tillegg til at det selvfølgelig er en helt avgjørende bit av den livreddende virksomheten som foregår i akuttmedisinen – enten det er det som skjer på åstedet, det som skjer ved transport, eller det som skjer i akuttmedisinsk mottak eller i legevakt.

Det kan være grunn til å spørre seg hvorfor det ikke er flere distriktsmedisinske sentre rundt omkring, men det viktigste nå må være at vi ikke legger ned flere lokalsjukehus, som kan være basen for dette mange steder, og at det er en uvurderlig basis for å kunne ha god akuttmedisin, både på veggen og på legevakten, der det finnes lokalsjukehus. Det må i tillegg organiseres med bedre legevakter eller med medisinske sentre der det ikke finnes.

Vi kommer til å stemme for forslagene som foreligger. Det har vært flere representanter som har redegjort for dem, så det skal jeg ikke trenge å si så mye om.

Vi har vært litt i stuss om forslag nr. 7 fordi det er veldig spesifikt. Sjøl om 20–40 sykebesøk per 1 000 innbygger kanskje er et stort slingringsmonn, sies det noe – i utredningen – om en utvikling der man bruker mindre hjemmebesøk enn man gjorde før, men at det kan være en god og helt nødvendig styrking å bruke hjemmebesøk. Så under litt tvil stemmer vi for forslag nr. 7, sjøl om det er så spesifisert at man kanskje kan trenge å se på om det kan gjøres på litt andre måter.

De andre forslagene er stort sett at man ber om utredning og oppfølging. Da har man selvfølgelig mulighet til å gjøre dette når man skal legge det fram, med ulike vurderinger som ligger bak. Så når alle er enig i dette, er det litt rart at man skal behøve å stemme imot det.

Det ene forslaget vi ikke kommer til å stemme for, er forslag nr. 14. Det er fordi vi har gått inn i det, og det er ikke mulig å se hvorfor man skulle behøve å endre noen læreplaner eller hovedmål for å få dette på plass, tvert imot er det dekket innenfor de læreplanene som er i skolen i dag. Det er selvfølgelig viktig at alle elever helt fra barnehagen kan lære seg førstehjelp, men vi tror ikke det er nødvendig å gå inn og gjøre endringer i dette for å få det til. Det som mangler, er nok heller, også her, litt økonomiske muligheter til å gjennomføre det i praksis.

Vi kommer til å støtte alle forslagene som foreligger, bortsett fra forslag nr. 14.

Statsråd Bent Høie [12:43:06]: Regjeringens mål er å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus. Befolkningen skal føle seg trygg på å få kompetent og rask hjelp i akutte situasjoner.

Gjennom primærhelsemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan gir regjeringen en plan for utvikling av tjenestene, inkludert de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. På dette området er det lagt fram flere handlingsplaner og utredninger, og jeg mener at vi nå har nok til å sette i verk tiltakene.

Regjeringen har som mål å styrke kvaliteten og innføre strengere krav til legevaktjenesten gjennom akuttmedisinforskriften. Forskriften er godt mottatt i fagmiljøene og gir et grunnlag for å styrke tjenesten. Samtidig bekymrer mange kommuner seg for om legevaktjenesten klarer å innfri kompetansekravene. I det ligger også en bekymring for rekruttering til fastlegeordningen. Det er gitt en overgangsordning til mai 2018 for å få på plass nødvendig kompetanse. Kommunenes bekymringer forteller meg at vi bør finne en god balanse mellom nasjonale krav til tjenesten og en åpning for lokale tilpasninger.

Flere av Akuttutvalgets forslag krever utredning og vil medføre økte kostnader. Ut fra høringsuttalelsene mener jeg at flere forslag ikke er så godt egnet som nasjonale krav. Det kan være mer hensiktsmessig med standarder eller kvalitetsmål. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utrede kvalitetsmål for legevaktjenesten. Direktoratet skal også gjennomgå behovet for normerende dokumenter på det akuttmedisinske området og vurdere å lage en veileder for legevaktjenesten.

Legevaktjenesten er en sårbar tjeneste med mange bærekraftsutfordringer. Gode løsninger forutsetter at kommunene planlegger sine deltjenester samlet, og trekker inn

andre aktører ved behov. Jeg mener det er tid for å tenke mer innovativt rundt legevaktjenesten og legge til rette for at lokale ressurser, både offentlige og frivillige, kan brukes på en bedre og mer fleksibel måte. Jeg har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede et pilotprosjekt med et helsevaktssystem.

Tall fra OECD viser at norske resultater er i toppklasse for behandling av akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Det tyder på en velfungerende akuttkjede. I ambulansetjenesten kan vi nå gi behandlingsopplegg for pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Regjeringen vil fortsette å styrke kapasiteten og kompetansen i ambulansetjenesten. Jeg mener utviklingen av ambulansetjenesten bør ses i sammenheng med tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan og arbeidet med utviklingsplaner i regionale helseforetak framfor egne handlingsplaner.

Jeg har fulgt opp Akuttutvalgets anbefaling om å gjøre responstider for ambulansetjenesten til en nasjonal kvalitetsindikator. Jeg mener det er bra at resultatene for responstider nå offentliggjøres jevnlig. Da kan sykehusene bruke resultatene til å forbedre tjenesten.

I fjor ble den første nasjonale befolkningsrettede hjerneslagkampanjen gjennomført. Denne uken lanserer vi Hjertestarterregisteret, som gir en oversikt over hvor de nærmeste hjertestarterne er plassert. Men vi kan bli enda bedre ved at flere lærer seg å kjenne tegnene på hjerneslag og hjertestans, og flere må også kunne gi livreddende førstehjelp og ringe 113.

Vi følger opp med en nasjonal førstehjelpsdugnad, der skole, arbeidsliv og eldre er viktige innsatsområder. Akutt-hjelperordningen inngår i dette arbeidet. Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap vil lage en veileder som tydeliggjør akutt-hjelperfunksjonen.

Vi har tradisjon for samarbeid mellom offentlig redningstjeneste og frivillig sektor, og samarbeidet med frivillig sektor er nedfelt i plan- og rammeverk – nasjonalt og lokalt. Helsedirektoratet er kontaktpunkt for frivillige organisasjoner. Vi har etter mitt syn etablert omfattende og gode rammer og rutiner for samarbeid med frivillig sektor for helseberedskap, og jeg ser ikke behov for å utarbeide ytterligere planverk eller strategier.

Vi har gode akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, og regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus, og vi gjør dette ved å iverksette konkrete tiltak.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Kjersti Toppe (Sp) [12:48:18]: Eg refererte i innlegget mitt til regjeringsplattforma, der det står at regjeringa vil «utarbeide en handlingsplan om tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegetjenesten».

Spørsmålet mitt er om statsråden meiner at regjeringa har levert ein slik handlingsplan som dei sjølve sa dei skulle levera i regjeringsplattforma.

Statsråd Bent Høie [12:48:42]: Vi er nok litt mer opptatt av handling enn av handlingsplaner.

Jeg mener at vi følger opp det som var intensjonen i regjeringsplattformen gjennom den nye akuttmedisinfor-skriften, som vi har fått vedtatt. Gjennom at vi nå setter i gang en pilot knyttet til en helsevaktordning, som Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede, vil det gi oss nye og

innovative løsninger, sannsynligvis, for slik det skal være etterpå.

Vi ønsker å prøve ut nye beredskapsmodeller utenfor fastlegekantorenes ordinære åpningstid, etter kl. 16.00 eller etter kl. 23.00. Samtidig må tilgjengeligheten for brukeren være i fokus hele døgnet.

I mitt innlegg viser jeg til alt som nå er i gang på dette området, og det vil innebære en handling for å få en bedre legevaktjeneste.

Kjersti Toppe (Sp) [12:49:48]: Takk. Det var ikkje eg som ville ha ein handlingsplan; det var regjeringa – for berre å presisera det.

Men eg har eit spørsmål om akutt-hjelparar. Akuttutvalet problematiserer deira stilling og ansvar, noko som no vert synleggjort i mange kommunar der ein kanskje ikkje har ei godt nok utbygd legevaktteneste, og der ambulansen kuttar i sitt tilbod. Ofte er det akutt-hjelparen, som er den første ved ein skadestad, som vert kutta ut. Dette er frivillige, dei har ein annan sivil jobb, dei gjer det ved sidan av, dei har ikkje den same opplæringa, og dei har heller ikkje det same støtteapparatet rundt seg når dei står i vanskelege situasjonar. Akuttutvalet bad om ei utgreiing av akutt-hjelparordninga, eg føreslår det, i dag vert det nedstemt. Kva meiner statsråden bør gjerast med omsyn til denne tenesta?

Statsråd Bent Høie [12:50:53]: NOU-en viser til mange gode eksempler på hvordan akutt-hjelperfunksjonen kan brukes i ulike kommuner. Det har jeg også sett, og der er det mange spennende løsninger. Men Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap vil nå lage en veileder som tydeliggjør akutt-hjelperfunksjonen. Dermed vil en få flere avklaringer knyttet til denne rollen – som jeg oppfatter også er representantens intensjon.

Kjersti Toppe (Sp) [12:51:26]: Takk for svaret.

Statsråden var i innlegget sitt inne på den nye akuttmedisinfor-skriften, der ein set krav til legevakt for å sikra kvaliteten og kompetansen. Forskriften er god, men vi veit vel alle at for nokre kommunar har kravet til f.eks. bakvakt gjort at det kan verka krevjande å få det til, slik at når overgangsordninga i 2018 er over, vil faktisk forskriften kunna tvinga fram endå større legevakt-distrikt. Det som er bekymringsfullt, fagleg, opp mot det, er at vi veit frå undersøkingar at større avstand til legevakt fører til at folk ikkje oppsøker legevakt, sjølv ved akutte tilstander.

Kva vil statsråden gjera for å sikra ei god ordning som tar vare på kompetansen og i små kommunar med lange avstandar?

Statsråd Bent Høie [12:52:28]: Som representanten er inne på, har vi vedtatt en overgangsordning på tre år fram til 1. mai 2018, nettopp for å sikre grunnkompetansen for leger og operatører ved legevaktssentralene, og at de innen fem år skal få muligheten til å få kurs, fordi en bl.a. har utfordringer med kapasiteten på dette området.

Vi forventer at kommunene arbeider godt for å få på plass personell som oppfyller de kompetansekravene. Så følger vi nøye med på implementeringen av forskriften, sammen med Helsedirektoratet og KS. Jeg tenker at nå har vi gitt en frist, og så får en følge med på hvilke utfordringer

dette eventuelt gir ytterligere, for å kunne justere underveis hvis det er behov for det.

Presidenten: Replikordskiftet er over.

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

Kristin Ørmen Johnsen (H) [12:53:37]: Jeg har lyst til å si noen ord om førstehjelp, som har vært nevnt her. Det er klart at i akutttilfeller står det om minutter om man klarer å redde en person eller om man ikke klarer det. Ofte ser vi historier i media om at noen som kunne førstehjelp, tilfeldigvis har vært i nærheten av folk og klart å redde dem.

En historie fra mitt eget hjemfylke: En stortingsrepresentant falt om utenfor et treningsstudio. Der var det en hjertestarter, og én kunne håndtere den hjertestarteren, så vedkommende overlevde. Så dette med kunnskap om og kompetanse på førstehjelp hos befolkningen er veldig viktig. Mange har gjennomgått slike kurs, men fortsatt er det store mangler. Det å satse på kunnskap om og kompetanse på førstehjelp betyr mye. Flertallet i komiteen, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at det er viktig å få på plass et helhetlig system for kompetanse på førstehjelp i skolen. Det er ikke noe nytt, skolen har jobbet med det. Men vi er internasjonalt ledende på dette området, og det er viktig at vi fortsetter å være det, og jobber videre med det. Komiteen ser også fram til den nasjonale førstehjelpsstrategien som Helsedirektoratet jobber med.

Statsråden nevner i brevet sitt særlig AMK-sentralene og deres mulighet til å veilede publikum. Det var også noe som vi fikk vite på vårt besøk i Stavanger, at AMK-sentralenes rolle kanskje har vært noe undervurdert, og det å ha kompetanse til å veilede dem som står overfor en person som er falt om, er utrolig viktig og betyr mye.

Vi nærmer oss påsken, og da er det tradisjon at flere hundre frivillige hjelpearbeidere er tilgjengelige for påsketurister rundt om i det ganske land. Vi har en stor frivillig sektor som utgjør en ressurs innenfor beredskapsarbeidet, ikke minst det å kunne håndtere øyeblikkelig hjelp. Vi er veldig opptatt av at dette gode samarbeidet med frivillig sektor skal fortsette. Det er nedfelt i et planverk. Det er i dag gode rutiner for det. Vi ser derfor ikke behov for å utarbeide ytterligere planverk og strategier på dette området, men fra talerstolen har jeg iallfall lyst til å rose alle de frivillige som nå skal i fjellet og bidra med å hjelpe til. Det arbeidet de gjør, er utrolig viktig og verdifullt.

Bård Hoksrud (FrP) [12:56:51]: Dette er et kjempeviktig tema, som betyr noe i hverdagen til alle mennesker i dette landet: å ha gode akuttjenester og en god akuttkjede som ivaretar folk når de trenger hjelp, og det står om livet.

Derfor er jeg veldig glad for at diskusjonen har kommet opp, og for at vi har en statsråd og en regjering som er opptatt av dette, at dette er ting man ønsker å gjøre noe med. Så jeg føler nok litt på at en del av de forslagene som foreligger her, er litt som å slå inn åpne dører. Men det er bra å få den diskusjonen som vi nå har hatt. Jeg synes det har vært interessant å høre på innleggene.

Jeg har selvfølgelig lyst til å dra fram i hvert fall én solskinshistorie, med tanke på å gjøre noe med dette viktige

området. I Telemark er man nå i full gang med et akuttkjede-prosjekt, hvor man ser på hele akuttkjeden – fra pasienten ringer inn og første henvendelse kommer, og til man er på sykehuset og eventuelt får behandling, og med alle de forskjellige aktørene innenfor både kommune, frivilligheten osv. og helt inn til spesialisthelsetjenesten på sykehuset – fordi det er viktig å se på pasientflyten og hvordan pasientene blir behandlet og får hjelp, inntil man er der man skal være på sykehuset. Jeg synes dette er kjempeviktig og kjempebra, og jeg har lyst til å si til flere av komiteens medlemmer at man bør få litt mer informasjon om hvordan man jobber der, om hvordan man kan styrke og bedre akuttkjeden, og om hvordan vi kan bli bedre på det.

Til slutt har jeg også lyst til å være innom det samme som foregående representant: Frivilligheten innenfor redning og beredskap i Norge er fantastisk stor. De gjør en kjempeviktig jobb, og det er man opptatt av at man må sette pris på. Jeg opplever at man der allerede har gode rutiner for å ivareta dette på en god måte. Vi skal være veldig glad for at vi har de ressursene. Kanskje spesielt nå, når det nærmer seg påske, er de viktige i fjellet. Men det er også mange som driver med beredskap ved sjøen og andre steder, bl.a. redningsdykking osv., som frivilligheten driver med, og som er et fantastisk bra tilbud, som vi skal være veldig glad for og stolt av.

Så må vi fortsette å jobbe for å styrke akuttkjeden, for det handler om hverdagen og tryggheten til mennesker i hele landet.

Kjersti Toppe (Sp) [12:59:50]: Først til dei frivillige: Det er veldig viktig og rett at dei vert nemnde i denne debatten, dei står for ein god del av den totale helseberedskapen i dette landet. Vi fremjar forslag om at ein skal utarbeida ein frivilligstrategi med tanke på helseberedskap. Det er i utgangspunktet ikkje noko som vi, altså Senterpartiet, føreslår, det er forslag frå NOU-en. Dette er viktig, og vi har ikkje den heilskaplege strategien og ordningane for det. Då tenkjer eg at det er litt lettvent å avfeia det med at dette fungerer så veldig bra. Vi må sikra det òg for framtida, for det kjem ikkje av seg sjølv.

Når det gjeld det som representanten Kjenseth var inne på – det var veldig bra – og som er påpeikt: Som legevakt køyrer ein rundt i privatbilar med ikkje-uniformert personell og utan støttepersonell. Sjølv om det har kome fleire ordningar for dette i dei faste legevaktene, er ein framleis åleine på vakt. Vi har eit forslag om det, det blir òg stemt ned, men eg meiner dette er ein veg ein må gå, og som vi må få til. Det same gjeld forslaget om faste stillingar i legevakt, at det skal verta ein del av regulert arbeidstid for legar.

Det er slik i dag at legevakta i Noreg er boren fram av legar som jobbar overtid, det er utanom normal arbeidstid. Til representanten Kjenseth: Ja, det er klart at dette har skjedd under fleire regjeringar, både ambulansesentralisering og legevaktdistrikt. Eg skal òg innrømma at eg har vore for noko større legevaktdistrikt, for det er ein balansegang mellom vaktbelastninga på legar og det som er behovet til pasientane. Eg er ikkje absolutt imot legevakt-samarbeid, men vi veit at det finst ei grense for reiseavstand, og det er vi nøydde til å ta stilling til. Elles har eg faktisk jobba både på legevakt og i ambulanse, så eg ser på ein måte begge sider av denne saka. Viss vi skal få til ei styrking av akuttberedskapen i Noreg, er vi først og fremst

nøydde til å få fastlegeordninga til å fungera og legevakttenesta til å fungera, og så må ambulansetenesta ikkje kut-tast, slik vi har sett tendensar til dei siste åra.

Ketil Kjenseth (V) [13:03:01]: Jeg starter der representanten Kjersti Toppe avsluttet, for Venstre er nok mye enig i Senterpartiets forslag her. Når vi ikke stemmer for så mange av disse forslagene nå, er det fordi vi mener at det er så omfattende forslag at de bør igjennom en stortingsmelding og noen proposisjoner. Det er mye penger det er snakk om, så vi er nødt til å ha en prioriteringsdebatt om hvor vi skal starte den opptrappingen, som vi er nødt til å gå gjennom.

Når det gjelder fastlegene, er de en viktig del av det å styrke akuttkjeden. For Venstres del har vi i vårt nye program vedtatt at vi ønsker et tak på antall fastleger med lister, 90 pst., og at vi skal ha rom for å ha kommunalt lønnede leger i de resterende 10 pst. – i større grad at kommunene tar det ansvaret. Noen kan drive tilsyn i institusjoner, andre kan jobbe med ruspasienter, noen kan jobbe mer med legevakt – og alarmsentraler for den del. Men kommunene selv må være med på å prioritere hvilke deler av legetjenesten en skal prioritere ressurser til som ikke er finansiert av listepasienter.

Vi har tidligere i dag snakket om sprøyterom og brukerrum. Det er også en del av denne akuttkjeden, for det er en del utrykninger. De skal også kobles på i noe større grad, og utfordringene rundt om i landet blir større og større.

AMK-sentralene trenger vi å jobbe mer med. De 17 vi har i dag, har gjort en god jobb, men nå er vi inne i en situasjon hvor mange av de kommunale alarmsentralene skal veksle fra analoge til digitale sentraler. Det kommer til å gå et mye større antall alarmer, og de skal håndteres lokalt. Nettopp derfor er det særlig viktig å gjøre noen piloter på helsevakt for å utvikle den kompetansen som skal håndtere det lokalt. I tillegg må vi også koble på Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, som i dag ligger bak og støtter opp under de 17 AMK-sentralene. Disse må vi også sette inn på de kommunale alarmsentralene og få satt mer inn i et nasjonalt system.

Til slutt: En av de gode akutthjelperne som vi nok overser, er lavinehundene. Og når vi, noen av oss, skal opp i påskefjellet, er det viktig å huske på at det koster opp mot 1 mill. kr å utdanne en lavinehund, og det er to års trening. Det finnes ingen støtteordninger for lavinehunder i dag. Det skal vi huske på når det går et og annet ras i påskefjellet.

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

Sak nr. 4 [13:06:05]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tone Wilhelmssen Trøen, Kari Kjønaas Kjos og Ketil Kjenseth om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens (Innst. 245 S (2016–2017), jf. Dokument 8:64 S (2016–2017))

Karin Andersen (SV) [13:06:32]: Jeg har bare behov for å redegjøre for en liten feil som står i innstillingen. Vi sitter ikke i komiteen, men vi sitter i Stortinget, og i Stor-

tinget stemte vi sammen med Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet og stemte altså for disse forslagene. I dag ønsker vi å stemme imot I og for II.

Presidenten: Da er det redegjort for. Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4.

Sak nr. 5 [13:07:15]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte) (Innst. 239 L (2016–2017), jf. Prop. 49 L (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.

Tove Karoline Knutsen (A) [13:08:00] (ordfører for saken): Vi skal i dag behandle en lovproposisjon om pårørendestøtte som tar til orde for endringer som først og fremst har som mål å tydeliggjøre kommunenes allerede lovpålagte ansvar overfor pårørende som yter særlig omsorg utover det vanlige.

Det er tverrpolitisk enighet om at dette er viktig. En samlet komité understreker viktigheten av det arbeidet pårørende utfører, og viser til at om lag halvparten av de samlede omsorgsoppgavene i samfunnet utføres av familie-medlemmer og/eller nærstående av den som mottar tjenestene. Komiteen er også enig i at vi skal ha ordninger og regelverk som ivaretar og verdsetter dette arbeidet.

Alle høringsinstansene som har uttalt seg, peker på at vi har en stor utfordring med å gi gode og ikke minst likeverdige tilbud til pårørende som ivaretar særskilt omsorg for familiemedlemmer. I dag er forskjellene for store kommunene imellom når det gjelder hva slags ytelser som gis. Disse forskjellene må vi se mer kritisk på og vurdere, bedre enn det denne proposisjonen legger opp til, hva vi kan gjøre for å bøte på dette i pårørendepolitikken.

Det betyr at vi også må se på pasient- og brukerrettighetsloven når vi skal gi fortjent anerkjennelse til pårørende. Vi må vurdere hvorvidt lover og regelverk tilstrekkelig ivaretar hensynet til pårørende og andre nærstående som har tatt på seg et stort omsorgsansvar. Her må vi være lydhøre overfor de pårørendes egne behov for å kunne ivareta eget liv utenom det å være omsorgsperson, og så må vi følge opp med målrettede tiltak.

Jeg merker meg at regjeringa ofte viser til Meld. St. 29 for 2012–2013, Morgendagens omsorg. Det er veldig bra, for det er det god grunn til. Denne meldinga, som ble lagt fram våren 2013 av Stoltenberg II-regjeringa, var banebrytende på flere måter når det gjelder pleie- og omsorgssektoren. Meldinga hadde flere konkrete forslag for å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende, og understreket be-

tydningen av bedre samspill mellom pårørende og fagfolk i helse- og omsorgssektoren.

Samordning og tydeliggjøring av eksisterende lovverk, slik også denne proposisjonen legger opp til, er viktig. Men Arbeiderpartiet mener det er grunn til å peke på det som også mange av organisasjonene som deltok på komiteens høring, sa, at regjeringa ikke tar de nødvendige grep for reelt å styrke de pårørendes eller brukernes situasjon. Flere peker på at regjeringas ambisjonsnivå er altfor lavt med tanke på det betydelige arbeidet som pårørende utfører.

Arbeiderpartiet mener at man må se på hvordan pliktbestemmelsene for kommunene, som den foreliggende proposisjonen altså tar til orde for å styrke, kan følges opp med en tydeliggjøring av forholdet mellom disse bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven og rettighetsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven for pårørende som har et omfattende omsorgsansvar. Dette adresseres ikke tydelig nok i denne proposisjonen.

Vi vet at kommunene f.eks. håndterer tildeling av omsorgslønn eller omsorgsstønad svært ulikt. Dette tilsier at den foreslåtte styrkingen av kommunenes plikter, slik det framkommer i lovforslaget, bør svares opp med formuleringer i pasient- og brukerrettighetsloven eller i veiledere og rundskriv som tydeliggjør pårørendes rettigheter. Arbeiderpartiet ber derfor om at dette utredes i det videre arbeidet med å implementere forslagene i proposisjonen. Det er f.eks. mulig å tydeliggjøre denne retten med utgangspunkt i hvordan lov om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse er utformet. Her har tjenestemottaker rett til å ta ut innvilget støtte som personlig assistanse dersom man har et «betydelig hjelpebehov», definert ut fra et gitt antall innvilgede timer i støtte per uke. Den malen kan man selvsagt bruke også når det gjelder omsorgsstønad, men man kan også tenke seg andre måter å gjøre det på, f.eks. med presiseringer i veiledere og forskrifter, som tidligere nevnt. Det er dette vi mener bør utredes nærmere.

Arbeiderpartiet tar i vårt nye programforslag til orde for at vi må ha en nasjonal pårørendestrategi, hvor vi ser enda breiere og mer grundig på det arbeidet familiemedlemmer og nærstående yter til mennesker som har et ekstra omsorgsbehov. Det forslaget skal behandles og forhåpentligvis vedtas av Arbeiderpartiets landsmøte like over påske.

Jeg tar opp de forslag vi fremmer alene og sammen med henholdsvis Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Presidenten: Representanten Tove Karoline Knutsen har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [13:13:12]: Endelig behandler Stortinget i dag denne loven som skal sikre at pårørende får bedre støtte og oppfølging av kommunen. Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig at pårørende får god støtte og avlastning, og at deres innsats anerkjennes.

I forrige uke la Pårørendealliansen frem sin undersøkelse om pårørende, en tankevekker av en undersøkelse som dokumenterer den enorme innsatsen pårørende gjør. Alliansens budskap var tydelig: Det viktigste vi kan gjøre for pårørende, er å verdsette deres innsats, synliggjøre deres arbeid og inkludere dem bedre fremover.

I dag er det slik at 86 pst. ikke mottar noen økonomisk kompensasjon. 12 pst. får omsorgslønn, og 2,6 pst. får pleiepenger. Det er en situasjon Høyre–Fremskrittsparti-regjeringen nå gjør noe med.

Den nye lovbestemmelsen vi vedtar i dag, styrker de pårørendes rettsstilling ved å tydeliggjøre kommunens ansvar for å tilby støtte til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Kommunene får nå en plikt til å foreta en selvstendig vurdering av de pårørendes behov, og de må tilby pårørendestøtte i form av avlastning, omsorgsstønad, veiledning og opplæring. Dermed sikrer vi at kommunens helse- og omsorgstilbud også ivaretar pårørende. Lovforslaget vil dermed medføre en endring av rettstilstanden, og det stemmer derfor ikke, slik det hevdes fra flere, at dette kun er en videreføring av gjeldende rett.

Det er også slik at dette lovforslaget må ses i sammenheng med den betydelige utvidelsen av pleiepengeordningen som regjeringen har foreslått, og innstillingen som nylig er avgitt i arbeids- og sosialkomiteen. Styrkingen av pleiepengeordningen er et gedigent løft – en årlig merkostnad på om lag 560 mill. kr. Dette er en dobling av folketrygdens utgifter til pleiepenger. Antallet mottakere antas å øke med 8 000–9 000 personer, dobbelt så mange som dem som i dag mottar pleiepenger. Snakk om løft! Snakk om å ta foreldre med alvorlig syke barn på alvor.

Samlet sett – med styrket pårørendestøtte i vår sak og styrking av pleiepengeordningen – har vår regjering forbedret ordningene for pårørende, noe som har vært etterspurt og etterlenget i årevis.

Da er det nesten påfallende at Arbeiderpartiet og Senterpartiet ikke klarer å glede seg over det viktige og store steget vi tar i dag. De fremmer i stedet nye utredningsforslag. Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV holdt gjennom sine åtte år i regjering de pårørende nærmest på en slags armlengdes avstand. De utsatte å utrede disse ordningene og kom aldri opp med forbedringer som virkelig monner, slik vi nå gjør. Vi har vist at dette får vi til, dette prioriterer vi, og dette vil forandre hverdagen til mange pårørende i Norge.

Når Arbeiderpartiet og Senterpartiet i sine merknader sier at Stoltenberg II-regjeringen tok flere initiativ til å styrke pårørendes viktige arbeid, er det fristende å be om en tydeliggjøring for oss andre her i salen av hva slags styrking de faktisk gjennomførte.

Det holder ikke bare med prat når vi vet at pårørende er superheltene i helsetjenesten. Flere forskningsprosjekt har de senere årene vist oss hvordan pårørende yter en betydelig tjenestemengde til sine nærmeste. Statistisk sett gjør 100 000 pårørende omsorgsarbeid som det offentlige egentlig skulle gjøre.

For den som er syk, er det også viktig å vite at familien og de nærmeste får støtte og hjelp til å mestre hverdagen som pårørende. Det er et faktum at langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. I Pårørendealliansens undersøkelse kommer det frem at 74 pst. av de pårørende mener at egen helse påvirkes negativt. Omsorgsoppgavene er så store at det går ut over den pårørendes egen helse.

Regjeringen fremmet i forrige uke en ny lovproposisjon som styrker barns rettsstilling i helse- og omsorgstjenesten. Loven styrker barns rett til medvirkning og medbestemmelse ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, og den pålegger helsepersonell plikt til å ivareta barn som på-

rørende til søsken og etterlatte etter søsken. For Høyre er dette en viktig oppfølging av innspill vi har fått fra barn og unge, men også som en naturlig forlengelse av denne saken vi behandler i dag. Vi ser frem til å behandle de lovendringene etter påske.

Vi fikk høre fra representanten Knutsen at Arbeiderpartiet ønsker en strategi for pårørende. Spørsmålet er om vi ikke snart vet nok. Spørsmålet er om vi ikke kan legge til grunn denne undersøkelsen fra Pårørendealliansen og andre som dokumenterer pårørendes enorme innsats og belastning, og at det vi nå trenger, er handling. I Høyre er vi ydmyke over den innsats pårørende legger ned, og vi er stolte av at vår regjering ser, anerkjenner og setter pris på deres innsats.

Bård Hoksrud (FrP) [13:18:38]: Elsket, ønsket og savnet, men noen ganger misforstått, oversett og skjøvet bort. Du og jeg, alle er vi pårørende til noen – hele livet, fra den dagen vi blir født, til den dagen vi dør. Å være pårørende er stort sett en god rolle å ha – å kunne ta vare på den eller dem man er glad i, å være talsperson, være litt advokat, når ens kjære ikke har krefter eller mulighet til å kjempe selv. Men i denne rollen vil vi få anledning til å kjenne på hele vårt følelsesliv, på godt og vondt.

Jeg har gjennom mitt liv, både som privatperson og som politiker, opplevd pårørende som gråter, som er fortvilet, bekymret og sinte, og som over lang tid har levd med et høyt stressnivå. Fellesnevneren for dem er, i tillegg til sorg, opplevelsen av ikke å bli inkludert og tatt på alvor, mangel på informasjon fra helse- og omsorgstjenestene og mangel på forståelse. Dette gjør denne regjeringen noe med – ikke bare sier vi at vi skal. Regjeringen har fra dag én sagt at den har som mål å skape brukernes og pasientenes helse- og omsorgstjeneste. I den tjenesten har pårørende en viktig plass, det overordnede målet er at alle pårørende får oppfylt sine rettigheter, blir møtt med respekt og får støtte og anerkjennelse.

I flere av meldingene som regjeringen har lagt fram så langt, løftes pårørende opp og fram. De blir sett, og de vil bli regnet med – i Nasjonal helse- og sykehusplan, der pårørende ses som endringsagenter og med det vil utgjøre den viktigste drivkraften for fornying og forbedring av helsetjenesten, i primærhelsetjenestemeldingen, som sier at framtidens tjeneste skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende, og at pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet vi nå står foran, og i Demensplan 2020, som pårørende har vært med på å lage. I regjeringsplattformen står det at regjeringen vil styrke pårørendes situasjon gjennom bedre tilbud om avlastning, veiledning og en gjennomgang av støtteordningene for pårørende.

Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig å støtte dem, slik at de lettere skal kunne mestre hverdagen. Derfor står vi her i dag – for å se til at pårørendestøtten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes. Vi vedtar i dag å forplikte kommuner til å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem og gir avlastning når de trenger det. I denne lovbestemmelsen samles og tydeliggjøres kommunenes ansvar overfor personer med særlig tyngende omsorgs-

oppgaver. Kommunene får en tydelig plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov og fatte vedtak om tiltak. Dette er vi allerede i gang med også. Helsedirektoratet har allerede lyst ut prosjekter til utvikling av kommunale modeller for helhetlige tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.

Alt i alt representerer denne lovbestemmelsen en ny og forbedret rettsstilling for pårørende og stadfester en gang for alle at pårørende er en viktig og uvurderlig ressurs både for mennesker som lever med sykdom, funksjonsnedsettelse og/eller andre utfordringer, og for helse- og omsorgstjenestene. Jeg er stolt og glad over at vi har endret verden til det litt bedre i dag.

Olaug V. Bollestad (KrF) [13:22:21]: Det ble sagt her, og det er helt riktig, at pårørende står for nesten halvparten av de samlede omsorgsoppgavene som ytes til brukere i dag. De er dermed en viktig ressurs for de nærmeste og for helse- og omsorgstjenestene rundt om i landet.

Mange pårørende opplever at denne innsatsen ikke alltid anerkjennes. Vi må først anerkjenne denne betydningen for å kunne se nødvendigheten av at mange også vil trenge pårørendestøtte i form av avlastning, omsorgsstønad, opplæring, oppfølging, samtaler og verdsettelse.

Dagens grunnleggende tese for mange er at den menneskelige velferd og livskvalitet øker i takt med at levestandarden økes. Dette kan være sant til et visst punkt, en kan ikke leve gode liv dersom grunnleggende materielle og sosiale behov ikke er dekket. Allikevel er trygghet for at sykdom eller alderdom ikke betyr fattigdom og sosial ekskludering, nødvendig for å ha god livskvalitet. Fortsatt er det sånn at om man er syk, tilhører en flokken sin – en er en del av et fellesskap. Mennesket har nemlig andre behov enn bare å bli frisk, en har behov for å være en del av og tilhøre en familie, ha kulturelle opplevelser, for å nevne noe. Det er her pårørende kan møte den enkelte og dekke et behov som det offentlige ikke alltid klarer. En klarer å gi hjelp, men en klarer ikke å vise i praksis at han/hun er en del av flokken. Pårørende legger ned et umåtelig viktig arbeid, og de verdsetter den som er syk, ved å vise at han/hun er en del av flokken, av familien.

Vi må være med og verdsette dette arbeidet. Vi må innse hvor viktig og stor en jobb pårørende gjør, og hvor viktig det er å ivareta mange av våre syke. Det er best for brukerne, og det er best for samfunnet at vi har aktive og gode pårørende. Pårørende er en mangeartet gruppe, som inkluderer alt fra barn, pårørende til barn og barn som er pårørende.

Kristelig Folkeparti fremmer sammen med Venstre et forslag til hvordan barn som pårørende kan sikres selvstendige rettigheter og gode, helhetlige tjenester. Det å være liten og å være pårørende til noen som er kjempesyke, er for mange barn vanskelig.

Pårørende til barn under 18 år er i en særstilling, etter som foreldre til barn under 18 år er den eneste gruppen pårørende som har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg. Vi må ikke glemme at selv om de har et lovpålagt ansvar, trenger disse omsorg, de trenger hjelp, de trenger støtte, veiledning og avlastning for å kunne hjelpe også resten av familien.

Kristelig Folkeparti er også opptatt av at alvorlig syke barn så langt det er mulig skal få lov til å være hjemme med sine pårørende, med avansert hjemmesykehus. Det

har vi gjort noe for i denne stortingsperioden, men jeg tror vi har mye å gå på, og som vil lette arbeidet både for barn som pårørende og for pårørende til barn.

Når det gjelder det å kunne gi pårørende rettsstilling, informasjon, veiledning, avlastning og omsorgslønn, må vi ikke ha et lavt ambisjonsnivå, for dette betyr utrolig mye for både pasienter og de pårørende selv.

For mange pårørende er det vanskelig å orientere seg i alle ordninger og i de offentlige systemene som finnes. Derfor tror Kristelig Folkeparti på én koordinator som pårørende kan forholde seg til, uavhengig av hvilket tjenestoområde de skal inn i eller få hjelp fra. Kristelig Folkeparti foreslår sammen med Arbeiderpartiet å styrke koordinatorrollen, nettopp fordi dette er så vanskelig for veldig mange – mange sier at det er det som sliter dem ut.

I tillegg tror Kristelig Folkeparti at det er viktig å bygge opp pårørendesentre, nasjonale pådrivere, som er med og hjelper oss rundt om i kommunene til å drive et godt pårørenderarbeid. Kristelig Folkeparti tror at denne satsingen er bra. Vi har sammen med regjeringspartiene og Venstre satset på dette i Stavanger. Jeg tror at disse pårørendesentrene også kan ta et nasjonalt ansvar, peke ut ansvaret som kommunene har, og hjelpe dem med gode tiltak, for vi trenger pårørende, og pasientene trenger pårørende.

Jeg fremmer herved de forslagene som Kristelig Folkeparti er alene om, og dem vi står sammen med Venstre om.

Presidenten: Representanten Olaug V. Bollestad har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Kjersti Toppe (Sp) [13:27:42]: Eg var i si tid saksordfører for Meld. St. 29 for 2012–2013, som heiter Morgendagens omsorg. I den samanhengen jobba vi mykje med korleis ein sikrar ein betre politikk for alle dei pårørande som gjer ein stor og uvurderleg innsats, både innan eldreomsorga og elles, ved å ta seg av familie og eventuelt andre i sine nettverk. Det var da dette programmet for ei ny pårørandeomsorg vart fatta.

I samband med stortingsmeldinga la vi opp til at det måtte skje eit utviklingsarbeid opp mot omsorgslønsordninga, som Senterpartiet har vore ein sterk pådrivar for heile tida. Når vi no har fått denne proposisjonen, er Senterpartiet klar på at vi etterlyser ein samla og meir heilskapleg pårørandepolitikk som sørgjer for nye rettar og velferdsordningar, inkludert opplæring, støtte og rettleiing til pårørande, avlastning til dei som ber tunge omsorgsbyrder, økonomisk tryggleik, slik at dei ikkje i tillegg vert sitjande i ein vanskeleg økonomisk situasjon, om nødvendig permisjon, slik at dei ikkje mistar retten til arbeid eller må sjukmeldast for å kunna ta seg av sine nærmaste. Vi meiner at den framlagde proposisjonen ikkje er tilstrekkeleg for å sikra dette.

Senterpartiet vil styrkja og forenkla omsorgslønsordninga, og vi vil gjera ho tilgjengeleg for fleire pårørande. Omsorgsløn skal vera ei reell valmoglegheit og ikkje ein konsekvens av eit manglande kommunalt tilbod. Tildeling og utmåling må skje etter same kriterium, uavhengig av kvar ein bur, og pårørande som får omsorgsløn, må få opplæring, rett til avlastning, vikar ved sjukdom, gode permisjonsordningar, ein fast kontaktperson i kommunen med tilbod om omsorgsplan som del av den individuelle oppfølginga.

Vi fremjar forslag der vi ber regjeringa leggja fram eit nytt forslag til endring i helse- og omsorgstjenestelova, om pårørandestøtte, der omgrepet «omsorgsløn» ikkje vert endra til omsorgsstønad, der det ikkje vert innført ei fellesregulering og nemning i lova av tenester og tilbod som det er knytt ulik plikt- og rettsstatus til. Dette har også Helsedirektoratet påpeikt fordi både opplæring, rettleiing og avlastning kjem no i same føresegna som omsorgsstønad. Det første har ein rett til å få, og det andre har ein ikkje.

Vi ber om at avlastning, opplæring og rettleiing skal inkludera alle pårørande som har store omsorgsutfordringar, ikkje berre dei med særleg tyngande omsorgsoppgåver. Så ber vi om at regjeringa utarbeider nasjonale retningslinjer, slik at omsorgsløn inngår som eit ordinært tilbod i kommunen, der ein får ei standardisering og utbetaling etter nasjonal tariff, tilsvarande ei helsefagarbeidarløn, der tildelte timar kan variera mellom 25 pst. og 100 pst.

Vi ber også regjeringa fremja nødvendige tiltak, slik at dei pårørande med særleg tyngande omsorgsoppgåver får tilbod om omsorgsplan og ein kontaktperson i kommunen, med individuelt tilrettelagde avlastningstilbod, permisjonsordningar og tryggleik for vikar ved sjukdom. I tillegg fremjar vi saman med Arbeiderpartiet forslag om å be om ei utgreiing av ei lovfesting av kommunane sine plikter overfor barn som pårørande.

Saksordføraren lurte på kvifor Senterpartiet ikkje var meir positiv i denne saka. No skriv regjeringa sjølv i saka at dette er i det vesentlege ei vidareføring og tydeleggjering av gjeldande rett, og samla vurderer departementet det slik at «forslaget ikke vil ha administrative og økonomiske konsekvenser av betydning». Mange høyringsinstansar lurar på om dette faktisk er ei forbetring eller ei forverring av rettane til dei pårørande.

Eg tar opp Senterpartiet sine forslag.

Ingjerd Schou hadde her overtatt presidentplassen.

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

Ketil Kjenseth (V) [13:33:00]: Denne våren skal Stortinget behandle to viktige saker om pårørande som ressurs. Det er denne proposisjonen, om økt pårørendestøtte, og Prop. 48 L for 2016–2017, om pleiepengeordningen. Det er verdt å minne om at vi tidligere i denne stortingsperioden også har lovfestet brukerstyrt personlig assistanse. Disse ordningene henger sammen.

Innsatsen til pårørande kan ikke overdrives, og vi vet alle at vi ikke klarer å løse framtidens helse- og omsorgstjenester uten pårørande. Det er liten tvil om at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å legge til rette for økt pårørendestøtte. Det er også det beste for den enkelte pleietrengende at nettverket rundt ikke blir utbrent. En familie med et sykt og pleietrengende barn står under et sterkt press og med det større sannsynlighet for familiekonflikter, samlivsbrudd og at barn utsettes for omsorgssvikt. Lignende gjelder selvsagt for pårørande til voksne og eldre. Mange pårørande kan ende opp med sykmeldinger og i verste fall uførhet. Da vet vi at utgiftene løper. Det mangler egentlig ikke penger, men det mangler fleksibilitet, ordninger og rettigheter for de pårørande.

Vi vet at støtten til de pårørande er tilfeldig og ulik fra kommune til kommune. Pårørande rapporterer om at kam-

pen mot kommunen og mot Nav er mer utmattende enn å pleie den omsorgstrengende. Den samme situasjonen har mange pårørende med syke barn hatt med folketrygdytelsene i Nav når det gjelder pleiepenge, noe som særlig gjelder for de barna som havner i en gråson mellom diagnostisering og progredierende sykdom. Derfor er det bra med en tydeliggjøring og presisering av hvor ansvaret hører hjemme, og hvem som kan få støtte. Utvidelsen av pleiepengeordningen til å gjelde flere alvorlig syke og pleietrengende barn er et skritt i riktig retning, men det hjelper bare litt dersom det ikke blir en mer sømløs overgang til den støtten pårørende må kunne forvente å få i kommunen. Jeg er derfor veldig glad for at flertallet i komiteen har presisert at det må forutsettes at det er gode ordninger som tar over i kommunen med en gang retten til pleiepenge opphører. Det er avgjørende at overgangen og ordningene oppleves som forutsigbare og trygge for disse familiene, og det betyr at de kommunale stønadsordningene må styrkes i årene framover.

Mange barn er også pårørende, og de siste årene har bevisstheten rundt dette heldigvis blitt styrket. Det har blitt gitt penger til flere organisasjoner som gir tilbud til de mange tusen barn som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom eller rusavhengighet, og det første senteret for voldsutsatte barn åpnet i fjor. Sykehus skal kartlegge barnas situasjon og følge dem opp, og barneperspektivet hos Nav må styrkes.

Men til tross for framgang vet vi at mange barn ikke fanges opp. Barn som pårørende er i liten grad ivaretatt i lovverket i dag og må få en tydeligere plass i det videre pårørendearbeidet. Det er bakgrunnen for forslaget til Venstre og Kristelig Folkeparti om at regjeringa bes fremme forslag til «hvordan barn som pårørende kan sikres selvstendige rettigheter og gode og helhetlige tjenester».

Karin Andersen (SV) [13:36:37]: Flere representanter har vært oppe og fortalt hvor viktige og avgjørende pårørende er, og jeg slutter meg til det som er blitt sagt om det. Det arbeidet må både ses og verdsettes, og ikke minst må pårørende få bedre støtte enn det de har fått til nå. Det er SV enig i.

Det er, som representanten Kjenseth sa, to saker som er fremmet om bedre støtte til pårørende, og vi i SV ønsker å gå litt lenger på noe av det. Men det er ikke veldig mye tvil om at den bedringen i pleiepengeordningen som er framlagt, er et stort skritt i riktig retning og mye bedre. Jeg er litt mer i tvil om denne vi behandler i dag, og jeg håper at den vil bety en endring, men man kan bli litt betenkt når man ser hva regjeringen sjøl skriver i proposisjonen, nemlig at det egentlig går ut på å stadfeste på litt tydeligere vis hva som er dagens rettigheter. Det kan være vel og bra. Hvis man gjør det, kan det hende det fungerer bedre. Det får vi håpe. Men det kan også hende at det får noen konsekvenser, som det i proposisjonen står at det ikke får. Det er vel ingen stor revolusjon når regjeringen uttrykker seg sånn om sjølve teksten. Men SV kommer til å stemme for den.

Så er det behov for å se på overgangen mellom de ulike ordningene når det gjelder pårørendestøtte, de ordningene som er av økonomisk art. Det kan tenkes at det er riktigere å utvide pleiepengeordningen ytterligere framfor å etablere en ordning med omsorgslønn, der man lager dette til et slags yrke for noen. Det er vi skeptiske til i SV. Det vi er

veldig opptatt av, er at de pårørende får god støtte og får være med på hvordan man skal legge til rette omsorgstilbud også. Det skal både den som trenger tilbudet, og den pårørende kunne være med og ha innvirkning på. Jeg har gjennom mange år møtt veldig mange – særlig foreldre, men også de som har eldre pårørende, eller pårørende til noen som f.eks. sliter med alvorlige, tunge psykiske lidelser – som sjøl føler at de må koordinere innsatsen, løpe rundt og vite hvor de ulike tingene er i offentlig sektor og få dem til å snakke sammen. Derfor mener vi at det er veldig viktig, det forslaget som Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti har fremmet her, om å be regjeringen om å styrke koordinatorrollen, altså at det er det offentlige og kommunene og eventuelt statlige tiltak som må koordinere seg sjøl, og at det ikke er en oppgave for de pårørende å holde orden på det.

Vi er også veldig opptatt av det som blir sagt om barn som pårørende. Det har nok vært et forsømt kapittel i veldig mange år. Nå er det lovfestet at hvis noen blir innlagt på sykehus, skal man spørre om vedkommende har barn og forsikre seg om at de i hvert fall er godt ivaretatt, sjøl om jeg har sett eksempler på at det skjer først andre dag. Hvis vedkommende da hadde hatt barn som var alene, hadde det vært litt krise hvis barna var små. Da betyr det at man ikke hadde fanget det opp sånn som systemet er i dag, heller.

Det er veldig behov for å se på hvordan barn som pårørende blir ivaretatt. Det er utrolig viktig å gjøre det fordi barn er pårørende, de gjør seg sine tanker, og mange av dem har en veldig krevende hverdag. Da er det grunn til å berømme f.eks. Stine Sofies Stiftelse og det arbeidet de gjør for barn som står i slike vanskelige situasjoner. Det er et uhyre viktig arbeid.

Vi håper at dette lovforslaget som vi kommer til å støtte, kommer til å bety en forandring fordi det blir tydeliggjort – som man sier – hva som er kommunenes plikt, men det gjenstår litt å se.

Når det gjelder de framsatte forslagene, kommer SV til å stemme imot forslagene nr. 6, 9, 10 og 11 og for de andre forslagene.

Statsråd Bent Høie [13:41:41]: Pårørende er en ressurs – ikke bare for sine nærmeste, men også for samfunnet. De utfører nesten halvparten av samfunnets omsorgsoppgaver. Deres innsats tilsvarer om lag 100 000 årsverk. De utgjør et stort og uvurderlig støtteapparat. Det er mødre, fedre, ektefeller, barn og venner som gir omsorg, og som står på for å sikre at deres nærmeste får et tjenestetilbud som er så godt og målrettet som mulig.

Dessverre opplever mange at denne innsatsen ikke anerkjennes, at deres innsats forblir usynlig, og at dialogen med tjenesteapparatet ikke fungerer. Da er det vanskelig for pårørende å være en ressurs for sine nærmeste. Vi vet at mange pårørende sliter seg ut – de opplever helseskader, stress og overbelastning. Dessverre handler pårørendesomsorg også om familier som ikke klarer mer, om nettverk som blir slitt i stykker. Det er et tap for pasienter og brukere, som får et dårligere tilbud, men det er også et tap for pårørende, som sitter igjen med dårligere helse og dårligere mestringsfølelse, og det er et tap for samfunnet, som risikerer knapphet på fagutdannet personell, samtidig som omsorgsbehovene forventes å øke.

Skal vi skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste, må vi skape gode rammer for pårørendeoamsorgen. Når pårørende ønsker å yte omsorg og brukeren ønsker å motta omsorg, må helse- og omsorgstjenestene legge til rette for dette. Pårørende vil ofte kjenne brukers historie, behov og preferanser bedre enn det kommunale tjenesteapparatet gjør. Mange pårørende har også lang erfaring med hvordan ulike tjenestetilbud virker inn på den som har behovet. Dette er en kompetanse som kommunen bør verdsette og benytte. Et godt samspill mellom pårørende og kommunen kan være avgjørende for kvaliteten på tjenestene.

Dette er bakgrunnen for regjeringens forslag om styrke pårørendestøtten i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget skal sikre at pårørende får en tydeligere plass i helse- og omsorgstjenesten. Pårørende skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem, og som gir avlastning ved behov.

En ny pliktbestemmelse samler og tydeliggjør kommunens ansvar for dem som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten blir stadig flinkere til å spørre brukerne: «Hva er viktig for deg?» Nå ber vi dem stille det samme spørsmålet til de pårørende. Det betyr at kommunens tilbud om veiledning og opplæring skal hjelpe pårørende til å yte god omsorg – ikke bare for sine nærmeste, men også for seg selv, at kommunen skal gjøre en selvstendig vurdering av omsorgsytters behov for avlastning, og at kommunen skal tilby omsorgsstønad dersom brukeren og de pårørende ønsker det, og dersom det vil gi et godt og forsvarlig tjenestetilbud til brukeren.

Pårørende er ingen ensartet gruppe. Noen pårørende skal ikke yte særlig omfattende omsorg. Dette gjelder i første rekke barn som har foreldre eller foresatte som er syke. Barn skal motta omsorg, de skal ikke yte. Dersom foreldre eller foresatte ikke kan ivareta barnas behov, må det offentlige tre inn. Når barn er pårørende, er det særdeles viktig at helse- og omsorgstjenestene også ivaretar deres behov.

Vi vet at mange pårørende ønsker mer forutsigbarhet i hverdagen. De ønsker trygghet for at både brukerens og egne behov blir ivaretatt. Samtidig har de pårørende ulike behov, ulike ønsker og ulike forutsetninger for å yte omsorg. Støtten til pårørende må derfor være fleksibel nok til å kunne tilpasses de ulike behov, men konkret nok til å sikre forutsigbarhet. Dette er en vanskelig balansegang, som ikke kan løses gjennom lovgivning alene, men som må baseres på en dialog med dem det gjelder. I arbeidet med reformen *Leve hele livet* skal vi gjøre nettopp det. Vi skal ha en direkte dialog med brukere og pårørende og få deres innspill til tiltak. Slik skal vi skape pasientens og de pårørendes helse- og omsorgstjeneste.

Leve hele livet vil ikke minst handle om hvordan vi skal få til et bedre samspill mellom pårørende og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik at pårørende kan gjøre det de ønsker, nemlig å være pårørende videre, men uten at oppgaven med å være pårørende til slutt blir så stor at de verken ønsker eller orker mer.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Tove Karoline Knutsen (A) [13:46:53]: Denne proposisjonen tar til orde for, som også departementet sier, å

styrke pliktbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene med tanke på å tilby hjelp, støtte og avlastning til pårørende som yter omsorg utenom det vanlige. Dette er en plikt som ligger der allerede i dag, men likevel ser vi at det er et problem med f.eks. det som har vært omtalt flere ganger her, at omsorgsstønad blir så ulikt praktisert. Det er derfor Arbeiderpartiet har foreslått en utredning som ser på pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil da regjeringspartiene stemme imot.

Da spør jeg statsråden: Ser ikke statsråden at det kan være nødvendig å gjøre endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, slik at man svarer opp det som nå styrkes når det gjelder plikten?

Statsråd Bent Høie [13:47:46]: Denne nye bestemmelsen pålegger kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av både avlastning, opplæring, veiledning og omsorgsstønad. Men denne pliktbestemmelsen speiler jo pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og tydeliggjør dermed både pårørendes rettigheter i møte med kommunens helse- og omsorgstjenester og de pliktene som kommunen har på dette området.

Denne saken er fremmet og henger nøye sammen med den styrkingen og forbedringen som også gjøres av pleiepengeordningen. Det er det som har preget disse sakene i lang tid, ikke minst i de åtte årene før vi kom i regjering, der disse to sakene gikk fram og tilbake, og det ene etter det andre ble utredet. Nå er det på tide at vi styrker disse ordningene.

Kjersti Toppe (Sp) [13:49:02]: Rett til avlastning er utruleg viktig for dei som tar på seg tyngende omsorgsoppgåver for sine nære. Det er ei kjent sak at det manglar ein del på dagaktivitetsplassar for dei som er heimebuande eldre med demens. Utbygginga har gått for seint i mange år. Stortinget har løyvd midlar, men dei vert ikkje brukte. Det er fleire år på rad at midlane går tilbake igjen til staten. Vi har vurdert i ulike samanhengar kva vi kan gjera for å få kommunane til å byggja ut. Utanom å innføra den plikta til kommunane, kva vil statsråden gjera for å få fart i utbygginga av dagaktivitetsplassar?

Statsråd Bent Høie [13:50:06]: Jeg deler representantens vurdering. Jeg synes også det er frustrerende som statsråd gjentatte ganger å få bevilget penger til dagaktivitetstilbud i kommunene som Stortinget slutter seg til, men der pengene ikke blir brukt i løpet av året. Regjeringen og Stortinget har bestemt at det blir en lovpålagt plikt å tilby dette fra 2020, som også representanten var inne på. Stortinget har også, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2017, sagt noe om at regjeringen skal se på denne ordningen for å se på hvordan vi kan lykkes i større grad og nå fram til kommunene for å få etablert flere dagaktivitetstilbud, og det er noe som vi nå jobber med.

Karin Andersen (SV) [13:51:03]: Jeg må spørre litt om det som står i proposisjonen om økonomiske og administrative konsekvenser, for det er litt vanskelig å forstå hvordan dette både skal være en styrking og allikevel «en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett», og at det ikke vil ha administrative og økonomiske konsekvenser av betydning. Når dette beskrives, sier man at det vil kunne påvirke etterspørselen etter tjenester til pårørende.

Er det da sånn at regjeringen har vurdert det slik at her har kommunesektoren fått penger til å gjøre dette, men at de ikke har gjort det? Er det det dette som står her, betyr? Det er litt vanskelig å finne ut hva det er egentlig regjeringen mener med det de skriver.

Statsråd Bent Høie [13:51:56]: Jeg synes det er folkelig sagt – det er en god beskrivelse. Vi mener at kommunene i utgangspunktet skulle ha gjort dette før, men at pliktbestemmelsen kanskje ikke har vært tydelig nok. En del av kommunene vet vi helt åpenbart ikke har gjort dette, og derfor er på en måte nå det rettslige knyttet til dette, styrket. Plikten er tydeliggjort, men det er noe som vi mener – og som jeg også tror et bredt flertall i Stortinget har ment – egentlig burde ha vært gjort. Så jeg synes det var en god beskrivelse representanten ga.

Karin Andersen (SV) [13:52:34]: Men jeg frykter nok at disse kommunene i hovedsak gjerne vil gjøre mer, men at de da må velge mellom andre ting de ikke får gjort. Ser statsråden at det kan være behov for å styrke kommuneøkonomien for å få en bedre pårørendeomsorg, og at det kanskje, i sum, til slutt ville kommet ut med et regnestykke i pluss?

Statsråd Bent Høie [13:53:01]: Ja, regjeringen har også styrket kommunenes økonomi betydelig, men representanten er inne på noe ganske vesentlig: Denne loven handler om særlig tyngende omsorgsoppgaver, som vi i utgangspunktet mener kommunene skulle ha gjort selv, og når pårørende gjør det i stedet for kommunen, er det i realiteten slik at kommunen sannsynligvis sparer betydelige ressurser på dette. Så det at kommunen oppfyller disse pliktbestemmelsene – styrker pårørendes rolle, gir dem opplæring, avlastning – er jo en utgift som er betydelig mindre enn det som for kommunen er alternativet, nemlig å løse disse oppgavene selv, som kommunen har en plikt til. Derfor mener jeg at dette i mindre grad handler om generelt å styrke kommunenes økonomi; det handler om å få kommunene til å føre en politikk på dette området som er bra for kommunenes økonomi, men også bra for pårørende og bra for brukerne.

Presidenten: Replikordskiftet er over.

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

Tove Karoline Knutsen (A) [13:54:17]: Jeg valgte å ta ordet en gang til, for jeg undret meg veldig over representanten Wilhelmsen Trøens forståelse av Arbeiderpartiets holdning i denne saken. Jeg må ha sett alvorlig amper ut da jeg sto her og framførte saksordførerinnelegget – det kan godt tenkes – men det er jo ikke slik at vi stemmer imot denne proposisjonen, det gjør vi på ingen måte. Men vi har kommet med noen forslag som vi mener ville ha forbedret proposisjonen og intensjonen i den hvis vi hadde fått flertall for det, men det ser det ikke ut til at vi får.

Vi mener at det er viktig å tydeliggjøre og styrke pliktbestemmelsene overfor pårørende. Jeg mener – som også representanten Andersen – at det som er lagt inn i Prop. 48 L, om pleiepenger, som en annen komité behandler, også er viktig. Vi støtter forslagene der, men vi tar også noen grep for å gjøre den proposisjonen enda bedre. Det

gjør vi også her. Grunnen til at vi gjør det, er bl.a. at vi lytter til organisasjonene sjøl, og vi synes de er meget troverdige. Både Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Cerebral Parese-foreningen og også Sykepleierforbundet advarer mot å tro at det automatisk nå vil bli likebehandling og likeverdig i kommunene. Det er mange løse tråder, også etter at Stortinget vedtar denne proposisjonen – det må vi erkjenne.

Vi har forsøkt å be om at man utreder en tydeliggjøring i pasient- og brukerrettighetsloven. Jeg er helt enig med statsråden, som snakket om at rettighetsfesting har sine sider, som ikke alltid slår ut slik vi tenker, men vi vil ha en utredning hvor man tydeliggjør og sier noe om hvordan dette kan operasjonaliseres også med en rettighet i bunnen for pårørende, pasienter og brukere. Det er det som er intensjonen vår. Og vi har lyttet til dem som har skoen på, og som vet hvordan dette fungerer. Pliktbestemmelsen har ligget der hele tiden – like fullt har kommunene håndtert dette veldig forskjellig. Da må vi også se på den andre loven.

Vi støtter proposisjonen og forslagene i den, men vi har kommet med forslag fordi vi har lyttet til organisasjonene, som kan gjøre dette bedre hvis vi får flertall. Men dessverre ser det ikke ut til det.

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

Sak nr. 6 [13:57:12]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 (Innst. 234 S (2016–2017), jf. Meld. St. 13 (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 replikkordskifte på 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.

Kjersti Toppe (Sp) [13:58:01] (ordfører for saka): Noreg har eit godt utvikla helsevesen, og vi kjem bra ut på ei rekkje område når vi samanliknar oss med andre vestlege land. Dei fleste pasientar, brukarar og pårørende er fornøgd med helse- og omsorgstenestene, og vi har òg gode behandlingsresultat for ei rekkje alvorlege sjukdomar. Behandling i helsevesenet vil alltid vera knytt til risiko. Uheldige hendingar, feil og manglar vil kunna førekoma, men risikoen for dette kan og må førebyggjast. Slik kan vi få ei helse- og omsorgsteneste som er endå tryggare, og byggja tillit i befolkninga.

Regjeringa har no lagt fram den tredje årlege meldinga om kvalitet og pasientsikkerheit. Det gjer at vi kan få ein debatt om dette temaet i Stortinget, og det er bra. Meldinga oppsummerer og gjer opp status for kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet slik det kjem til uttrykk i årsmeldingar og rapportar frå pasient- og brukaromboda, Statens helse- tilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets

meldeordning og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorar og samanlikningar. Materialet for 2015 viser at det er utfordringar på mange av dei same områda som tidlegare år. Det er gjennomgåande utfordringar knytte til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og leing.

I denne saka er komiteen stort sett samla i innstillinga. Vi har arrangert ei brei høyring, og vi understrekar i innstillinga at det er eit viktig overordna politisk ansvar å sørgja for kvalitet og pasientsikkerheit i tenestene. Sjølv om vi kjem godt ut i internasjonalt perspektiv, spesielt når det gjeld hjarteinfarkt, slag og visse kreftsjukdomar, skårar vi dårlegare enn andre land når det gjeld rett legemiddelbruk hos eldre. Det er òg påvist svakheiter ved koordinering av behandling etter sjukehusinnlegging, og at det tar for lang tid for allmenlegen får nødvendig informasjon.

Årsmeldinga frå pasient- og brukaromboda gir òg viktig informasjon. Dei viser til at det er mange som tar kontakt om dårleg og mangelfull informasjon og kommunikasjon, og dei meiner òg at fastlegeordninga må evaluerast. Omboda er framleis bekymra for sjukeheimstilbodet, slik som dei var i fjor, og dei etterlyser konkrete tiltak for å sikra at sjukeheimstilbodet i Noreg vert i samsvar med pasient- og brukarrettslova, verdigheitsgarantien og kvalitetsforskrifta. Dette understrekar komiteen i innstillinga at vi er einige i. Pasient- og brukaromboda presiserer òg at pasientane må verta klare over klagerettane sine.

Når det gjeld Statens helsetilsyn og fylkesmennene, viser komiteen til det landsomfattande tilsynet når det gjeld utskrivning av pasientar, og etterlyser både kortsiktige og langsiktige tiltak for å sikra betre samarbeid og informasjonsflyt ved utskrivning. Komiteen viser òg til manglande risikovurdering og pasientsikkerheit i forbindelse med innføring av nye metodar, endring av arbeidsoppgåver og flytting av funksjonar. Det er ikkje minst viktig no, når ein vurderer funksjonar på lokalsjukehus, f.eks.

Det er òg ei påpeiking i komitéinnstillinga om tilbodet til personar med samtidig rusproblem og psykisk lidning. Komiteen viser òg til dei to store sakene i media – «glasjenta» og VGs kartlegging av tvang i psykisk helsevern – og påpeikar at vi må kunna stola på at tilsyna faktisk avdekkjer uheldig praksis i tenestene.

Komiteen viser òg til viktigheta av ytringsfridom. 44 pst. av sjukehusavdelingane har eit klima som gir auka sjanse for pasientskade. Det er komiteen tydeleg på.

Vi tar òg opp og skriv om uønskt variasjon, som har vore eit særskilt tema i denne meldinga.

I innstillinga er det ikkje forslag, men eg går ut frå at statsråden og departementet les nøye kva vi er opptatt av, og at vi kan bidra til pasientsikkerheit og kvalitetsarbeid i norsk helsevesen.

Ruth Grung (A) [14:03:14]: De årlige meldingene om kvalitet og pasientsikkerhet er viktige. De gir et bilde av status og utfordringer sett fra ulike ståsteder. Alle har et ansvar for at helsetjenestene utvikler seg i samsvar med vedtatt politikk, og at vi bruker ressursene slik at det blir gode og likeverdige helsetjenester for alle. Åpenhet er helt avgjørende.

Norske helsetjenester er i utgangspunktet gode, som også saksordføreren påpekte. Det er viktig å ha det i mente når vi i en slik melding løfter fram de områdene vi mener bør forbedres.

I årets melding er variasjon i helse- og omsorgstjenester løftet fram. Det gjelder variasjon både i kvalitet og i bruk. Jeg minnes komiteens første møte med Helsetilsynet og husker den lett oppgitte betraktningen om at det var de samme institusjonene som gikk igjen fra tilsyn til tilsyn, og som hadde de samme avvikene. Det er ikke holdbart.

Vi er nødt til å få på plass en kultur for endring, og det er kanskje den største utfordringen. Etter nesten fire år i helse- og omsorgskomiteen har vi fra vårt ståsted sett at det tar tid å bygge den opp og lage gode strukturer – og å bygge opp under en slik kultur.

Det utvikles hele tiden nye rapporteringsområder og kvalitetsindikatorer. Noe av det mest illustrerende og som får fram variasjonene spesielt for oss som stortingspolitikere, er de ulike helseatlasene som er utarbeidet de siste årene.

Helse-Norge har gradvis fått stadig bedre grunnlag for å drøfte uønsket praksisvariasjon, men det viktigste er å skape, som jeg var inne på i sted, en lærende kultur og få til gode endringsprosesser. På siste komitétur til Helse Stavanger fikk vi en god og overbevisende beskrivelse av hvordan de hadde tatt grep for å skape nettopp en slik lærende kultur. I mottaket har de tatt i bruk ny metodikk og satt av tid til systematisk refleksjon – ordet «refleksjon» ble gjentatt mange ganger – og de beskrev hvordan de hadde forbedret praksis nettopp på bakgrunn av den systematikken. Det handler om god ledelse, riktig prioritering og å være kunnskapsbasert.

Helsepersonell er presset på tid. De fleste som utdanner seg til helsepersonell, har en egen driv for å redde liv og for å hjelpe mennesker. Det er liksom ikke bunnlinjen de ser først på. Vi må derfor være ytterst bevisst på at de tiltak vi setter inn for å bedre kvaliteten, blir brukervennlige på alle nivåer og begrenser rapporteringen, sånn at de klarer å prioritere det som er viktig.

Det er fortsatt stor forskjell på den kunnskapen vi har om kvalitet på helsetjenestene i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Det tar tid å skape tilsvarende kunnskapsgrunnlag for primærhelsetjenesten som det vi har for spesialisthelsetjenesten. Variasjon i bruk av BPA er problematisert, og vi ser fram til følgeevalueringen som skal komme i løpet av året.

Pasient- og brukarombudene har i flere år påpekt at både tjenesten, pasientene og pårørende har for lite kunnskap om rettigheter, noe som svekker rettssikkerheten til kanskje de mest sårbare menneskene.

Tilsyn med hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov viser gjennomgående mangel på verdighet, omsorg, tillit og trygghet. Det er ønskelig både for den enkelte og for samfunnet at helsetjenestene innrettes slik at flest mulig får bo i egne omgivelser så lenge som mulig. Antall eldre øker, og sykdomsbildet og funksjonsnivået blir mer komplekst, samtidig som vi ser at kommunene ligger etter når det gjelder kompetansen til mange av sine ansatte for å møte denne utfordringen. I det videre arbeidet med å utvikle helsepolitikken vil det derfor være et stort behov for å prioritere nettopp kommunehelsetjenesten og spesielt å heve kompetansen i store deler av kommunehelsetjenesten.

Kristin Ørmen Johnsen (H) [14:07:47]: Dette er den tredje årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. I denne meldingen er det uønsket variasjon i helse- og om-

sorgstjenesten som er viet fokus. Jeg må si at det er flott å få en sånn melding. Den gir utrolig gode oversikter, og de tallene som er her, og undersøkelser som er gjort, gir et veldig godt grunnlag for å utvikle helsepolitikken videre.

Når det er sagt, har Norge et godt helsevesen. En samlet komité viser til det. Vi kommer bedre ut når vi sammenligner oss med en rekke land. Undersøkelser tyder på at pasienter, brukere og pårørende er fornøyd med helse- og omsorgstjenestene i Norge. Men vi vet at behandling i helsestjenesten er forbundet med risiko, og det er kjent at uheldige hendelser og mangler forekommer i for stor grad.

Helseatlasene og barnehelseatlasene forteller om geografiske forskjeller og variasjoner. Dagkirurgi er tatt fram som et eksempel i helseatlasene, og bruk av polikliniske tjenester er tatt fram som et eksempel i barneatlasene. Man kan spørre seg om det foreligger et likeverdig tilbud i landet når det avdekkes så store variasjoner i behandlingen. Nå er komiteen klar over at materialet ikke er representativt for alle, og at det kan gi et for negativt bilde av situasjonen. Men det viser iallfall en del risikoområder hvor det er behov for flere tiltak.

For de fleste områder er det for lite kunnskap om hva som er det korrekte og riktige omfanget og nivået på helsestjenestene, f.eks. når det gjelder kirurgiske inngrep. Vi vet at når vi fokuserer på variasjon i inngrep, sies det ikke noe om kvaliteten på det enkelte inngrepet som utføres. Her trengs det ytterligere forskning og analyse. Men det er et tankekors når fjerning av mandler forekommer dobbelt så ofte i Finnmark som ved St. Olavs Hospital i Trondheim – da er det grunn til å stille noen spørsmål – eller når barn som bor i Vestfold, innlegges dobbelt så mange ganger på sykehus som barn som sogner til Oslo universitetssykehus. Det må vi undersøke videre.

Vi må ikke glemme at OECD-rapporten «Health at a Glance: Europe 2016» viser at helsetilstanden er god, som jeg har sagt tidligere. Vi har en forventet høy levealder og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Norsk helsevesen er bedre enn gjennomsnittet, og vi har lavt egenrapportert forbruk av tobakk og alkohol, selv om jeg vet at helseministeren sikkert mener at det er for høyt og jobber med å redusere det. Det er vi alle enig i.

Vi har gode resultater når det gjelder livmorhalskreft og brystkreft, og vi er faktisk best av OECD-landene når det gjelder overlevelse. Det viser rapporten. Men de avvikene som jeg har nevnt, krever at det gjøres noen tiltak. Bedre ledelse, kultur og systemer for å fremme kultur og pasientsikkerhet er grunnleggende for å utvikle helsestjenesten videre. Departementet løfter også fram bedre ledelse, kultur og systemer, samtidig som helsestjenesten må organiseres rundt pasientens behov. Det er altså ikke systemene, men det er pasienten. Vi har nydelige eksempler på at ved å fokusere på det endres holdninger, bl.a. er det veldig mange på sykehjem som ikke får middagen sin kl. 13.30, men som faktisk får middagen sin når de fleste spiser middag, rundt kl. 16.00, 17.00 eller 18.00. Det gir bedre kvalitet.

Likeledes må vi bli mye flinkere til å ta i bruk all den tilgjengelige kunnskapen vi har. Vi utvikler flere kvalitetsindikatorer. Vi har mange nettportaler. Det publiseres stadig ny forskning, og i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» finnes mye informasjon om hvor det svikter i helsestjenesten. Vi har også fått en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Den trådte i kraft i januar 2017. Den omhandler både spesialist- og kommunehelse-

tjenesten – det er bra, for når det kommer til kvalitet og utvikling av kvalitetssystemer, koker det ned til ledelse, og hvordan lederen utvikler helsestjenesten. Det er bra at rapporten fokuserer på det.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [14:13:01] (komiteens leder): For tredje gang legger regjeringen frem en egen melding om kvalitet og pasientsikkerhet. Det er betryggende for Stortinget å få en slik melding fra en regjering som har vist at den setter pasienten i høysetet, både gjennom å realisere pasientens helsestjeneste og gjennom å inkludere de pårørende i mye større grad enn tidligere.

Det er betryggende å vite at Norge i det store og hele har et solid, velutviklet og velfungerende helsevesen. Uansett hvor mye tid, krefter, teknologi og ressurser vi tilfører helsesektoren, vil vi dessverre alltid finne en eller annen historie, formidlet til oss via tv-skjermen, avisene eller sosiale medier, om mennesker som har opplevd alt annet enn solsidan av vårt helsevesen. Slikt er alltid vondt å se, slikt er alltid vondt å lese. Og det er en av de tingene som driver meg videre i dette arbeidet, nemlig kampen for kontinuerlig å forbedre vårt helsevesen.

Nettopp derfor er meldingen vi behandler i dag, viktig. Den tar til orde for å styrke det politiske ledelsesfokus på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i alle våre helse- og omsorgstjenester. Det fortjener brukerne av norsk helsevesen, det fortjener de pårørende, og det fortjener de ansatte. Selv om norsk helsevesen kommer godt ut på en rekke områder, sammenlignet med mange andre vestlige land, er det slik at uønskede hendelser forekommer. Det er faktisk slik at det å la seg behandle i helsevesenet vil kunne være forbundet med risiko. Også derfor er kontinuerlig fokus på kvalitet, trygghet og pasientsikkerhet viktig. Og også derfor er saken vi nå behandler, viktig med tanke på det fremtidige helsevesenet.

Kommunikasjon er et mangslungent tema i den norske hverdag og debatt. Alt handler om å kommunisere, enten det er fra denne talerstol, via aviser, radio og tv eller på sosiale medier. Men det er én bestemt type kommunikasjon vi aldri må svikte på i helse- og omsorgstjenestene, og det er den mellommenneskelige – den kommunikasjonen som oppstår i møtet mellom mennesker, den ene er gjerne syk, den andre er der for å hjelpe. Den er viktig for trygghet, den er viktig for at korrekt informasjon blir nedtegnet og brakt videre. Kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse pekes på som utfordringer i årets melding, akkurat som tidligere år. En samlet komité peker derfor på at denne meldingen må følges opp i det årlige arbeidet som departementet utøver for helseforetak og kommuner, for at meldingen skal ha en verdi i seg selv.

Så til slutt, en liten bekymring og en liten glede.

Først til fastlegene. Det er et problem at det er svært lang ventetid hos enkelte fastleger. Vi vet at det er vanskeligere å rekruttere leger i enkelte områder av landet enn i andre. Men uansett hvor man bor, opplever usikkerheten om man kommer til fastlegen før det har gått mange uker, som krevende, selv om man ikke har en livstruende lidelse. Det er mulig vi må tenke nytt på dette området.

Så til pakkeforløpet for kreft. I Norge får ca. én av tre en eller annen form for kreftsykdom. Derfor er jeg tilfreds med at denne regjeringen har innført pakkeforløp for 28 forskjellige kreftdiagnoser. Og det er fint å se at pasient- og brukerombudene støtter innføringen av dette og ser at

det bidrar til mer effektive behandlingsforløp. Pasientene føler seg også tryggere og mer ivaretatt enn tidligere. Det er også gledelig at vi nå vet at to av tre som får diagnosen kreft, faktisk blir friske og overlever sykdomsangrepet.

Olaug V. Bollestad (KrF) [14:17:00]: Kvalitet og pasientsikkerhet er noe vi aldri blir ferdig med eller utlært i – eller noe som vil gå ut på dato i norsk helsevesen. Vi hadde aldri hatt de resultatene for hjerteinfarkt eller slag hvis det ikke hadde vært for et systematisk arbeid, et samarbeid gjort over tid. En har laget felles kriterier, laget standarder og fått de ulike tjenestenivåer til å jobbe sammen. En ble bedre, og en oppnådde kvalitet.

Denne meldingen oppsummerer status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede pleie- og omsorgstjenesten i 2015, slik det kommer til uttrykk fra ulike tilsyn, pasientombud og brukerombud. Det handler om tillit og omdømme. På mange områder ligger vi langt framme. På andre områder har vi forbedringspotensial.

Noen av de problemstillingene som har gått igjen over år, er knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Det er nesten utrolig – vi vet at det er akkurat de punktene som har vært gode for oss, og som har gjort at vi har kommet dit vi har kommet når det gjelder hjerteinfarkt, f.eks. Så vi må alltid spørre: Hvorfor er dette noe som fortsatt henger etter? Vi har i den siste tiden også sett programmer, spesielt på NRK, hvor en opplever ulike pasientgrupper som ikke føler seg ivaretatt, ut fra hendelser som har skjedd i helsevesenet. Kristelig Folkeparti mener at her må vi fortsatt jobbe systematisk, og det er bra at vi får denne meldingen hvert år.

Det er en del problemstillinger som går igjen og igjen. Det er viktig å ha gode og riktige melderutiner, avviksmeldinger og oppfølginger og, ikke minst, ha vilje til å lære av avvik. At vi sikrer god dokumentasjon, er viktig både for den som jobber i helsevesenet, og for den som er pasient og bruker.

Komiteen merker seg at avvik knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer, som observasjon, behandling og pleie, utgjør den største delen av meldingen, i tillegg til legemiddelhåndtering for de eldre. En kan jo stille seg spørsmål om hvorfor. Handler det om kompetanse, travle vakter, få folk, sykere pasienter? Det trenger vi å vite mer om for å kunne sette inn de rette tiltakene.

Kristelig Folkeparti er, sammen med komiteen, glad for at det er utarbeidet kvalitetsindikatorer, som kan brukes for å forbedre og styre kvalitet.

Kristelig Folkeparti har ved mange anledninger de fire siste årene sagt noe om legebemanning i norske sykehjem, der vi ser avvikene, der vi ser at det er problemer med legemiddelhåndtering. Pasienter som er svært syke, som har mange og sammensatte lidelser og mange typer medisiner, deler ofte én lege. Det er til og med vist i denne rapporten at det er store geografiske forskjeller. Noen steder er det bare 50 pst. av pasientene på sykehjemmet som har fått legetilsyn det siste året, eller 33 pst. som har fått tilsyn av tannlege. Dette er ikke godt nok. Vi er nødt til å se på det bakteppet og være villig til å prioritere.

Det er også et paradoks – som flere her har sagt – at de uønskede variasjonene som er innen spesialisthelsetjenesten, er et kvalitetsspørsmål. Er vi noen steder sykere enn andre steder? Er det slik at vi noen steder kanskje blir overbehandlet og får fortere operasjoner enn andre steder?

Hvilken risiko ligger det i dette? Dette er det utrolig viktig å komme i mål med, for det er ikke riktig verken med overbehandling eller med underbehandling.

Kristelig Folkeparti, sammen med resten av komiteen, mener at det er viktig med konkrete tiltak på de risikoområdene vi nå ser. Man må bygge tillit ute for å melde avvik, bruke avvik for å lære og ikke minst gjøre tiltak for å redusere risiko og bygge kvalitet og pasientsikkerhet på alle plan i helsetjenesten vår.

Karin Andersen (SV) [14:21:27]: Disse årlige meldingene viser oss at det er veldig mye bra som foregår i norsk helsevesen, men også at det er et stort rom for forbedring, og ikke minst at skal det være mulig, må man bruke større deler av samfunnets ressurser på dette, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det tar SV konsekvensen av, og derfor øker vi budsjettene på disse områdene framfor å bruke ressursene på det regjeringen har prioritert, f.eks. skattelette.

Hvert år kommer disse meldingene, og de forteller oss at det er altfor store variasjoner mellom kommunene. Det er også en av grunnene til at SV ønsker både å øremerke og lovfeste klarere rettigheter på flere områder. Brukerstyrt personlig assistent er et av områdene der regjeringen har fått på plass noen forbedringer, men der det ikke er tilstrekkelig kvalitet og likhet på dette tilbudet ennå. Så det må sikres.

Disse rapportene forteller oss at pasient og pårørende har mange rettigheter, men at få vet om dem, og få får den informasjonen de skal ha. Det er en gjenganger i disse rapportene. Så hva gjør vi med det? Sykehjem er en gjenganger, og Stortinget kommer nå til å få flere forslag fra SV på det punktet, bl.a. at vi ønsker å få gjennomført menneskerettighetene i eldreomsorgen. Det er behov for det, og det har Stortinget stemt ned før. Vi må også få opp bemanningen, for det er ikke mulig å gjennomføre de kvalitetskravene som vi alle sammen er enige om, uten at det er nok, tilstrekkelig og kvalifisert personell til stede i sykehjem eller hjemmesykepleien. Det er også behov for å gjennomføre ulike typer tillitsreformer i hele helsetjenesten.

Varsling er et tema som er oppe hver eneste gang, og der sier vi alle sammen at man skal ha en ledelseskultur som skal ha pasientsikkerhet og kvalitet i fokus, mens en del rapporter viser at det til dels til og med kan være en frykttkultur i noen av sykehusene våre og også andre steder. For et år siden var helseministeren prisverdig ute og sa at her skulle man verken bortforklare eller skjønne. Man skulle få fakta på bordet, for det er vi nødt til å forholde oss til, og så må vi styre etter det. Det er vi nødt til å få på plass fordi det har sneket seg inn noen ledelseskulturer inspirert av amerikanske New Public Managements ledelsesmodeller, som overhodet ikke har noen ting å gjøre innen omsorg og helse, og som gjør at man får fram disse strukturene som gjør at det blir behov for mer varsling, og at man ikke får et sant bilde av hva som foregår. Det tror jeg er veldig ødeleggende for den gode etikken og den gode kompetansen som nesten alle som jobber i vårt helsevesen, har. Vi må sørge for at den blir brukt på beste måte, og at man ikke får pålegg der man må øve vold på faglighet og etikk.

Brukermedvirkning er også et av punktene som går igjen og igjen. Der har jeg lyst til å henlede oppmerksom-

heten på det som heter Brukerstyrt senter på Hamar, som er et lavterskel tilbud innen psykiatri. Der har de kurs både for brukere og for ansatte i ulike deler av forvaltningen, der de rett og slett lærer seg å snakke sammen på en måte som gjør at begge parter skjønner hverandre. Det er det stort behov for, for det kan selvfølgelig være vanskelig å kommunisere med noen som har en veldig høy faglig kompetanse på sitt område, og skjønn hvordan det er for en som er i en helt annen situasjon, som kanskje ikke vet hva som er i veien, eller slett ikke har navnet på hva som er problemet. Det å kunne prate sammen og ha brukermedvirkning, som faktisk er brukermedvirkning, og ikke sånn «kom og snakk med oss, så skal vi høre på deg, og for øvrig gjør vi som vi hadde tenkt i utgangspunktet». Det er ikke ordentlig brukermedvirkning.

Til slutt sies det også noe om overforbruk av medikamenter og bivirkninger av det. Det er en av grunnene til at vi trenger disse bemanningsstandardene, slik at man får den omsorgen man trenger, og ikke medisiner.

Statsråd Bent Høie [14:26:47]: Tre ganger har denne regjeringen lagt fram en melding om status for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Behandlingen av årlig melding er derfor blitt en etablert praksis, og nok en gang stiller en samlet komité seg bak. Det er jeg svært glad for, og komiteens måte å behandle denne meldingen på har bidratt til å gjøre det til det som var målsettingen, nemlig et viktig redskap for Stortinget som øverste ansvarlige. Vi har invitert til en bred og åpen debatt gjennom denne årlige meldingen, der en setter kvalitet og pasientsikkerhet regelmessig på dagsordenen. Det vil jeg takke komiteen for. Målet er at slike regelmessige statusmeldinger også skal stimulere nettopp til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring lokalt – til beste for pasientene.

Regjeringen arbeider systematisk med å bygge pasientens helsetjeneste. En grunnstein i dette bygget er kvalitet og pasientsikkerhet. Vi kan trygt si at norsk helsetjeneste er i verdenstoppen og oppnår gode resultater. Norge ligger høyt når det gjelder å overleve sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag. Vi er gode til å håndtere ulykker og skader, og de aller fleste pasientene gir uttrykk for at de er fornøyd med tjenestene de får.

Som i de to første meldingene beskriver også denne meldingen utfordringer, slik det kommer til uttrykk i årsmeldingene for 2015 fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

Komiteen framhever sin bekymring for deler av de kommunale tjenestene, spesielt sykehjemstilbudet. Regjeringen har satt i gang arbeidet med en kvalitetsreform for eldre, Leve hele livet. Arbeidet skal omhandle de grunnleggende tingene som oftest sviker i tilbudet til eldre, både i hjemmetjenesten og i sykehjem: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Vi skal legge fram en stortingsmelding om reformen våren 2018. Reformen skal iverksettes nasjonalt fra 2019.

Komiteen har også merket seg pasient- og brukerombudenes bekymring for at pakkeforløp for kreft kan få konsekvenser for tilbudet til andre pasientgrupper. Jeg deler ikke den bekymringen. Tvert imot mener jeg at pakkeforløp på sikt vil være ressursbesparende og at erfaringene vil kom-

me andre pasientgrupper til gode når vi skal tilrettelegge nye behandlingsforløp etter lignende modeller. Vi ser dette allerede på flere av våre sykehus.

I denne tredje meldingen har vi valgt å ha variasjon som tema. Selv om helse- og omsorgstjenesten i Norge generelt er god, ser vi uønsket variasjon på stadig flere områder. Helseatlasrapportene som ble publisert i 2015, avdekket omfattende variasjon innenfor dagkirurgi og behandling av barn. Men ikke all variasjon er ugunstig. Forskjeller i alder, sykkelighet og pasientbehov kan være grunn til variasjon i tjenestetilbudet. I kommunene kan også lokalpolitiske prioriteringer bidra til ulik utforming av tjenestene.

På områder der det er satt konkrete mål basert på faglige retningslinjer eller lovkrav, er det særlig viktig at helse- og omsorgstjenestene følger med på om de oppfyller målene og bidrar til at variasjonen er minst mulig. Eksempler er pakkeforløp for kreft og akuttmedisinske tjenester med krav til svartid på medisinsk nødnummer. Fagmiljøene og ledelsen i kommuner og helseforetak har en viktig oppgave i å analysere årsakene til variasjon og sette inn tiltak for å motvirke uønsket variasjon. Innenfor spesialisthelsetjenesten har jeg fulgt opp dette med krav i oppdragsdokumentet for både 2016 og 2017. Jeg mener det er en helt sentral utfordring framover å redusere uønsket variasjon.

Med denne meldingen gjør vi opp status og oppsummerer de overordnede utfordringene. Det dreier seg om kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Systematisk arbeid for å bedre ledelse, kultur og systemer er grunnleggende for å møte disse utfordringene. Det jobber vi med. Vi har nå fastsatt en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring for helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar, og veilederen til forskriften er klar. Hensikten er at ledelsen i kommuner og helseforetak skal ta et større ansvar for å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskriften vil være et veldig godt verktøy i dette arbeidet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Freddy de Ruyter (A) [14:31:59]: «Familier med omfattende bistandsbehov må sikres tilstrekkelig hjelp uavhengig av bostedskommune», står det. Det er vi helt enige om. Litt av utfordringen er at det er et omfattende kommunalt skjønn på omsorgsfeltet. Spørsmålet er rett og slett da om det omfattende kommunale skjønn på omsorgsfeltet er til hinder for et likeverdig og kvalitativt godt nok omsorgstilbud, og hva statsråden ser på som mulige grep for å kunne utjevne og sørge for et mer likeverdig tilbud.

Statsråd Bent Høie [14:32:41]: Det er et svært spørsmål, som ikke lar seg svare på i en kort replikkrunde. Dette er gjennomgående i diskusjonene som Stortinget har på dette området. Vi har valgt å si at kommunene skal ha et helhetlig ansvar for disse tjenestene, nettopp fordi en har hatt en grunnleggende tro på at kommunene er best egnet til å se det samlede tilbudet totalt, og ikke minst gjøre de lokale prioriteringene. Samtidig er vi på flere og flere områder inne og styrer kommunene i den retningen som Stortinget ønsker, f.eks. slik vi har gjort med rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse, slik regjeringen gjør nå med den nye loven om kompetansekrav, som ble fremmet på fredag. Så jeg tror ikke svaret på det

spørsmålet er enten ja til det ene eller ja til andre, jeg tror det handler om å finne den rette balansen mellom de to hensynene.

Freddy de Ruiter (A) [14:33:41]: Det kunne kanskje være en idé å se på om helsefeltet og omsorgsfeltet bør ha omtrent den samme skjønnsutøvelsen. I dag er det på omsorgsfeltet adskillig større mulighet til skjønnsutøvelse. Jeg synes det er en utfordring med tanke på tjenestetilbudet.

Statsråden var nå inne på dette med BPA, og det var mitt neste spørsmål. Det er helt tydelig, som det har kommet fram i en rapport, at bostedskommune dessverre for mange er avgjørende for hva slags tilbud – eller ikke tilbud – en får knyttet opp mot BPA. Så er det igangsatt en evaluering. Spørsmålet mitt til statsråden er: Når foreligger den evalueringen, og hva tenker statsråden om arbeidet videre med å sikre et likeverdig BPA-tilbud uavhengig av bostedskommune?

Statsråd Bent Høie [14:34:29]: Nå klarer jeg ikke å ta etter hukommelsen når evalueringen skal være klar, men jeg tror det vil være i løpet av dette året. Jeg deler representantens bekymring. Vi har laget et rundskriv til ordningen som jeg mener er veldig godt, og som veldig klart tar opp i seg det som var Stortingets intensjon. Jeg har også inntrykk av at det er utfordringer knyttet til om den brukes godt nok i kommunene. Det var bakgrunnen for at jeg personlig skrev brev til alle landets ordførere nylig og gjorde dem oppmerksom på dette, med kopi også til fylkesmennene, for å få større oppmerksomhet om hva Stortinget faktisk ønsket med denne ordningen direkte hos dem som er de øverste politisk ansvarlige i kommunene.

Kjersti Toppe (Sp) [14:35:32]: I innstillinga slår komiteen fast at det kanskje aller mest alarmerende i rapporten frå Helsetilsynet er at det er store variasjonar i korleis alvorlege hendingar vert følgde opp i helseforetak. Eg viser til rapporten «Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus 2012 og 2014» frå Helsedirektoratet, som viser at pasientsikkerhetskulturen indikerer i kva grad rutinar, haldningar og handlingar bidreg til å førebyggja uønskete hendingar og pasientskadar, og at minst 44 pst. av norske sjukehusavdelingar har eit klima som aukar sjansen for pasientskadar.

Eg har spurt helseministeren før om kva tiltak regjeringa har her, men no har det gått ei tid, og eg vil spørja igjen: Kva gjer regjeringa aktivt no for å sikra at det vert ei bestriving på dette feltet?

Statsråd Bent Høie [14:36:32]: Jeg var inne på forskriften som vi iverksatte nå fra 1. januar, og som stiller et veldig klart krav til ledelse på alle nivåer knyttet til den type spørsmål.

Så til den konkrete problemstillingen som representanten tar opp. Jeg har i oppdragsdokumentet fra 2017 gitt helseregionene i oppdrag å komme tilbake til på hvilken måte de systematisk skal jobbe med dette spørsmålet. Det vil de komme tilbake til meg til før sommeren, og jeg vil da se på de tiltakene som de beskriver der. Dette er tiltak som de skal etablere i samarbeid med tillitsvalgte, og de skal også lage systemer for rapportering på hvordan kultu-

ren i virksomheten er knyttet til dialog med ansatte og tillitsvalgte.

Kjersti Toppe (Sp) [14:37:27]: Eg har òg eit spørsmål om variasjon, som har vorte eit spesielt tema i denne meldinga, og det er bra. Ein ting er om ein pasient vert skadd, men om han vert skadd av ei behandling han ikkje treng, er det dobbelt tragisk. Statsråden ønskjer ikkje å ta i bruk ordet overbehandling, men det er jo ein del av variasjonsomgrepet. No har vi akkurat fått ein riksrevisjonsrapport som viser at DRG-kodesystemet kopla opp mot innsatsstyrt finansiering, IFS, ifølgje Riksrevisjonen ikkje er eit robust system som bør først vidare ned på avdelingsnivå, fordi det kan føra til feilprioriteringar og kanskje overbehandling og dermed òg uønskt variasjon.

Spørsmålet er: Vil statsråden sjå på kva finansiering kan bidra til av uheldig variasjon i norsk helseteneste, og kvifor ikkje, eventuelt?

Statsråd Bent Høie [14:38:30]: Det er viktig at finansieringssystemet også underbygger riktig prioritering og faglighet i tjenesten. Jeg er ikke av den tro at det er riktig å forsterke finansieringssystemets betydning for dette, tvert imot. Det som vi bl.a. ser på, er muligheten for at finansieringssystemet i større grad finansierer hele pasientforløp, og at en retter det inn mot det i stedet for enkelte deler av et forløp. Det er den type tenkning jeg ønsker å underbygge i pasientens helsetjeneste.

DRG-systemet er ikke utformet for å ha finansiering på avdelingsnivå, det er et system som er utarbeidet for å ha finansiering ut fra større enheter på store sykehus eller regioner.

Kjersti Toppe (Sp) [14:39:30]: Vi er heilt einige om at ISF ikkje var tenkt å verta tatt heilt ned på avdelingsnivå, men poenget er at det skjer stort sett overalt. Det er ikkje noko som sjukehusa *må* gjera, men dei *kan* gjera det. Når statsråden er så tydeleg på at dette ikkje er noko som han, slik eg forstår svaret, er tilhengjar av, vil statsråden og regjeringa da sørgja for at ein opphevar den uheldige praksisen – òg i lys av rapporten frå Riksrevisjonen – der ein vidarefører IFS ned på avdelingsnivå? Vil han kunna setja ein stoppar for det frå regjeringa si side? Vil statsråden bidra til det?

Statsråd Bent Høie [14:40:22]: Vi har en kontinuerlig gjennomgang av finansieringssystemer. Som jeg sa, er vi nå opptatt av å se på hvordan finansieringssystemet i større grad kan underbygge hele pasientforløp. Det vil være en stor oppgave. Vi er også veldig tydelige på i kommunikasjonen med helseregionene at DRG-systemet ikke er utformet for å finansiere på avdelingsnivå. Fra departementets side finansierer en på helseregionnivå, og så velger de ulike helseregionene og helseforetakene ulike modeller for finansiering videre. Men helt uavhengig av finansieringssystemet er det viktig at en fra ledelsens side har en oppmerksomhet på at det er den gode faglige praksisen som skal være førende. Jeg ønsker ikke å bidra til å forsterke inntrykket av at det er finansieringssystemet som skal styre den faglige praksisen i sykehusene.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 6, og det ringes til votering.

Votering

Etter at det var ring til votering, uttalte

presidenten: Da er Stortinget klar til å gå til votering over sakene på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

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

- forslag nr. 1, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet og Venstre
- forslagene nr. 2 og 3, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet

Det voteses over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag til endringer i lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) der følgende hensyn ivaretas:

- loven endrer navn fra lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) til lov om ordning med lokaler for inntak av narkotika (brukeromsloven),
- det åpnes for flere inntaksmåter enn injisering,
- det åpnes for at andre stoffer enn heroin kan inntas, basert på en vurdering av tiltakets målgruppe og hvilke stoffer de benytter,
- det åpnes for å gjøre andre endringer i loven som følge av de ovennevnte punktene, og som følge av erfaringer som har blitt ervervet med sprøyteromordningen siden 2004.»

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

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Venstre ble med 57 mot 44 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.51.06)

Presidenten: Det voteses så over forslag nr. 3, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen arbeide for at de sprøyterommene som er etablert, brukes aktivt for å intensivere forebygging og sørge for diagnostisering og behandling av hepatitt C hos brukerne.»

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

Arbeiderpartiet og Venstre har varslet subsidiær støtte til forslaget.

Voteringstavlene viste at det var avgitt 53 stemmer imot og 47 stemmer for forslaget fra Senterpartiet.

(Voteringsutskrift kl. 14.51.37)

Eirin Sund (A) (fra salen): President! Jeg stemte, men stemmen ble ikke registrert.

Tove Karoline Knutsen (A) (fra salen): President! Ved en inkurie kom jeg til å stemme feil.

Presidenten: Det vil si at stemmetallene skal være 52 stemmer imot og 48 stemmer for forslaget fra Senterpartiet. Forslaget er dermed ikke bifalt.

Det voteses over forslag nr. 2, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endring i sprøyteromsloven og sprøyteromsforskriften for å åpne for inhalering av heroin i sprøyterom.»

Arbeiderpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti har varslet subsidiær støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 53 mot 47 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.52.27)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:28 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Terje Breivik, Sveinung Rotevatn, Ola Elvestuen, Ruth Grung og Torgeir Micaelsen om endringer i sprøyteromsordningen med lokaler for injeksjon av narkotika – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt to forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Ingvild Kjerkol på vegne av Arbeiderpartiet
- forslag nr. 2, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet

Det voteses over forslag nr. 2, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen styrke lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene ved å fremme en femårig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse, som inkluderer øremerkede midler i opptrappingsperioden.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 92 mot 9 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.53.36)

Presidenten: Det voteses over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres lavterskel psykisk helsetilbud til barn, unge og familier i alle kommuner. Tiltakene kan realiseres gjennom etablering av Familiens hus og/eller andre lett tilgjengelige tjenester. Tjenestene må være flerfaglige og

tverretatlige, slik at man sikrer barn, unge og familier gode og helhetlige tjenester.»

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

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet ble med 62 mot 39 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.53.58)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:29 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jorid Holstad Nordmelan, Hadia Tajik, Ingvild Kjerkol, Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Freddy de Ruiter og Tove Karoline Knutsen om lavterskel psykisk helsetilbud i alle kommuner – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt 14 forslag. Det er

- forslagene nr. 1–5, fra Ruth Grung på vegne av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 6–13, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti og Senterpartiet
- forslag nr. 14, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet

Det voteres over forslag nr. 14, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre økt kunnskapsnivå om førstehjelp gjennom nærmere presisering av hovedmålene for førstehjelp og livbergende førstehjelp i grunnskolen, samt gjennom innføring av konkrete og forpliktende kompetansemål for førstehjelp og livbergende førstehjelp i kroppsøvingsfaget i videregående opplæring.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 94 mot 6 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.55.15)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 7, fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) sette som nasjonal norm at legevakten utfører 20–40 sykebesøk per 1 000 innbyggere per år.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 87 mot 13 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.55.36)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 6 og 8–13, fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) fremlegge en handlingsplan for tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegetjenesten.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) utrede en ordning med fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt, og at legevakt blir en del av regulert arbeidstid.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innføre krav om at alle legevaktstrikter må ha tilgjengelig utrykningskjøretøy med støttepersonell, og at ingen skal arbeide alene på vakt.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innføre et nasjonalt krav i forskrift om at 90/95 prosent av befolkningen skal ha en maksimal reisetid til nærmeste legevaktstasjon på 40/60 minutter.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) fremlegge en handlingsplan for utvikling av en desentralisert og faglig sterk ambulansetjeneste i Norge, med forskriftsfestede responstider.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) sørge for at krav til felles akuttmedisinske planer mellom kommuner og helseforetak forskriftsfestes i en framtidig revidert akuttmedisinforskrift.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) innlemme alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten (også utenfor helseinstitusjon) i meldeordningen for uheldige hendelser.»

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

Votering:

Forslagene fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 87 mot 14 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.56.01)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 1–5, fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) legge frem en hand-

lingsplan for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i legevaktjenesten.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede ulike statlige støt-teordninger som stimulerer til etablering av god lege-vaktpraksis i distriktskommuner med store avstandsutfordringer, slik at pasienttilbud og beredskap ivaretas i hele landet.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttut-valgets rapport (NOU 2015:17) utarbeide en frivillig-hetsstrategi med tanke på helseberedskap og fremlegge den for Stortinget på egnet vis.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttut-valgets rapport (NOU 2015:17) utarbeide en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livs-lang læring», og at denne fremmes for Stortinget på eg-net vis.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Akuttut-valgets rapport (NOU 2015:17) sette ned et bredt sam-mensatt utvalg for å utrede akuthjelperordningens funksjon videre.»

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

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 52 mot 49 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 14.56.26)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:34 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert lege-vakt og ambulanse – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 4

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

I

Stortingets vedtak nr. 483, 484 og 485 av 23. februar 2017 ved behandlingen av Innst. 170 S (2016–2017) fra helse- og omsorgskomiteen om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens – oppheves.

Presidenten: Presidenten har oppfattet det slik at Ar-beiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne vil stemme imot.

Voteringstavlene viste at det var avgitt 51 stem-mer for og 46 stemmer imot komiteens innstilling til I. (Voteringsutskrift kl. 14.57.26)

Tor André Johnsen (FrP) (fra salen): President! Jeg stemte feil.

Hans Fredrik Grøvan (KrF) (fra salen): President! Jeg stemte feil.

Helge André Njåstad (FrP) (frå salen): President! Eg stemte også feil.

Presidenten: Da tar vi voteringen på nytt.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 57 mot 44 stem-mer.

(Voteringsutskrift kl. 14.58.26)

Videre var innstilt:

II

Dokument 8:64 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tone Wilhelmsen Trøen, Kari Kjønnaas Kjos og Ketil Kjenseth om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens – ved-legges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 5

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt 12 forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Tove Karoline Knutsen på vegne av Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 2, fra Tove Karoline Knutsen på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslagene nr. 3 og 4, fra Tove Karoline Knutsen på vegne av Arbeiderpartiet
- forslagene nr. 5–7, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti og Venstre
- forslagene nr. 8 og 9, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti
- forslagene nr. 10–12, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet

Presidenten: Det voteres først over forslag nr. 12, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme nødvendige til-tak slik at pasienter og pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver får tilbud om omsorgsplan og kon-taktperson i kommunen, individuelt tilrettelagt avlast-ningstilbud, permisjonsordninger og trygghet for vikar ved sykdom.»

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

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet ble med 92 mot 9 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.00.11)

Presidenten: Det votes over forslagene nr. 10 og 11, fra Senterpartiet.

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme nytt forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (pårørende-støtte m.m.) der:

- begrepet omsorgslønn ikke endres til omsorgsstønad,
- det ikke innføres fellesregulering og benevning i loven av tjenester og tilbud det er knyttet ulike plikt- og rettighetsstatus til,
- retten til avlastning, opplæring og veiledning inkluderer alle pårørende som har store omsorgsutfordringer, og ikke avgrenses til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide nasjonale retningslinjer slik at omsorgslønn inngår som et ordinært tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste for særlig tyngende omsorgsoppgaver overfor barn og voksne. Omsorgslønnen må styrkes og standardiseres og utbetales etter en nasjonal tariff (timesats) tilsvarende helsefagarbeidere der tildelte timer per uke kan variere mellom 25 prosent og 100 prosent av full jobb.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Senterpartiet ble med 95 mot 6 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.00.33)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 9, fra Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om rettighetsfesting av omsorgslønn.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti ble med 95 mot 6 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.00.53)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 8, fra Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen etablere Avansert hjemmesykehus for barn i alle helseregioner.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti ble med 93 mot 7 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.01.12)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 7, fra Kristelig Folkeparti og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en felles minstesats for omsorgslønnsordningen, samt nasjonale retningslinjer som sikrer geografisk likhet i ordningen.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 88 mot 13 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.01.34)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 6, fra Kristelig Folkeparti og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen vurdere hvordan hjelpetønad, pleiepenger og omsorgslønn kan slås sammen til én statlig ordning for å sikre et enklest og best mulig regelverk.»

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 90 mot 10 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.01.50)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 5, fra Kristelig Folkeparti og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til hvordan barn som pårørende kan sikres selvstendige rettigheter og gode og helhetlige tjenester.»

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

Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 87 mot 14 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.02.24)

Presidenten: Det votes over forslagene nr. 3 og 4, fra Arbeiderpartiet.

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede hvordan pliktbestemmelsen for kommunene om omsorgsstønad kan følges opp med å tydeliggjøre i pasient- og brukerrettighetsloven retten til slik stønad for pårørende/nærstående med omfattende omsorgsansvar.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av en felles minstesats for ordningen med omsorgsstønad, samt utrede nasjonale retningslinjer med tanke på å få til større geografisk likhet i ordningen.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet ble med 61 mot 38 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.02.44)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 2, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede en lovfesting av kommunenes plikter overfor barn som pårørende.»

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

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 57 mot 44 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 15.03.06)

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

«Stortinget ber regjeringen styrke koordinatorrollen i form av forpliktende, nasjonale krav både til koordinerende enhet og til koordinatorrollen, og gjennom styrket myndighet til å sikre gjennomføring av tverrfaglige tiltak og individuell plan.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti ble med 58 mot 42 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 15.03.27)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak til lov

om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m.
(styrket pårørendestøtte)

I

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 3-2 første ledd nr. 6 og andre ledd skal lyde:

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

§ 3-6 skal lyde:

§ 3-6 *Kommunens ansvar overfor pårørende*

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av:

1. opplæring og veiledning
2. avlastningstiltak
3. omsorgstønad

§ 9-2 første ledd skal lyde:

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt

som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene *a til c* og § 3-6 første ledd nr. 2 til personer med psykisk utviklingshemning.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-1 d første ledd annet punktum skal lyde:

Retten omfatter avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 første ledd nr. 2 for personer med foreldresansvar for hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne.

§ 2-7 annet ledd skal lyde:

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene *a til c*, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

III

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 6-4 sjette ledd skal lyde:

Dersom det kan være adgang til både hjelpestønad og kommunal *omsorgsstønad*, anvendes hjelpestønad først. Kommunen kan ta hensyn til hjelpestønaden ved tildeling og utmåling av *omsorgsstønaden*.

IV

Loven trer i kraft 1. oktober 2017. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

Presidenten: Senterpartiet og Miljøpartiet De Grønne har varslet at de vil stemme imot.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 86 mot 7 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.03.57)

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

Senterpartiet og Miljøpartiet De Grønne har varslet at de vil stemme imot.

Votering:

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble bifalt med 88 mot 6 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.04.20)

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

Votering i sak nr. 6

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slikt

vedtak:

Meld. St. 13 (2016–2017) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Sak nr. 7 [15:05:03]

Referat

1. (230) Statsministerens kontor melder at 1.lov om endringer i folketrygdloven (endret fastsetting av grunnlaget for sykepenger, foreldrepenger og pleiepenger mv.) (Lovvedtak 62 (2016–2017)) - er sanksjonert under 5. april 2017
Enst.: Vedlegges protokollen.
2. (231) Endringer i folketrygdloven, kontantstøtteleven og lov om supplerende stønad til personar med kort butid i Noreg (ny inntektsikring for eldre og uføre flyktninger og endrede botidskrav for rett til visse ytelser) (Prop. 85 L (2016–2017))
3. (232) Pensjonar frå statskassa (Prop. 100 S (2016–2017))
Enst.: Nr. 1 og 2 sendes arbeids- og sosialkomiteen.
4. (233) Oppdatering av forvaltningsplanen for Norskehavet (Meld. St. 35 (2016–2017))
5. (234) Endringer i motorferdselloven (forsøksordning for catskiing) (Prop. 83 L (2016–2017))
6. (235) Endringer i lov om elsertifikater (andre kontrollstasjon) (Prop. 95 L (2016–2017))
7. (236) Endringer i vannressursloven og jordlova (konsesjonsplikt for grunnvannstiltak og unntak fra omdisponeringsforbudet) (Prop. 97 L (2016–2017))
Enst.: Nr. 4–7 sendes energi- og miljøkomiteen.
8. (237) Samtykke til ratifikasjon av endringer av 15. oktober 2016 i Montrealprotokollen om stoff som reduserer ozonlaget av 16. september 1987 (Prop. 103 S (2016–2017))
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
9. (238) Lov om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda (diskrimineringsombudsloven) (Prop. 80 L (2016–2017))
10. (239) Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) (Prop. 81 L (2016–2017))
11. (240) Lov om gjeldsinformasjon ved kredittvurdering av privatpersoner (gjeldsinformasjonsloven) (Prop. 87 L (2016–2017))
12. (241) Lov om adopsjon (adopsjonsloven) (Prop. 88 L (2016–2017))
13. (242) Endringer i markedsføringsloven og angrerettloven (håndhevingsreglene) (Prop. 93 L (2016–2017))
14. (243) Endringer i barnehageloven (rett til barnehageplass for barn født i november m.m.) (Prop. 101 L (2016–2017))
15. (244) Endringer i kringkastingsloven (reklame og sponing mv.) (Prop. 102 L (2016–2017))
16. (245) Lov om opphavsrett til åndsverk mv. (åndsverkloven) (Prop. 104 L (2016–2017))
Enst.: Nr. 9–16 sendes familie- og kulturkomiteen.
17. (246) Rapport til Stortinget fra Norges Banks representantskap for 2016 (Dokument 9 (2016–2017))
18. (247) Finansmarkedsmeldingen 2016-2017 (Meld. St. 34 (2016–2017))
19. (248) Representantforslag fra stortingsrepresentant Snorre Serigstad Valen om tiltak mot svart økonomi og skatteomgåelse (Dokument 8:86 S (2016–2017))
20. (249) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trygve Slagsvold Vedum og Geir Pollestad om kontanter som betalingsmiddel i Norge (Dokument 8:88 S (2016–2017))
Enst.: Nr. 17–20 sendes finanskomiteen.
21. (250) Endringer i transplantasjonslova mv. (gjennomføring av organhandelskonvensjonen i norsk rett) (Prop. 89 L (2016–2017))
Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen.
22. (251) Samtykke til ratifikasjon av Europarådets konvensjon mot ulovlig handel med menneskeorganer av 25. mars 2015 (Prop. 90 S (2016–2017))
Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
23. (252) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Knut Arild Hareide, Olaug V. Bollestad, Anders Tyvand, Geir Jørgen Bekkevold og Kjell Ingolf Ropstad om flere tiltak for å beskytte barn mot pornografi (Dokument 8:74 S (2016–2017))
Enst.: Sendes justiskomiteen.
24. (253) Samtykke til godtakelse av direktiv (EU) 2016/680 av 27. april 2016 om fysiske personers vern i forbindelse med kompetente myndigheters behandling av personopplysninger mv. og om opphevelse av Rådets rammebeslutning 2008/977/JIS (videreutvikling av Schengen-regelverket) (Prop. 98 S (2016–2017))
Enst.: Sendes justiskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
25. (254) Endringer i politiregisterloven mv. (gjennomføring av direktiv (EU) 2016/680 mv.) (Prop. 99 L (2016–2017))
26. (255) Endringer i straffeprosessloven (biometrisk autentisering) (Prop. 106 L (2016–2017))
Enst.: Nr. 25 og 26 sendes justiskomiteen.
27. (256) Endringer i friskolelova, voksenopplæringsloven og folkehøgskoleloven (dekning av utgifter til spesialundervisning i friskoler m.m.) (Prop. 78 L (2016–2017))
28. (257) Endringer i opplæringslova (oppstart av grunnskoleopplæring og rett til vidaregående opplæring) (Prop. 79 L (2016–2017))
Enst.: Nr. 27 og 28 sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.
29. (258) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande, Pål Farstad og Sveinung Rotevatn om en gjennomgang av statens organisering og utbredelse med formål å redusere offentlig aktivitet i velfungerende kommersielle markeder (Dokument 8:80 S (2016–2017))

30. (259) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om opprettelse av et program for teknologiutvikling i vannbransjen (Dokument 8:83 S (2016–2017))
31. (260) Ny inndeling av regionalt folkevalt nivå (Prop. 84 S (2016–2017))
32. (261) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Heikki Eidsvoll Holmås om endring av vilkår for opprettelse og nedlegging av asylmottak (Dokument 8:87 S (2016–2017))
33. (262) Endringer i ekteskapsloven og bustøttelova m.m. (oppgaveoverføring til kommunene) og lov om overføring av ansvar for kollektivtransport (Prop. 91 L (2016–2017))
34. (263) Lov om statens ansatte mv. (statsansatteloven) (Prop. 94 L (2016–2017))
35. (264) Endringer i kommunestrukturen (Prop. 96 S (2016–2017))
Enst.: Nr. 29–35 sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.
36. (265) Ombudsmannsnemnda for Forsvaret sin innberetning om virksomheten i tiden 1. januar – 31. desember 2016 (Dokument 5 (2016–2017))
37. (266) Årsmelding til Stortinget fra Stortingets kontrollvalg for etterrettings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste (EOS-utvalget) for 2016 (Dokument 7:1 (2016–2017))
Enst.: Nr. 36 og 37 sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
38. (267) Reindrift – Lang tradisjon – unike muligheter (Meld. St. 32 (2016–2017))
39. (268) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Terje Breivik, Sveinung Rotevatn og Pål Farstad om en enklere hverdag for landets små og mellomstore bedrifter (Dokument 8:81 S (2016–2017))
Enst.: Nr. 38 og 39 sendes næringskomiteen.
40. (269) Representantforslag fra stortingsrepresentant Terje Breivik, Abid Q. Raja og André N. Skjelstad om fremme av sosialt entreprenørskap (Dokument 8:82 S (2016–2017))
Enst.: Sendes arbeids- og sosialkomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for næringskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
41. (270) Verksemda til Avinor AS (Meld. St. 30 (2016–2017))
42. (271) Nasjonal transportplan 2018–2029 (Meld. St. 33 (2016–2017))
43. (272) Endringer i veglova og vegtrafikkloven (bompengar i byane) (Prop. 82 L (2016–2017))
44. (273) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Dag Terje Andersen, Hugo Johan Bjørnstad, Odd Omland, Eirik Sivertsen og Karianne Tung om like konkurransevilkår for innenlandske og utenlandske aktører i lastebilnæringen (Dokument 8:84 S (2016–2017))
45. (274) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Else May Botten, Lise Christoffersen, Hugo Johan Bjørnstad, Magne Rommetveit og Eirik Sivertsen om en helhetlig luftfartsstrategi (Dokument 8:85 S (2016–2017))
46. (275) Oslopakke 3 – revidert avtale for perioden 2017–2036 og forslag til nytt takstsystem med tids- og miljødifferensierte bompengetakster (Prop. 86 S (2016–2017))
47. (276) Utbygging og finansiering av E39 Rogfast i Rogaland (Prop. 105 S (2016–2017))
Enst.: Nr. 41–47 sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.
48. (277) Felles ansvar for felles fremtid – Bærekraftsmålene og norsk utviklingspolitikk (Meld. St. 24 (2016–2017))
Enst.: Sendes utenriks- og forsvarskomiteen.

Presidenten: Og det kommer sikkert mer. Vi blir ikke arbeidsledige.

Dette er siste plenumsdag før påske. Presidenten vil ønske alle representantene en riktig god påskehøytid, med god anledning til å kaste glans over sin egen valgkrets eller andres. Selv om vi ikke har «ferie» i vårt vokabular i denne forsamlingen, vil presidenten håpe at det blir noen gode og late dager for alle representantene, og ønske samtlige tilbake til godt virke tirsdag den 18. april kl. 12. Riktig god påske til alle sammen!

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

Møtet hevet kl. 15.09.