



**STORTINGET**

# **Stortingstidende**

## **Referat fra møter i Stortinget**

**Nr. 41 · 30. januar**  
**Sesjonen 2017–2018**



**Møte tirsdag den 30. januar 2018 kl. 10**

President: Ole Mic Thommessen

Dagsorden (nr. 41)

1. Erklæring fra regjeringen
2. Innstilling fra valgkomiteen om endringer i de faste komiteers sammensetning (Innst. 107 S (2017–2018))
3. Redegjørelse av helseministeren om tilgangsstyring og informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst. (Det vil bli foreslått debatt umiddelbart etter redegjørelsen)
4. Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helseministeren:
 

«Konsensuspanelet vedrørende legemiddelassistert rehabilitering, LAR, under svangerskapet har avgitt sin rapport 27. november 2017. Panelet viser til at så lenge en ikke kan utelukke en mulig skadelig virkning av legemidler i LAR, så må føre-var-prinsippet gjelde. Det anbefales behandlingsalternativer for gravide med opioidavhengighet som ikke innebærer bruk av opioider eller andre legemidler med foster-skadelig potensial. Det vises til at omkring halvparten av barna som fødes av kvinner som er i LAR vil utvikle neonatalt abstinens-syndrom, NAS. Sikkerheten for bruk av LAR-medikamenter i svangerskapet er ikke dokumentert. Krav til undersøkelse av mulige fosterskader ved introduksjon av et legemiddel er i dag sterkere enn for LAR-medikamentene. Panelet anbefaler nedtrapping eller avslutning av LAR under graviditet, og åpner for pålegg om bruk av prevensjon for kvinner i LAR. Hvordan vil statsråden følge opp rapporten?»
5. Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helseministeren:
 

«Folkehelseinstituttet har i ein nyleg studie påvist at dei fleste med vanlege psykiske lidingar i Noreg ikkje blir behandla. Blant dei som hadde depresjon, hadde to tredjedelar korkje fått depresjonsdiagnose eller behandling fordi dei anten ikkje hadde oppsøkt hjelp eller problema ikkje vart fanga opp av helsepersonell. Blant dei som hadde ei angstlidning, hadde om lag 80 prosent anten ikkje hatt kontakt med helsetenesta eller ikkje fått hjelp då dei gjekk til lege. Statistikk frå Helsedirektoratet, jf. Dagens Medisin 15. august 2017, viser at omkring ein tredjedel av tilvisingane til behandling i psykisk helsevern for vaksne blir avviste. Det er dobbelt så stor risiko for å bli avvist i psykisk helsevern for vaksne som til ortopedisk undersøking. Kva gjer regjeringa for å sikre fullverdig helsehjelp for personar med psykiske lidingar og for å rette opp forskjellsbehandling etter diagnose?»

6. Innstilling fra næringskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene André N. Skjelstad, Terje Breivik, Jon Gunnes og Ketil Kjenseth om å utrede etableringen av et norsk globalt entreprenørskapsprogram (Innst. 102 S (2017–2018), jf. Dokument 8:36 S (2017–2018))
7. Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Solfrid Lerbrekk og Nicholas Wilkinson om bilstøtteordning også for dem som ikke har inntektsgivende arbeid eller er i utdanning (Innst. 98 S (2017–2018), jf. Dokument 8:54 S (2017–2018))
8. Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sigrid Simensen Ilsøy, Heidi Greni, Nils T. Bjørke og Åslaug Sem-Jacobsen om forbedringer av hjelpemiddelforordningen (Innst. 101 S (2017–2018), jf. Dokument 8:57 S (2017–2018))
9. Referat

**Presidenten:** Representantene Eigil Knutsen og Mona Fagerås, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Følgende innkalte vararepresentanter har tatt sete:

- For Akershus fylke: Sheida *Sangtarash*
- For Finnmark fylke: Steinar *Karlstrøm*
- For Møre og Romsdal fylke: Anders *Riise*
- For Nordland fylke: Kjell-Idar *Juvik*
- For Oslo: Mats *Kirkebirkeland* og Kristoffer *Haug*
- For Rogaland fylke: Julia *Wong*
- For Sogn og Fjordane fylke: Trude *Brosvik*
- For Vestfold fylke: Kari-Lise *Rørvik*

Det foreligger en rekke permisjonssøknader:

- fra representantene Cecilie *Myrseth* og Gisle *Meininger Saudland* om permisjon i tiden fra og med 30. januar til og med 2. februar, begge for å delta i studieopphold for representanter i Brussel.
- fra representanten Fredric *Holen Bjørdal* om omsorgspermisjon i tiden fra og med 30. januar til og med 12. februar.
- fra representanten Guri *Melby* om foreldrepermisjon i tiden fra og med 30. januar til og med 13. mai.
- fra representanten Bjørnar *Moxnes* om omsorgspermisjon tirsdag 30. januar.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

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

For Vest-Agder fylke: Unn Nilsen *Husøy* 30. januar–2. februar

For Møre og Romsdal fylke: Tove Lise Torve 30. januar–8. februar

For Oslo: Tina Shagufta Kornmo 30. januar–9. mai og Seher Aydar 30. januar

For Troms fylke: Kari-Anne Opsahl 30. januar–1. februar

**Presidenten:** Unn Nilsen *Husøy*, Tove Lise Torve, Tina Shagufta Kornmo, Seher Aydar og Kari-Anne Opsahl er til stede og vil ta sete.

Statsråd Sylvi Listhaug overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

**Presidenten:** Representanten Hans Fredrik Grøvan vil fremsette et representantforslag.

**Hans Fredrik Grøvan (KrF) [10:03:03]:** På vegne av representantene Trude Brosvik, Geir Jørgen Bekkevold, Torhild Bransdal og meg selv har jeg gleden av å fremme et representantforslag om statlig kompensasjon ved flom og naturskade.

**Presidenten:** Representanten Marit Arnstad vil fremsette et representantforslag.

**Marit Arnstad (Sp) [10:03:31]:** På vegne av representantene Marit Knutsdatter Strand, Steinar Ness, Heidi Greni og meg sjøl vil jeg framsette et representantforslag om tiltak for å motvirke lærermangel.

**Presidenten:** Representanten Tuva Moflag vil fremsette et representantforslag.

**Tuva Moflag (A) [10:03:58]:** På vegne av representantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tellef Inge Mørland, Siv Henriette Jacobsen og meg selv har jeg æren av å fremsette et representantforslag om å utarbeide en nasjonal strategi for god ernæring for eldre som mottar omsorgstjenester i sykehjem og hjemmetjenestene.

**Presidenten:** Representanten Åslaug Sem-Jacobsen vil fremsette et representantforslag.

**Åslaug Sem-Jacobsen (Sp) [10:04:35]:** På vegne av representantene Sandra Borch, Marit Knutsdatter Strand, Siv Mossleth og meg selv har jeg gleden av å legge fram et representantforslag om utarbeiding og iverksetting av en handlingsplan mot rasisme og diskriminering.

**Presidenten:** Representanten Jan Böhler vil fremsette et representantforslag.

**Jan Böhler (A) [10:05:02]:** På vegne av representantene Jonas Gahr Støre, Masud Gharahkhani, Lene Vågsli, Siri Gåsemyr Staalesen, Maria-Karine Aasen-Svensrud og meg selv vil jeg gjerne framsette et representantforslag om tiltak mot sosial kontroll og æresvold.

**Presidenten:** Representanten Ivar Odnes vil fremsette et representantforslag.

**Ivar Odnes (Sp) [10:05:39]:** På vegne av representantene Heidi Greni, Siv Mossleth, Willfred Nordlund og meg sjøl vil eg få lov til å leggja fram eit representantforslag om eit statleg vedlikehaldsprogram for fylkesvegnettet.

**Presidenten:** Representanten Freddy André Øvstegård vil fremsette et representantforslag.

**Freddy André Øvstegård (SV) [10:06:10]:** På vegne av representantene Kari Elisabeth Kaski, Petter Eide og meg selv har jeg gleden av å sette fram et representantforslag om tiltak mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.

**Presidenten:** Representanten Kjersti Toppe vil fremsette et representantforslag.

**Kjersti Toppe (Sp) [10:06:43]:** På vegne av representantene Emilie Enger Mehl, Steinar Ness, Siv Mossleth og meg sjøl vil eg leggja fram eit representantforslag om ei demokrati- og leiingsreform i offentlege sjukehus med innføring av tillitsbasert, stadleg leiing.

**Presidenten:** Representanten Sigbjørn Gjelsvik vil fremsette et representantforslag.

**Sigbjørn Gjelsvik (Sp) [10:07:17]:** På vegne av representantene Geir Adelsten Iversen, Geir Pollestad, Trygve Slagsvold Vedum og meg selv vil jeg legge fram et representantforslag om en stortingsmelding om norsk næringsmiddelindustri.

**Presidenten:** Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Fra Statsministerens kontor foreligger følgende brev til Stortinget, datert 26. januar 2018:

«Endringer blant statssekretærer

Statsråd ble holdt på Oslo slott 26. januar 2018 kl.1100 under ledelse av Hans Majestet Kongen. Det ble truffet følgende vedtak:

Konstituert statssekretær Torkil Åmland utnevnes som statssekretær for statsråd Sylvi Listhaug i Justis- og beredskapsdepartementet.»

Presidenten foreslår at det refererte brevet vedlegges protokollen.

– Det anses vedtatt.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten opplyse om at møtet i dag om nødvendig fortsetter utover kl. 16.00.

Sak nr. 1 [10:08:16]

### *Erklæring fra regjeringen*

**Statsminister Erna Solberg [10:08:37]:** Ved stortingsvalget 11. september 2017 oppnådde partiene Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti flertall i Stortinget. På den bakgrunn fortsatte regjeringen sitt arbeid etter valget. Etter sonderinger med Høyre og Fremskrittspartiet frem mot årsskiftet besluttet Venstre å innlede forhandlinger om å delta i en trepartiregjeringsforhandling. Forhandlingene ledet frem til Jeløya-plattformen. Styrende organer i de tre partier sluttet seg til den politiske plattformen 14. januar, og Venstre ble en del av regjeringen 17. januar. Regjeringen vil legge Jeløya-plattformen til grunn for sitt videre arbeid.

Et fritt samfunn oppstår ikke av seg selv. Vi er avhengig av fungerende felleskap og felles verdier og institusjoner som rettssikkerhet, personvern, ytringsfrihet, tillit, frie medier, markedsøkonomi, eiendomsrett og frivillighet. Regjeringen vil stå opp for disse verdiene og institusjonene som bærer vårt samfunn.

Kulturliv og sivilsamfunn er viktige forutsetninger for en opplyst offentlighet. De er investeringer i demokrati og allmenndannelsen. Kulturen skal være fri med personlig engasjement og frivillighet som grunnlag.

Regjeringens utgangspunkt er troen på at mennesker som blir gitt tillit, også tar ansvar. Frie, selvstendige mennesker utløser innsats og skaperkraft. Et godt samfunn og gode fellesskap skapes nedenfra – i familiene, på arbeidsplassene og i de frivillige organisasjonene.

Regjeringen vil spre makt og myndighet. Norge er et langstrakt og mangfoldig land. Utfordringene er ulike, innbyggernes ønsker og mål er forskjellige, og forutsetningene for bosetting og verdiskaping varierer. Potensialet for utvikling skal ivaretas i alle deler av landet, i distrikter og i byer. Økt innflytelse for enkeltmennesker, familier og lokalsamfunn vil bidra til løsninger som er bedre tilpasset den enkelte.

Regjeringen vil også legge til rette for at samer og nasjonale minoriteter i Norge skal få utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv.

Regjeringen vil arbeide for et rettferdig samfunn med muligheter for alle – en kunnskapsskole, lik tilgang til grunnleggende velferdstjenester og et sosialt sikkerhetsnett som fanger opp dem som faller utenfor. Det skaper trygghet i hverdagen og gir flere muligheten til å lykkes uavhengig av bakgrunn og opprinnelse.

Målet er å skape et bærekraftig velferdssamfunn. Regjeringen har identifisert seks utfordringer som må løses dersom vi skal lykkes med å nå målet. Vi må omstille norsk økonomi fordi vi trenger vekst, nye arbeidsplasser og flere ben å stå på. Vi må oppfylle Norges klimaforpliktelser fordi vi skal ta vår del av ansvaret for å løse klimautfordringene. Vi må skape et inkluderende arbeidsliv. Den teknologiske utviklingen skaper store muligheter for hjemflagging av arbeidsplasser, myndiggjøring av folk og effektivisering, men utfordrer også eksisterende arbeidsplasser og den enkeltes kompetanse. Vi må sikre gode velferdsordninger. Det er gledelig at flere lever lenger. Samtidig er bærekraften i velferdsordningene avhengig av at flere da er yrkesaktive lenger. Vi må redusere fattigdom. For mange rammes av fattigdom og utenforskap, uten mulighet til å skape seg sitt eget, gode liv. Vi må gjennomføre et integreringsløft. Den internasjonale migrasjonen er uforutsigbar, og vi må ha høy beredskap for raske skiftninger. Det er helt sentralt både for den enkelte og for bærekraften i våre velferdsordninger at vi lykkes bedre med integreringen i arbeidslivet.

Flere av disse utfordringene har det vært arbeidet med lenge. Viktige initiativ har vært tatt både i forrige periode og under tidligere regjeringer. De må videreføres. Men det må gjøres mer. Satsing på kunnskap og kompetanse vil være avgjørende for å lykkes. På noen områder må innsatsen forsterkes. På andre områder må innsatsen innrettes annerledes, slik at den gir de ønskede resultater. Regjeringen vil arbeide for å løse disse utfordringene på en bedre måte.

Regjeringen vil arbeide for å få flere i arbeid. Arbeid er viktig både for å føle en tilhørighet til fellesskapet og en grunnleggende forutsetning for vårt velferdssamfunn. Den største delen av vår nasjonalformue er verdien av det arbeidet vi legger ned. I tiårene som kommer, forrykkes forholdet mellom antallet nordmenn i arbeidsfør alder og antallet nordmenn over arbeidsfør alder. Utviklingen reflekteres allerede i dag i redusert sysselsettingsandel og økte utgifter til pensjon. Det må derfor skapes flere jobber, og flere må kvalifiseres for jobbene.

Da må vi starte tidlig. Barnehager med høy kvalitet styrker både barnas og de voksnes kompetanse. I skolen må tidlig innsats prioriteres. Målet er at ingen elever skal gå ut av grunnskolen uten å ha lært å lese, skrive og regne skikkelig. I det siste har vi sett en gledelig utvikling hvor flere fullfører videregående opplæring. Det må støttes opp om denne utviklingen, slik at enda flere fullfører. Viktige bidrag vil være forsterket satsing på yrkesfagene og flere lærlingplasser.

En god skole er helt avgjørende for at alle barn får mulighet til å forfølge sine drømmer, uavhengig av kjønn og sosial bakgrunn. Læreren er den viktigste personen for elevenes læring. Derfor må Lærerløftet fortsette.

te. Fortsatt satsing på videreutdanning, ny lærerutdanning, karriereveier og andre tiltak vil bidra til å heve statusen til læreryrket. Målet er at alle elever skal undervises av kompetente lærere.

Samfunnet må investere enda mer i kunnskap, forskning og utvikling. Særlig i en omstillingsfase for norsk økonomi bør vi satse på forskning som kan løse sentrale utfordringer i samfunnet og samtidig skape nye jobber i Norge.

Det norske arbeidslivet er i endring. Automatisering, digitalisering og robotisering er begreper som beskriver en trend hvor ansattes arbeidsoppgaver endrer seg vesentlig. Det kan gi økt verdiskaping, mindre farlig og ensformig arbeid, mindre forurensning og hjemflagging av norske arbeidsplasser. Men for enkelte kan utviklingen bety at den kompetansen man har, ikke lenger etterspørres i arbeidsmarkedet. Regjeringens mål er klart: I det norske arbeidslivet skal ingen gå ut på dato. Regjeringen vil derfor utvikle en ny kompetansepolitikk som svarer på vår tids utfordringer.

Arbeidslinjen må styrkes. Det må lønne seg å jobbe fremfor å gå på trygd. Mye tyder på at krav til aktivitet for unge sosialhjelpsmottakere har vært vellykket. Regjeringen vil arbeide for at krav til aktivitet i større grad tas i bruk som virkemiddel for å få flere i jobb og for å få flere til å lære seg norsk.

Det er mange mennesker i vårt samfunn som søker arbeid, men som ikke får det. Blir man stående utenfor arbeidslivet i en periode, er det vanskeligere å finne en ny jobb – dette på tross av at mange arbeidsgivere som har forsøkt å ansette noen med hull i cv-en, har funnet verdifull arbeidskraft. Vi må i vårt samfunn gi flere en ny sjanse. En rekke private arbeidsgivere er gode til dette. Statlige virksomheter kan bli mye bedre. Regjeringen vil derfor ta initiativ til en inkluderingsdugnad for å få flere inn i arbeidslivet.

Arbeidslivskriminalitet er en trussel mot vår velferd og samfunnsorden. Den felles innsatsen fra myndighetene og arbeidslivets parter mot samfunnsskadelig og ulovlig aktivitet i arbeidslivet må fortsette. Nye virkemidler må tas i bruk, og de kriminelle aktørene må bekjempes offensivt. I disse dager får alle statlige virksomheter beskjed om å gjøre mer for å sikre at de ikke anskaffer varer og tjenester fra useriøse aktører. Samtidig vil regjeringen gjøre hverdagen enklere for de seriøse aktørene i arbeidslivet.

Fast ansettelse skal være hovedregelen i det norske arbeidslivet, og regjeringen vil føre en politikk basert på det. Regjeringen vil jobbe for et fungerende treparts-samarbeid. Et arbeidsliv med høy organisasjonsgrad er et vern mot useriøse aktører og en konkurransefordel for Norge.

Et lavere skatte- og avgiftsnivå og mindre byråkrati vil støtte opp om arbeid og arbeidsplasser i hele landet. Regjeringen vil fortsette arbeidet for å gjøre det mer lønnsomt å investere i norske arbeidsplasser og å redusere næringslivets kostnader ved å rapportere til og samhandle med det offentlige.

En høy skatt på folks hjem, som rammer uavhengig av betalingsevne, er usosialt. Regjeringen vil derfor redusere både eiendomsskattesatsen og skattegrunnlaget.

Regjeringen vil legge til rette for grønn omstilling. Norge har påtatt seg store forpliktelser om reduserte utslipp av klimagasser. De forpliktelsene må vi følge opp. Det vil kreve betydelige omstillinger. Særlig gjelder det innen transportsektoren, men også andre sektorer må bidra med nødvendige utslippskutt. Vårt nye arbeidsliv må være grønt, smart og nyskapende. Verdens anstrengelser for å nå klimamålene er også en stor mulighet for Norge og norske bedrifter. På mange områder ligger vi langt fremme med grønn teknologi. Gjennom bruk av markedet og satsing på innovasjon, forskning og utvikling vil regjeringen bidra til at flere norske bedrifter vinner i konkurransen om å levere nullutslippsløsninger. Det er også viktig for at Norge skal få flere ben å stå på økonomisk, og for å redusere vår klimarisiko.

Regjeringen vil bygge hele landet. I høst vedtok Stortinget ny Nasjonal transportplan. Det er en ambisiøs plan, som regjeringen vil arbeide for å følge opp. Planen vil gi en bedre infrastruktur over hele landet. Den vil knytte mennesker sammen, redusere antall ulykker og dødsfall og styrke vekst og verdiskaping.

Satsing på jernbane og kollektivtransport i byene vil gi bedre mobilitet, bidra til å løse klimautfordringene og skape en enklere hverdag for folk flest og for næringslivet. Satsing på utbygging av veinettet og gode hovedferdselsårer mellom landets regioner vil bidra til effektiv persontransport og lønnsomhet for næringslivet og tungtransporten. Gode veier gir kortere reisetid, mindre miljøbelastning og færre ulykker.

Stadig mer av infrastrukturen i samfunnet er digital. Utbyggingen av raskere bredbånd skjer i høyt tempo på markedsmessig grunnlag. Regjeringen vil bidra der det ikke er et marked. Regjeringen vil satse på et bedre stamnett og fiber til utlandet for å styrke samfunnssikkerheten og muligheten til å etablere nye arbeidsplasser over hele landet.

Regjeringen vil øke tempoet på digitaliseringen av Norge. Innen offentlig sektor betyr mer digitalisering forenkling for ansatte og innbyggere. Slik vil vi frigjøre ressurser til bedre tjenester og bedre kvalitet i saksbehandlingen. Mer digitalt samarbeid mellom offentlig og privat sektor kan utløse store gevinster. Digitale løsninger krever kompetanse til både utvikling og daglig bruk. Skole og høyere utdanning må forberede elever og stu-

denter på en digital fremtid. Lover og reguleringer må tilpasses digitale løsninger.

Ifølge investeringsbarometeret for Nord-Norge planlegges det offentlige og private investeringer i landsdelen for over 700 mrd. kr frem mot 2025. Mange steder bidrar havnæringene, reiseliv og annen aktivitet til flere jobber og ny optimisme. Regjeringen vil øke investeringene i infrastruktur, forenkle regelverket for næringslivet og øke satsingen på forskning og utvikling for å støtte opp om den positive utviklingen i distriktene.

Norge skal være mulighetslandet – et land hvor alle har mulighet til å lykkes, uansett bakgrunn. Det skal være dine evner og din innsats som avgjør hva du kan oppnå, ikke hvilken familie du er født inn i, eller hvor du vokser opp. Det viktigste politiske virkemiddelet for å oppnå dette er satsingen på en sterk, offentlig kunnskapsskole. Et viktig mål er å sikre at også barn som vokser opp i familier med lav inntekt, har de samme gode fremtidsmulighetene som andre. Å sikre alle barn gode oppvekstvilkår er avgjørende for at de skal bli til selvstendige og trygge voksne, som kan bidra aktivt til samfunnet og fellesskapet, bl.a. gjennom arbeid. Regjeringen vil forsterke arbeidet for å få det til.

Regjeringen vil styrke likestillingen i samfunnet og bidra aktivt i arbeidet mot seksuell trakassering, slik at kvinner og menn får samme muligheter.

Ettersom den teknologiske utviklingen skyter fart, blir økt satsing på kompetanse stadig mer avgjørende. Arbeid er den viktigste måten man kan påvirke sin egen evne til å forsørge seg og sin familie på. Regjeringen vil arbeide for å inkludere flere i arbeidslivet, bl.a. personer med nedsatt funksjonsevne, slik at også de får frihet til å skape sin egen fremtid.

Regjeringen vil modernisere velferden. Den endrede sammensetningen av den norske befolkningen vil sette velferdsordningene under press de kommende tiårene. For regjeringen vil ikke bare opprettholde, men også forsterke tilbud og kvalitet. Spesielt er det viktig å forsterke sikkerhetsnettet for dem som i dag ikke fanges godt nok opp. Særlig gjelder dette innen rus og psykisk helse. Derfor vil regjeringen i denne perioden gjennomføre en rusreform for å sørge for at rusavhengige får den hjelpen de trenger, og legge frem en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Mye av moderniseringen fremover må skje gjennom nye og bedre måter å jobbe på, styrket kompetanse og større valgfrihet for brukerne. Økt digitalisering og effektivisering må frigjøre tid til mer omsorg. Regjeringen vil arbeide for at Norge skal være et aldersvennlig samfunn. Mennesker som har levd et langt liv, skal også ha et liv med mening og verdighet. Regjeringen vil derfor gjennomføre eldre-reformen «Leve hele livet». Regjeringen vil også videre-

føre prøveordningen med statlig finansiert eldreomsorg for å høste flere erfaringer med forsøket.

Regjeringen vil skape et enklere Norge. Skapertrangen og kreativiteten i samfunnet må få slippe til. Det bør ikke styres og reguleres mer enn nødvendig. Deregulering og ny teknologi bidrar til en enklere hverdag for næringsdrivende, innbyggere og offentlig ansatte.

Regjeringen vil skape et tryggere Norge. Truslene mot samfunnets sikkerhet endrer seg stadig. Norge har opplevd hvor hardt og smertefullt terror kan ramme. Arbeidet med å styrke beredskap og sikkerhet har hatt høy prioritet de siste årene. Innsatsen har gitt resultater. Politiet er styrket, bedre trent og bedre utrustet. Nye helikoptre og nytt beredskapssenter vil styrke beredskapen ytterligere. Regjeringen vil følge opp nærpolitireformen og fortsette å styrke kapasiteten i politiet.

Samtidig endrer truslene seg. Det må vi møte gjennom å sikre særlig sårbare områder, forebygge radikalisering og ta IKT-sikkerhet på alvor. Vi blir stadig mer avhengig av digitale løsninger. Styrket sikkerhet og beredskap på IKT-området må ha høy oppmerksomhet i alle sektorer de kommende årene.

Norges sikkerhetspolitiske omgivelser er i endring. Situasjonen i våre nærområder og i Europas randsone er mer utfordrende enn tidligere. Økende uro i Midtøsten, internasjonal terrorisme og et mer selvhevdende Russland har bidratt til dette. Regjeringen vil derfor følge opp langtidspanen for Forsvaret og landmaktproposisjonen. Til sammen vil dette innebære en betydelig styrking av Norges forsvarsevne.

Regjeringen vil føre en politikk tilpasset et mer mangfoldig Norge. Innvandring er en kilde til nye impulser og kulturell utveksling. Variasjon bidrar til nytenkning, innovasjon og kreativitet. Samtidig som innvandring har bidratt til økonomisk vekst i Norge og gjort oss til en mer mangfoldig nasjon, ser regjeringen utfordringer knyttet til innvandring og integrering. Folkeforflytning setter det norske samfunnet på prøve, uansett årsak. Ikke minst gjelder det den norske velferdsstatens bærekraft. Det er derfor nødvendig å føre en restriktiv, rettssikker og ansvarlig innvandringspolitikk. Norge skal være en pådriver for å finne gode løsninger for verdens flyktninger, både gjennom hjelp i nærområdene og ved å ta imot kvoteflyktninger. Mennesker som får lovlig opphold i Norge, skal tas imot på en god måte. Regjeringen vil legge om integreringspolitikken for å få flere raskere i arbeid. Introduksjonsprogrammet må bli mer målrettet. Sivilsamfunnet må mobiliseres for å få til bedre hverdagsintegrering.

Regjeringen vil føre en politikk som støtter opp om FNs bærekraftsmål. Verden veves stadig tettere sammen. Gjennom økonomi og handel, teknologi og IKT, økt turisme, kulturelle impulser, migrasjon, krig og

konflikt opplever vi stadig at hendelser andre steder i verden får store påvirkninger her hjemme. Norge må derfor føre en utenrikspolitikk som ivaretar Norges interesser, og som bidrar til økt internasjonalt samarbeid knyttet til grenseoverskridende utfordringer. Miljø- og klimautfordringer, krig og terror, mennesker på flukt, fattigdom og manglende utvikling er problemer som ikke kan løses av det enkelte land alene. Norge skal være et land som bidrar og tar ansvar i verden. Norge skal støtte internasjonalt samarbeid, bl.a. gjennom NATO, EØS og FN. Vi må ta på alvor at våre utenrikspolitiske omgivelser har blitt mer omskiftelige de siste årene. Regjeringen vil prioritere å ivareta nasjonale interesser, fortsette oppbyggingen av Forsvaret, være en ansvarlig og god alliert og bidra til fred og stabilitet der hvor vi har gode forutsetninger for å kunne bidra.

Regjeringen vil at Norge skal være en pådriver for internasjonale avtaler, internasjonal rettsorden, menneskerettigheter og friere handel, som inkluderer flere land i den globale økonomien og den økonomiske veksten. Regjeringen anser FNs bærekraftsmål som sentrale for å løse vår tids globale utfordringer. Vi vil derfor spille en aktiv rolle i oppfølgingen av målene internasjonalt og i Norge. Som ledd i dette vil vi følge opp satsingen på et globalt utdanningsløft som skal sikre tilgang til utdanning for alle.

Norge er en handelsnasjon. En åpen økonomi og en utstrakt internasjonal handel har vært avgjørende for å skape det Norge vi kjenner i dag. I uminnelige tider har nordmenn reist til, og handlet med, andre land. I dag er EØS-avtalen rammen for handelen med våre nærmeste naboer i Europa. Regjeringen vil basere Norges forhold til Europa på EØS-avtalen. Avtalen sikrer markedsadgang for norske varer og tjenester og er av stor betydning for arbeidsplasser og velferd. Tegn til økende proteksjonisme i andre land gir grunn til bekymring. Regjeringen vil arbeide internasjonalt for friere handel.

Norge har en sterk posisjon internasjonalt som havnasjon. Regjeringen vil ta nye initiativ for en bærekraftig utnyttelse av ressursene i havene globalt, bekjempe forurensning og styrke internasjonalt samarbeid. Blant annet har regjeringen tatt initiativ til et internasjonalt høynivåpanel for bærekraftig havøkonomi. Panelet vil ledes av statsministeren og bestå av regjeringsjefer i en rekke kyststater fra ulike verdenshjørner, også utviklingsland.

Regjeringens mål er et bærekraftig velferdssamfunn. Vi må lykkes med dette hvis vi skal klare å levere samfunnet videre til våre barn i like god stand som vi mottok det fra våre forfedre. Regjeringen vil føre en politikk for å øke arbeidsinnsatsen i samfunnet i takt med det økende behovet for velferdstjenester. Flere jobber må skapes i norsk økonomi, og flere må kvalifiseres for disse jobbe-

ne. Regjeringen vil ta vare på de kvalitetene ved det norske samfunnet som vi alle er opptatt av. Små forskjeller gir vårt samfunn økt bærekraft. Et bærekraftig samfunn må også respektere naturens tålegrenser. Regjeringen vil støtte opp om en omstilling av norsk økonomi som bidrar til å oppfylle Norges klimaforpliktelser.

En restriktiv, ansvarlig og rettssikker innvandringspolitikk vil også bidra til å styrke bærekraften på sikt. Arbeidet med integrering må forsterkes, slik at flere innvandrere får muligheten til å inkluderes i arbeidslivet, stå på egne ben og bli bidragsytere til det norske velferdssamfunnet. Regjeringen vil legge frem saker for Stortinget for å nå disse målene. Reform og modernisering av offentlig sektor må fortsette i årene som kommer. Det er nødvendig for å oppnå bærekraft og for å sikre at Norge fortsatt er et av verdens beste land å bo i.

Utfordringene Norge står overfor, er betydelige, men vårt utgangspunkt for å løse dem er det beste. Norge har en høyt utdannet befolkning, en solid økonomi, store naturressurser og små forskjeller. Regjeringen tar oppgavene på stort alvor og vil møte utfordringene med ydmykhet. Jeg vil invitere Stortinget til konstruktivt samarbeid for å skape et bærekraftig velferdssamfunn.

**Presidenten:** Regjeringens erklæring foreslås utlagt for behandling i et senere møte. – Det anses vedtatt.

(Ved en inkurie ble ikke sak nr. 2 tatt opp til behandling her. Sak nr. 2 blir behandlet etter sak nr. 3.)

Sak nr. 3 [10:34:51]

*Redegjørelse av helseministeren om tilgangsstyring og informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst. (Det vil bli forelått debatt umiddelbart etter redegjørelsen)*

**Statsråd Bent Høie [10:35:08]:** Det er nødvendig for helsetjenesten at befolkningen har tillit til vår håndtering av pasientopplysninger. Når svakheter avdekkes, er det viktig å møte dette med en åpen debatt. Jeg vil derfor takke for muligheten til å redegjøre for IKT-saken i Helse Sør-Øst. Jeg vil videre ta opp spørsmålet om tilgang til pasientopplysninger og informasjonssikkerhet i spesialisthelsetjenesten mer generelt, dette som en oppfølging av spørsmål til skriftlig besvarelse fra representanten Wilkinson. Jeg finner det også naturlig å gå inn på de siste ukers hendelser knyttet til dataangrepet mot servere i Helse Sør-Øst.

I Norge er det bred enighet om at befolkningen skal ha tilgang til offentlig finansierte helsetjenester med høy kvalitet. Den overordnede oppgaven for regjeringen er å sikre et bærekraftig velferdssamfunn. Vi må utvikle en bærekraftig helsetjeneste hvor bruk av teknologi gjør det mulig for helsepersonell å arbeide effektivt, levere helsetjenester på nye måter, behandle pasienter



hjemme og gjøre pasienten til en aktiv partner. Da må vi ta i bruk de fremste metoder og teknologi i verden, og også forholde oss til at mye av teknologiutviklingen skjer i andre land enn i Norge.

En moderne helsetjeneste er avhengig av private leverandører av IKT-løsninger og medisinsk-teknisk utstyr. Dette stiller særlige krav til arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern, og dette har høy prioritet.

Informasjonssikkerhet dreier seg også om å håndtere risiko og sette i verk tiltak slik at pasientopplysninger sikres på en tilfredsstillende måte. Dette krever et kontinuerlig og systematisk arbeid. Regelverket på dette området angir i begrenset grad konkrete krav eller valg av sikkerhetsnivå for de tekniske løsningene.

Hvilket sikkerhetsnivå som er nødvendig, skal vurderes opp mot opplysningenes tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet. Med tilgjengelighet menes at opplysningene skal være tilgjengelige når det er et legitimt behov for det. Integritet handler om å sikre at data er komplette og korrekte. Med konfidensialitet menes at helseopplysningene skal være sikret mot at uvedkommende får kjennskap til dem.

Godt personvern krever at alle de tre nevnte hensynene tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet ivaretas. Det stiller ikke bare høye krav til valg av tekniske løsninger. Det stiller også høye krav til styring, ledelse og organisering.

I pasientbehandlingen kan rask tilgang til riktig informasjon være kritisk. Manglende tilgang til oppdaterte og korrekte pasientopplysninger kan føre til feilbehandling og skade på pasienten. Korrekte og oppdaterte opplysninger må være tilgjengelige for rett person til rett tid. Personvernlovgivningen skal sikre at disse opplysningene blir brukt på riktig måte.

I helse- og omsorgstjenesten er det lagt stor vekt på konfidensialitetsaspektet. Dette må ses i sammenheng med taushetsplikten som gjelder for helsepersonell. I diskusjonen om informasjonssikkerhet har det å hindre uautorisert bruk og at uvedkommende får tilgang til pasientopplysninger, kanskje fått størst oppmerksomhet.

Jeg kommer senere tilbake til IKT-moderniseringen i Helse Sør-Øst. På bakgrunn av saken ga jeg i juni 2017 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utvikle en god og felles forståelse om hva som skal til for å ha en trygg og riktig bruk av både nasjonale og internasjonale leverandører.

Et stort antall aktører var involvert i arbeidet: sentrale kompetansemiljøer, pasientorganisasjoner, fagorganisasjoner, tillitsvalgte, brukerorganisasjoner og IKT-næringen. Det ble også innhentet erfaringer fra andre samfunnsaktører, slik som Finanstilsynet, Telenor og Statoil.

Direktoratet for e-helse leverte rapporten til departementet 30. november 2017. Rapporten er ikke en kon-

troll- eller tilsynsrapport, men et normativt grunnlag for videre utvikling. Dette er i tråd med den rollen direktoratet er gitt.

Rapporten bekrefter at helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av private leverandører, både nasjonale og internasjonale, innen IKT-området. Ansatte hos disse leverandørene vil i arbeidet kunne få tjenestemessig nødvendig tilgang til pasientinformasjon.

Det må alltid foretas en helhetlig risikovurdering av alle tjenester som inneholder pasientinformasjon. Dette er spesielt viktig ved bruk av eksterne leverandører. Direktoratet for e-helse mener at helse- og omsorgssektoren generelt må ha en relativt lav aksept for risiko.

Jeg vil nå konsentrere meg om to hovedtema i rapporten. For det første: Er det tjenester som ikke bør overlates til eksterne leverandører? Og for det andre: Hvilke tiltak bør iverksettes for å ivareta informasjonssikkerheten ved bruk av eksterne leverandører?

Direktoratet for e-helse mener det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til eksterne leverandører. Det trenger altså ikke å være et motsetningsforhold mellom informasjonssikkerhet og tjenesteutsetting. Det må imidlertid alltid foreligge nødvendige risikovurderinger og databehandleravtaler for å ivareta hensynet til informasjonssikkerheten. I gjeldende rett er det ikke forbud mot at norske virksomheter benytter nasjonale eller utenlandske IKT-leverandører fra EU/EØS-området. Ved bruk av IKT-leverandører utenfor EU/EØS-området er det særskilte krav som må oppfylles.

I denne sammenheng vil jeg komme med noen ytterligere kommentarer. Tjenesteutsetting av IKT-oppgaver er vanlig i alle sektorer og i alle typer virksomheter. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har tidligere gjennomført undersøkelser om organiseringen av IKT-drift i offentlig sektor. Disse viser en klar tendens i retning økt bruk av tjenesteutsetting. Eksterne IKT-leverandører kan sikre tilgang til oppdatert teknologi, bidra til at helse- og omsorgstjenesten får tilgang til nødvendig kompetanse, og derigjennom bidra til økt kvalitet på tjenestene.

I Nasjonal sikkerhetsmyndighets rapport Helhetlig IKT-risikobilde 2017 framkommer det at tjenesteutsetting av IKT-tjenester til profesjonelle aktører kan gi bedre sikkerhet og mer stabile og tilgjengelige tjenester, og lavere og mer forutsigbare kostnader. Det kan også bidra til fokusering på virksomhetens kjernevirksomhet. Men samtidig kan utsetting føre til økt risiko dersom det gir redusert kontroll over den komplekse verdikjeden. Derfor er det viktig å ha grundige vurderinger i hvert enkelt tilfelle av om ekstern eller intern drift gir best sikkerhet.

Lov om offentlige anskaffelser regulerer anskaffelser av varer og tjenester. Anskaffelsesreglene gjelder for til-

bydere fra EØS-området. I tillegg gjelder reglene for virksomheter som er gitt rettigheter etter WTO-avtalen om offentlige innkjøp eller andre internasjonale avtaler som Norge er forpliktet av. En rekke land utenfor EØS-området er omfattet av slike avtaler. Det innebærer at det heller ikke nødvendigvis er mulig å avskjære tilbydere fra land utenfor EØS-området fra å delta i konkurransen. Jeg vil også minne om at mye av teknologiutviklingen på helseområdet skjer utenfor Europa.

Oppdragsgivere skal stille krav til informasjonssikkerhet og innføre kontrollmekanismer som reduserer risiko til et akseptabelt nivå. Krav og kontroll må utformes på bakgrunn av en grundig risikovurdering av konkrete løsninger. Deretter må leverandørene sannsynliggjøre at de vil oppfylle sikkerhetskravene ved å beskrive tiltak i sine tilbud og framlegge sikkerhetsdokumentasjon. De regionale helseforetakene og helseforetakene må vurdere om kravene er oppfylt. Leverandører som ikke oppfyller kravene, kan ikke tildeles kontrakt. I denne vurderingen kan forholdene til leveranselandet tas i betraktning.

Det er imidlertid svært begrenset anledning til å avvise tilbud med den begrunnelse at oppdragstaker er etablert i, eller vil levere tjenester fra, et annet EØS-land. Det er ifølge anskaffelsesreglene mulig hvis dette har betydning for rikets sikkerhet, og når det er nødvendig for å ivareta vesentlige sikkerhetsinteresser. Det skal mye til for at beskyttelse av pasientopplysninger utfordrer rikets sikkerhet, i hvert fall dersom det stilles krav til leverandørene og kontrollmekanismer basert på risikovurderinger.

Da vil jeg gå over til tiltakene som foreslås i rapporten fra Direktoratet for e-helse. Dette er dels tiltak og forbedringer virksomheter i sektoren selv må gjøre, og dels tiltak som må følges opp sentralt.

Når det gjelder tiltak som må gjennomføres i sektoren, trekkes god ledelsesforankring og styring fram. Ansvar og roller når det gjelder informasjonssikkerhet, må være klare, og det må finnes gode prosesser og rutiner for når utenforstående skal kunne trekkes inn i arbeidet med IKT-systemer og medisinsk-teknisk utstyr som inneholder pasientopplysninger.

Helhetlig risikovurdering er et annet hovedpunkt. Når tjenester overlates til private leverandører, må det foretas en helhetlig risikovurdering slik at den totale risikoen kommer fram og rapporteres til ledelsen. Risikovurdering og tiltak må ta høyde for de begrensninger som ligger i de eksisterende tekniske løsningene. Det er viktig med både regelmessig oppfølging og nye risikovurderinger når det gjøres endringer i tjenesten eller i leveransestrukturen.

Et tredje forhold som trekkes fram, er behov for kompetanse. Helsesektoren må ha tilstrekkelig kompetanse,

kapasitet og struktur for å ivareta sitt ansvar for informasjonssikkerhet og personvern når private leverandører benyttes. Det er vesentlig at sikkerhetshensyn ivaretas i alle faser, fra planlegging av en anskaffelse til avslutning av kontrakten. Dette krever god bestillerkompetanse i virksomhetene.

Rapporten peker også på forhold som må følges opp sentralt. Det første gjelder avklaring av databehandlingsansvar i forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak. Databehandlingsansvaret ligger i dag i det enkelte helseforetak. Dette kan skape uklarhet i styring og ansvar ved anskaffelser og innføring av regionale løsninger og ved løsninger på tvers av sektoren. Direktoratet for e-helse mener det må utredes om databehandlingsansvaret slik det er i dag, er forenlig med strategier for etablering av fellesløsninger i helse- og omsorgssektoren. Videre anbefales en oppdatering av Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Dette omfatter bl.a. rutiner for helhetlig risikostyring, nasjonal standard for tilgangsstyring og standardiserte databehandlingsavtaler. Sektoren arbeider allerede godt for å oppdatere normen i tråd med dette. Dette arbeidet ledes i dag av Direktoratet for e-helse.

Jeg har i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 16. januar bedt de regionale helseforetakene om å legge anbefalingene i rapporten til grunn i det videre arbeidet med informasjonssikkerhet.

Når det gjelder spørsmålet om databehandlingsansvar, er det påbegynt et utredningsarbeid. Det tas sikte på at dette vil bli sendt på ordinær høring i løpet av denne våren.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen stilte i brev av 9. mai og 6. juni 2017 viktige spørsmål om IKT-saken i Helse Sør-Øst. Disse ble besvart av meg i brev av 15. mai, 1. juni og 13. juni. Komiteen var bl.a. opptatt av hvem som hadde hatt urettmessig tilgang til informasjon, og hvorvidt informasjonen om norske pasienter kunne ha kommet på avveier. Det framgår av min korrespondanse med kontroll- og konstitusjonskomiteen hvilke tiltak jeg har tatt initiativ til i denne saken. Komiteen har på bakgrunn av mine orienteringer avsluttet saken.

Jeg har i forbindelse med denne redegjørelsen bedt alle de regionale helseforetakene om å utarbeide oversikter over de tilganger som er gitt til eksterne leverandører. Oversiktene viser hvor i verden personell hos eksterne leverandører har tilgang til personopplysninger. De regionale helseforetakene og Norsk Helsenett SF i tett dialog med NSM/NorCERT har vurdert det slik at disse listene ikke bør offentliggjøres av hensyn til den økte risikoen det medfører. Det er en omfattende bruk av eksterne leverandører når det gjelder både IKT-løsninger og medisinsk-teknisk utstyr.

Regionene benytter relativt like tekniske løsninger i sin tilgangsstyring og -kontroll. Det er gjerne etablert portalløsninger hvor leverandørene kan gis tidsbegrensete tilganger/fjernaksess når det gjelder service, support, oppdateringer mv. Jeg vil trekke fram Helse Vest som et eksempel. Denne regionen har avtaler med 129 private leverandører for å bidra til forvaltning, overvåkning og feilretting av hundrevis av ulike IKT-løsninger og medisinsk-tekniske systemer. Av de 129 leverandørene til Helse Vest har 51 av leverandørene tilgang til løsninger som inneholder sensitive personopplysninger. Dette innebærer imidlertid ikke at alle disse har tilgang til pasientjournaler. Det er ofte avgrensede, fragmenterte dataelementer som det er krevende å knytte til identifiserbare pasienter og undersøkelser. Potensielt kan disse 129 private leverandørene ha til sammen opp til 467 autentiserte medarbeidere som ved behov kan gis tilgang til Helse Vest sine systemer.

Majoriteten av leverandørene i Helse Vest gis tidsbegrenset tilgang via kryptert VPN for å utføre avtalte oppgaver. VPN er et virtuelt privat nettverk, en datateknikk som anvendes for å skape sikre «punkt-til-punkt»-forbindelser gjennom internett. Noen få sentrale leverandører kan gis kontinuerlig kryptert VPN-tilgang for overvåkning og oppfølging av sine løsninger over tid eller for avtalte prosjektperioder. Helse Vest har under etablering løsninger for kontinuerlig loggføring av krypterte VPN-tilganger, både tidsbegrensede og kontinuerlige. Slik samhandling må håndteres på en systematisk måte.

Disse tallene kan oppfattes som høye – kanskje også skremmende høye. Vi må imidlertid ta inn over oss at dette er normalsituasjonen både i den norske spesialisthelsetjeneste og i andre land med tilsvarende avansert spesialisthelsetjeneste som vi har i Norge. Det er behov for private leverandører hvor noen har avgrenset tilgang for drift, service, support og oppdatering av systemene og medisinsk-teknisk utstyr. Det er imidlertid avgjørende at det foretas risikovurderinger hvor sikker informasjonshåndtering settes først og ivaretas gjennom databehandleravtaler med de aktuelle leverandørene. Dette regimet er beskrevet i Direktoratet for e-helse sin nevnte rapport fra 2017.

Jeg skal nå konsentrere meg om den konkrete IKT-saken i Helse Sør-Øst. Denne regionen har en lite ensartet IKT-infrastruktur, og deler av denne tilfredsstillende ikke moderne krav. Dette innebærer økt risiko for at uønskede hendelser kan gå ut over pasientsikkerheten. Det har derfor over flere år pågått et arbeid for å samle og konsolidere IKT-infrastrukturen i helseforetaket. Dette arbeidet ledes av Helse Sør-Øst sin felles tjenesteleverandør, Sykehuspartner.

Fusjonen mellom Helse Sør og Helse Øst i 2007 økte kompleksiteten i arbeidet med å utvikle felles regionale IKT-løsninger og infrastruktur. Fusjonen medførte ifølge Helse Sør-Øst at man bl.a. som følge av lov om offentlige anskaffelser på enkelte områder måtte starte på nytt med å utvikle enhetlige IKT-løsninger og infrastruktur.

Sykehuspartner drifter i dag en infrastruktur som har mer enn 40 datasentre, over 10 000 servere og en portefølje på i størrelsesorden 3 000 applikasjoner. Antall applikasjoner er dels et resultat av ulike teknologiske valg, bl.a. som følge av ulik historie i de to tidligere regionene. I denne situasjonen er det vanskelig og dyrt å etablere regionale tjenester i Helse Sør-Øst. Det er høye kostnader forbundet med å oppdatere og modernisere IKT-infrastrukturen. Generelt kreves en betydelig ressursinnsats for å sikre trygg og stabil drift og tilfredsstillende kvalitet på tjenestene, noe som er avgjørende for informasjonssikkerheten.

Med bakgrunn i de nevnte utfordringene startet Helse Sør-Øst høsten 2013 en foranalyse av alternative tilnærminger til modernisering av IKT-infrastrukturen. Arbeidet med infrastrukturmoderniseringen ble ledet av Helse Sør-Øst RHF i nært samarbeid med Sykehuspartner. Flere helseforetak i regionen har også deltatt. Alle helseforetakene var godt orientert om arbeidet gjennom det såkalte Fornyingsstyret. Her deltok alle de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen, konserntillitsvalgte og brukerrepresentanter.

I 2014 ble det konkludert med at det var ønskelig å iverksette en prosess med sikte på å inngå partnerskap med en ekstern leverandør for å modernisere og drifte IKT-infrastrukturen. Styret ble orientert om dette i styremøte i oktober 2014. Styret har etter dette ved flere anledninger blitt orientert om innretning og status i arbeidet. Styret besluttet i styremøte i september 2016 at infrastrukturmoderniseringen skulle skje i samarbeid med en ekstern leverandør. Styret besluttet også at kontrakt med den mest fordelaktige leverandøren skulle inngås av Sykehuspartner. Hewlett Packard Enterprise, forkortet HPE, ble valgt som leverandør, og Sykehuspartner inngikk kontrakt den 14. oktober 2016.

Høsten 2016 iverksatte Sykehuspartner et eget program for modernisering av IKT-infrastrukturen. Man planla opprinnelig for en overføring av driftsansvaret og ansatte fra Sykehuspartner til HPE 1. mai 2017. Den opprinnelige kontrakten ble våren 2017 overført fra HPE til Enterprise Services Norge AS, som er en del av konsernet DXC Technology. Sistnevnte er resultatet av en fusjon mellom CSC og HPE, der den aktuelle delen av HPE inngår.

Fram mot virksomhetsoverdragelsen 1. mai 2017 ble det stilt flere spørsmål knyttet til tilgangsstyring og informasjonssikkerhet. Jeg fikk også flere spørsmål fra

Stortinget knyttet til dette. Jeg oppfattet at det var motstridende opplysninger mellom det som framkom i media, og den informasjonen jeg mottok fra Helse Sør-Øst, og ba derfor om en grundig redegjørelse fra Helse Sør-Øst.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF besluttet å iverksette en ekstern gjennomgang av moderniseringsprogrammet i regi av foretakets revisor, PwC. Basert på bl.a. en foreløpig rapport fra PwC ble det i styremøte 24. mai 2017 besluttet å stille moderniseringsprogrammet i bero. Det ble i mai og juni 2017 foretatt endringer i den administrative ledelsen i Sykehuspartner og Helse Sør-Øst, og hele styret i Sykehuspartner ble byttet ut.

PwC la fram den endelige rapporten 22. juni 2017. Denne bekreftet svikt i de forberedelsene som ble gjort for å overføre drift til den private leverandøren. PwCs eksterne gjennomgang viste at det hadde vært svikt både i tilgangsstyringen og i risikovurderingene. Samtidig slo den eksterne gjennomgangen fast at det var lite sannsynlig at de aktuelle tilgangene faktisk hadde blitt benyttet til å hente ut sensitive pasientopplysninger. Et viktig forhold å feste seg ved var at PwC i sin gjennomgang bekreftet behovet for en modernisering av IKT-infrastrukturen.

PwCs undersøkelser viste at personer med tilknytning til ekstern leverandør hadde hatt utvidede administratorrettigheter som innebar mulighet for tilgang til pasientopplysninger. PwC har i sin endelige rapport verifisert at alle disse tilgangene er stengt. PwCs undersøkelser har ikke avdekket misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til pasientopplysninger.

PwC påviste i sin gjennomgang at det har manglet databehandlertavtaler i enkelte ledd, dvs. mellom Enterprise Services Norge AS og deres underleverandører. Videre viste PwC-rapporten at system for gjennomføring av risikovurderinger ikke fungerte som en effektiv kontrollmekanisme. Uklare kriterier for risikoaksept førte til uklarhet med hensyn til hvem som kunne akseptere hvilke risikoer. Dette kan ha ført til at relevante risikoer ikke ble løftet opp i organisasjonen. I tillegg viste rapporten at sentrale risikoer knyttet til informasjonssikkerhet i kontrakten ikke var tilstrekkelig vurdert. Det ble også påvist svakheter ved organiseringen og styringen av programmet.

Datatilsynet engasjerte seg også tidlig i IKT-saken i Helse Sør-Øst. De sendte den 26. mai 2017 brev til alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Som databehandlingsansvarlige ble helseforetakene bedt om å redegjøre bl.a. for hvilke risikovurderinger som lå til grunn for beslutningen om å tjenesteutsette ansvaret for IKT-drift og leveranse av IKT-infrastruktur i regionen. Helseforetakene ble bedt om å oversende en oversikt over hvor mange

eksterne leverandører som hadde tilgang til sykehuse-nes informasjonssystem, videre hvilke land leverandørene har tilgang fra, hvilke typer tilganger leverandørene har til hvilke systemer og til hvilke personopplysninger, samt formålet med de gitte tilgangene.

Datatilsynet har gitt et foreløpig varsel til helseforetakene om vedtak om overtredelsesgebyr for brudd på personopplysningsforskriften, personopplysningsloven og pasientjournalloven. Det foreligger ennå ikke et endelig vedtak.

De avvikene og kritikkverdige forholdene som er omtalt i Datatilsynets forhåndsvarsel, er i all hovedsak knyttet til manglende risikovurderinger, manglende ledelsesforankring og mangelfullt system for å sikre at helseforetakene blir satt i stand til å ta sitt lovpålagte ansvar som databehandlingsansvarlige. De forhold som framkommer av Datatilsynets brev, er i tråd med de funn PwC tidligere har gjort i sine gjennomganger.

Det er alminnelig enighet om at det er begått feil i håndteringen av tjenesteutsettingen i Helse Sør-Øst. Verken helseforetakene i Helse Sør-Øst eller det regionale helseforetaket gjorde godt nok forarbeid eller gode nok risikovurderinger. Mitt inntrykk er at det er gjort en rekke risikovurderinger i dette arbeidet, men at disse ikke har vært tilstrekkelige eller gjennomført på alle områder. Det er viktig at alle risikovurderinger dokumenteres, og at det sikres forankring hos ledelsen.

Arbeidet med å modernisere infrastrukturen i Helse Sør-Øst har vist seg å være svært krevende. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst har derfor besluttet å etablere informasjonssikkerhet som et eget ansvarsområde i foretaksledelsen. Helse Sør-Øst har iverksatt tiltak for å forsterke sine risiko- og sårbarhetsanalyser. Videre er det regionale helseforetaket i samarbeid med helseforetakene i regionen i gang med å se på hvordan risikovurderinger og ledelsesforankring generelt kan settes bedre i system i regionen. Som Datatilsynet påpeker, bør det bl.a. etableres rutiner som ivaretar helseforetakenes autonomi ved felles beslutninger.

I styremøtet til Helse Sør-Øst den 28. juni 2017 ba styret administrerende direktør om å gå i dialog med Sykehuspartner for å sikre gjennomføring av prosjekter og aktiviteter som er viktige for å bedre informasjonssikkerheten, og sørge for sikker og stabil drift. Styret understreket også at terminering av avtalen skulle utredes videre, og at det måtte startes et arbeid med å utrede hvordan en modernisering av IKT-infrastruktur kunne gjennomføres i regi av Sykehuspartner, dersom avtalen termineres. Styret forutsatte bred involvering og medvirkning av de ansatte og tillitsvalgte.

Helse Sør-Øst utreder nå to alternativer for gjennomføring av moderniseringsarbeidet. God kontroll med informasjonssikkerhet og personvern er helt avgjørende

premisser i arbeidet. Grunnlaget for vurderingene er lov og forskrift, Direktoratet for e-helse sine anbefalinger samt policyer og sikkerhetsarkitektur i Helse Sør-Øst.

Det planlegges nå for risikovurdering av tjenesteutsetting, nåværende IKT-infrastruktur og alternative modeller. Videre planlegges det for en egen konsekvensvurdering av personvernet. Helseforetakene skal gjøre selvstendige vurderinger av restrisiko og konsekvensvurdering av personvernet. Det vil være dialog med Datatilsynet i forbindelse med dette arbeidet.

Når programmet med modernisering av IKT-infrastrukturen ble stilt i bero, innebar dette betydelige forsinkelser og ekstra kostnader. Jeg mener likevel at det var en helt nødvendig beslutning. Sykehuspartner inngikk ved nyttår en avtale med DXC om oppgjør for kostnader fra oktober 2016 og fram til programmet ble stilt i bero, samt leasing- og lisensavtaler ut 2017. Kostnadene summerer seg til nær 280 mill. kr. Det er derfor for tidlig å si noe om reelle økonomiske tap, da en vil ha nytte av deler av det som er utviklet. Hvor mye som kan gjenbrukes, avhenger bl.a. av om DXC fortsatt vil ha en rolle i det videre arbeidet.

Riksrevisjonen har tidligere påvist avvik bl.a. når det gjelder tilgangsstyring for helsepersonell i alle regioner. Helseregionene arbeider nå med å lukke de påviste avvikene.

Sykehuspartner arbeider med en rekke tiltak knyttet til infrastrukturen. Hoveddelen av tiltakene er nødvendige og ønskelige for regionen, uavhengig av alternativ for modernisering av IKT-infrastruktur, og er en del av den generelle styrkingen av arbeidet med informasjonssikkerheten i regionen. Dette gjelder bl.a. arbeidet med å styrke tilgangsstyringen. Videre innføres det løsning for sporing og logging av tilganger til infrastrukturen. Fagmiljøene innen informasjonssikkerhet styrkes, og i budsjettet er det satt av ressurser til det videre arbeidet med informasjonssikkerhet.

Det er igangsatt aktiviteter i regionen knyttet til styrking av informasjonssikkerhet også utover det arbeidet som pågår i Sykehuspartner. Det arbeides med forberedelser for å ivareta nye krav som følger av EUs personvernforordning i regionen. Ellers vil Helse Sør-Øst innføre en løsning for mønstergjenkjenning knyttet til helsepersonells tilgang til elektronisk pasientjournal gjennom systemet DIPS. Mønstergjenkjenning innebærer at det gjennomføres en automatisert statistisk analyse av alle oppslag i pasientjournalene med utgangspunkt i vanlige bruksmønstre. Gjennom denne systematiske gjennomgangen av loggene vil det avdekkes om det er oppslag i pasientjournalene som avviker fra vanlige oppslagsmønstre. Oppslag som avviker fra det normale, kontrolleres og følges opp manuelt.

Jeg har tidligere nevnt at risikovurderinger skal knyttes til tre elementer: tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet. Selv om feil er avdekket, mener jeg det også er viktig å minne om at det ikke er noe som tyder på at opplysninger har kommet på avveier, at opplysninger har vært utilgjengelig for dem som skal yte helsehjelp, eller at opplysninger har blitt endret eller misbrukt.

Som kjent har Helse Sør-Øst blitt utsatt for et omfattende hackerangrep fra en avansert og profesjonell aktør. Saken er politianmeldt og er under etterforskning. Så langt er det ingen tegn til at det har gått ut over pasientbehandlingen, pasientsikkerheten, eller at pasientinformasjon er på avveier, men det siste kan ikke utelukkes.

Mandag 8. januar ble Sykehuspartner varslet av Norsk Helsenett om at det pågikk unormal aktivitet mot datasystemer i helseregionen Helse Sør-Øst. Norsk Helsenett har gjennom sin HelseCERT ansvaret for overvåkning av trafikken i det norske helsenettet. I denne saken har HelseCERT tett samarbeid med NorCERT i Nasjonal sikkerhetsmyndighet, NSM.

Lørdag 13. januar avdekket undersøkelsene ny informasjon som tilsa at angrepet var mer alvorlig enn tidligere antatt. Derfor ble Helsedirektoratet gitt ansvar for koordinering av beredskapsarbeidet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, i tråd med Nasjonal helseberedskapsplan.

Datainnbruddet ble søndag 14. januar politianmeldt av Sykehuspartner, og formell etterforskning ble innledet av PST. PST skal bl.a. avdekke om det kan innhentes opplysninger til fordel for en fremmed stat, og avdekke eventuelle konsekvenser av dette. Dette er et komplekst og sammensatt angrep, som det vil ta tid å få oversikt over.

Alle tilgjengelige og relevante ressurser er satt sammen for å bistå Helse Sør-Øst. Arbeidet koordineres gjennom Felles Cyberkoordineringssenter, FCKS, som består av NSM, PST, Etterretningstjenesten og Kripos. Det jobbes for fullt med å skaffe oversikt, begrense skader og gjenopprette normalt tilstand. Helse Sør-Øst har i sin oppfølging lagt vekt på å samarbeide og dele informasjon med de andre helseregionene.

Av hensyn til etterforskningen er det begrenset hvor mye jeg kan si om innholdet i det pågående arbeidet. Jeg vil imidlertid understreke at det er et tett og godt samarbeid mellom helse- og justissektoren i denne saken.

Arbeidet med IKT-moderniseringen i Helse Sør-Øst og diskusjonen rundt tilgangsstyring og informasjonssikkerhet har skapt utrygghet. Denne utryggheten må vi ta ned, bl.a. gjennom å være tydelige på kravene til tilgangskontroll. Jeg har derfor stilt krav i foretaksmøtet i de regionale helseforetakene om å følge opp anbefalingene i rapporten fra Direktoratet for e-helse. Vi må også

være ærlige på hvilke tilganger det er nødvendig å gi. Jeg mener det er viktig at de regionale helseforetakene nå har utarbeidet oversikt over utenlandske leverandører som har tilgang til norske pasientopplysninger i spesialisthelsetjenesten. En klar forutsetning for å gi slike tilganger er at lovreglene følges. Dette gjelder både reglene i personopplysningsloven og de særlige reglene om behandling av helseopplysninger. Disse reglene i lovverket skal sikre at grunnleggende personvern hensyn blir ivaretatt.

Viktige forhold som trekkes fram fra Direktoratet for e-helse, er behovet for tilstrekkelige risikovurderinger, god og reell ledelsesforankring og styring samt tilstrekkelig kompetanse. Ledelsen i helseforetakene, inkludert styret, må ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne utøve reell styring og kontroll også på dette området. Jeg har derfor i foretaksmøtet 16. januar i år styrket styret i Helse Sør-Øst med kompetanse innen IKT og informasjonssikkerhet.

I offentlig sektor har vi generelt et behov for å arbeide med forebyggende informasjonssikkerhet. Som ledd i dette arbeidet er Direktoratet for forvaltning og IKT, Di-ifi, utpekt som statsforvaltningens kompetansemiljø for informasjonssikkerhet og sikkerhet i IKT-anskaffelser. Formålet med arbeidet er å legge til rette for en helhetlig tilnærming til informasjonssikkerhet i forvaltningen. I tillegg er NSM tillagt en kompetanse og veiledningsfunksjon på informasjonssikkerhetsområdet utover sikkerhetslovens virkeområde.

NSM peker på at digitaliseringen av samfunnet hele tiden skaper nye verdier og utviklingsmuligheter. Men den digitale, nasjonale sårbarhetsflaten utvides, og risikoen øker. Gjennom flere år har NSM sett en jevn økning av antall målrettede cyberangrep mot norske interesser, både offentlige og private. Disse angrepene utgjør en trussel mot våre verdier. Mange virksomheter beskytter seg ikke godt nok. Nøkkelen til å skape motstandsdyktige systemer innen forebyggende sikkerhet ligger i styring og styrking av sikkerhetsarbeidet. Helse-sektoren har tatt initiativ til et tettere samarbeid med NSM på dette området for å sikre kunnskap og systematikk i forebyggende sikkerhetsarbeid.

Regjeringen har også høsten 2017 oppnevnt et IKT-sikkerhetsutvalg, som skal utrede rettslig regulering på IKT-sikkerhetsområdet og organisering av ansvar.

Som jeg har sagt tidligere, må vi ta i bruk de fremste metoder og teknologier i verden for å sikre befolkningen en helsetjeneste av høy kvalitet. En moderne helse-tjeneste er avhengig av eksterne leverandører på IKT-området. Det innebærer at det må stilles krav til informasjonssikkerhet og personvern i avtaler med disse. Bare slik vil en oppnå befolkningens tillit, noe som er en

forutsetning for å lykkes med digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten.

**Presidenten:** Presidenten vil nå, i henhold til Stortingets forretningsordens § 45, foreslå at det åpnes for en kort kommentarrunde, begrenset til ett innlegg på inntil 5 minutter fra hver partigruppe og et avsluttende innlegg fra statsråden på inntil 5 minutter.

– Det anses vedtatt.

**Ingvild Kjerkol (A) [11:10:06]:** Mandag 8. januar i år var nok et bevis på at IKT-sikkerheten i Helse Sør-Øst er for dårlig, og det er alvorlig – det må understrekes. Det begynner å gjenta seg at helseministeren må orientere Stortinget om sikkerhetsbrudd i den største helseregionen vår, hvor 60 pst. av pasientene hører hjemme.

Det er lett å forstå kompleksiteten, av statsrådets lange innledning, men det endrer ikke det faktum at dette er en tjeneste som må ha tillit. Pasienter og befolkning må ha tillit til helsetjenesten. Derfor må IKT-sikkerheten være god. Så er det også sånn, som statsråden sier, at teknologiutvikling ofte skjer i andre land, det er markedsdrevet, og vi ønsker det beste utstyret inn i våre sykehus.

Den rapporten som Nasjonal sikkerhetsmyndighet kom med i september, slår fast at sårbarheten øker ettersom vi digitaliserer sektor for sektor, og i det perspektivet vet vi at helsetjenesten vår skal gjennom en rekke store IKT-investeringer i framtiden. Da blir spørsmålet: Hvordan er vi rigget? Er det godt nok? Det er spørsmålet Stortinget alltid må stille.

Mine spørsmål dreier seg om når statsråden har visst – jeg skjønner at han ikke kan fortelle alt – også knyttet til det oppdraget han sendte til Direktoratet for e-helse, som påpeker det vi allerede har hatt et visst inntrykk av, at det må være et helhetlig sikkerhetsperspektiv som gjelder. Men de går likevel ikke så langt at de vil anbefale at man ikke outsourcer. Det krever betydelig kompetanse, både hos leverandør – åpenbart, men leverandøren er tross alt på et marked – og hos dem som skal eie, drifte og integrere deler av et system i en helhet.

Spørsmålene mine til statsråden, som jeg håper han kan svare på, er: Hva er kostnadsbildet for Helse Sør-Øst? Hva er konsekvensen av å måtte avvikle avtaler midt i en periode, slik jeg forstår at de må gjøre nå overfor viktige leverandører? Hvordan vil man sikre at de som roper om sikkerhet, Sykehuspartner, de mange ansatte, blir hørt? Det gjennomgående sikkerhetsperspektivet er riktignok et lederansvar, men det er statsrådets ansvar å sikre at RHF-ene gjennomgående har dette perspektivet.

Og helt til slutt: Helseministeren må peke nedover i sin ansvarslinje. Det oppfatter jeg at helseministeren gjør – kanskje i litt for stor grad. Stortinget må peke på

statsråden, og sikkerhet må rett og slett bli viktigere for helseministeren. Stortinget har krav på å vite om kostnadsutviklingen. Vi står foran store investeringer. En annen helseregion starter nærmest helt på scratch og skal kjøpe IKT-løsninger for både seg selv og 30–40 kommuner. Sikkerhetsperspektivet må opp, og de som roper høyt blant de ansatte, og har gjort det gjennom hele denne prosessen, må bli hørt.

**Kjersti Toppe (Sp) [11:14:20]:** Denne saka er meir alvorleg enn det denne utgreinga gir inntrykk av. At helseopplysningar om halve Noregs befolkning ikkje er trygge, rokkar ved tilliten til helsestellet vårt, men det er òg ein fare for rikets sikkerheit. Forsvarleg behandling av helseopplysningar er ein del av kjerneoppgåvene til helsestellet, og sviktar vi her, sviktar vi heile helsestellet.

Styret i Helse Sør-Aust gjorde eit vedtak den 8. september 2016 om vidare modernisering av regionens infrastruktur skulle skje ved bruk av eksterne leverandørar. Den 10. november 2016 sa helse- og omsorgsministeren følgjande frå Stortingets talarstol:

«Den eksterne leverandørens tjenester er som nevnt begrenset til IKT infrastruktur, altså ikke pasientjournalssystemer eller pasientadministrative systemer. Avtalen med tjenesteleverandøren stiller klare krav om at alle datasentre skal stå i Norge, inkludert all lagring av pasientdata (...).

Personell som drifter infrastrukturen, skal ikke ha tilgang til systemer (...) eller administrative systemer hvor personopplysninger behandles.

Driften av disse systemene skal fortsatt leveres av Sykehuspartner HF. Ifølge Helse Sør-Øst RHF vil alle personopplysninger forbli fysisk i Norge, og tilgangen til disse vil fremdeles skje fra Norge og være begrenset til Sykehuspartner og helseforetakene selv. Dette innebærer at personopplysningene ikke skal overføres til andre land eller noen form for skytjeneste.»

Så tok kontroll- og konstitusjonskomiteen tak i det som var ei villeiing av Stortinget. Da svarer helseministeren i brev tilbake:

«Mine svar i interpellasjonsdebatten omhandlet det sikkerhetsregimet som skal være på plass etter at driften er overført til ekstern leverandør.»

Det vi vart fortalde i Stortinget, omhandla altså ikkje kva som kunne skje i planleggings- og oppfølgingsfasen. Dette står jo ikkje til truande.

Så til det å skylda på nokon nedover i systemet: I denne saka har helse- og omsorgsministeren konsekvent skyldt på helseforetaka. I brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen i fjor vår viser han til spesialisthelsetestelova. I brevet står det:

«Eiers adgang til å styre i foretaksmøter bør bare brukes i tilfeller hvor det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser.»

Ja, nettopp! Var det ein gong ein burde ha gripe inn overfor helseforetaka, var det når ein ikkje var sikker på at helseopplysningane våre var trygge. Det er ein fare, ikkje for pasient og sjukehus, men for rikets sikkerheit. Det er klart at helseministeren visste kva som kom til å vera i kontrakten, men kontrakten var stor, han var på mange, mange tusen sider, så her har ein heller ikkje vore informert. Men det er det ein statsråd sitt ansvar å vera.

Når det gjeld kostnader, var det nettopp at dette skulle føra til meir pengar til pasientbehandling, som var eit av argumenta som statsråden i brev til Stortinget sa var grunnen til at ein var positiv til konkurranseutsetjing. No veit vi at dette har kosta – hittil – 280 mill. kr. Enno er ikkje Helse Sør-Aust ute av avtalen. Sjukehuspartner har hatt over 300 mill. kr på dette prosjektet. Ein forsøkte å halda hemmeleg denne summen. Datatilsynet har gitt bøter på fleire millionar. Helse Sør-Aust har brukt over 50 mill. kr på strakstiltak for å ryddja opp. Vi står igjen med eit Helse Sør-Aust som har eit sårbart IKT-system som no er utsett for angrep. Dette er alvorleg.

Men det som er det viktige spørsmålet no, er om statsråden vil sikra at grunnleggjande IKT-infrastruktur i helsesektoren vert definert som kritisk nasjonal infrastruktur og kjem inn under sikkerhetsloven. Det er det som no må skje. Alt anna som har vorte sagt i utgreinga, er meir forklaringar eller bortforklaringar. Men vil statsråden sikra at departementet hans definerer grunnleggjande IKT-infrastruktur i helsesektoren inn under sikkerhetsloven, og vil han hindra framtidig outsourcing av utvikling og drift av kritiske nasjonale IKT-tenester og system innanfor helsesektoren?

**Nicholas Wilkinson (SV) [11:19:37]:** Jeg vil takke statsråden for at han kommer til Stortinget.

Vi er her i dag fordi folk i Asia, Øst-Europa og Israel har hatt tilgang til helsedata til 2,8 millioner nordmenn. Vi er igjen utsatt for hacking. Vi er her fordi det er livsfarlig når helsedata kommer på avveier, som i Storbritannia, der de måtte stenge ned flere sykehus. Vi er her fordi helseministeren ikke har kontroll på våre sensitive pasientopplysninger. Vi er alle enige om at vi skal investere i IKT. Det vi er uenige om, er hvordan vi skal gjøre det.

Vi må rydde unna en veldig viktig misforståelse som statsråden gjentar igjen og igjen. Vi er alle her – også SV – enige om at vi skal bruke private leverandører. Det statsråden ikke har redegjort for, er det aller viktigste, nemlig den virkelige uenigheten, som er at vi ikke skal privatisere selve grunnsystemet i IKT. Grunnsystemet er som blodet som pumper i kroppen vår. Det pumper liv

inn i hele helsevesenet. Det er de ansatte som gjør jobben, men uten informasjon om pasienter, tilgang til maskiner, deling og overføring av informasjon kan de ikke gjøre jobben sin. Vi vil alle bruke private, men vi kan ikke privatisere selve blodet i helsevesenet. Det er det statsråden har godtatt. Statsråden sier i sin redegjørelse at dette handler om bruk av private. Det har vi altså ryddet av veien.

Så refererer statsråden til rapporten fra Direktoratet for e-helse og sier at de mener at dette er greit. Da er det enten statsråden eller direktoratet som svarer feil. Vi har kontaktet direktoratet og spurt. De sier at rapporten kun snakker om å forstå dagens regelverk og hva som er mulig – ikke en normativ forklaring på hva som er lurt å gjøre, slik statsråden her påstår.

Så blir det påstått fra statsråden at det ikke er en motsetning mellom informasjonssikkerhet og privatisering. Nei, man kan kjøpe enkelte moduler, men som enhver IT-ekspert kan fortelle oss, er det slik at hvis du åpner grunnsystemene, så må de kunne ha tilgang bakveien, og da kan de få tilgang til pasientinformasjon. Dette er feil. Hvis man privatiserer grunnsystemene i IT, så får de tilgang, da kan de få tilgang til våre pasientdata.

Jeg er veldig enig med statsråden når han sier at dette bl.a. skjer fordi sikkerhetsvurderingene ikke har vært gode nok. Da er det viktig for oss i SV å presisere helt tydelig at det er statsråden sitt ansvar. Etter vedtaket i Helse Sør-Øst 8. september 2016 ba noen av de beste ekspertene vi har, om et møte med statsråden: Fagforbundet, NITO og EL og IT Forbundet. De skrev at en tverrfaglig gruppe har sett på dette, de advarer om IKT-sikkerheten, de advarer og forteller at det kan gjøres bedre og billigere i offentlig regi, at det er tryggere og kan gi bedre klinisk sikkerhet. Det kom på toppen av at de også advarte styret i Helse Sør-Øst om at dette var farlig.

Likevel svarer statsråden 14. september 2016 at statsråden er kjent med området – og dermed ikke kunne avsette tid til et møte. Statsråden har blitt advart av noen av de beste på feltet. Styret i Helse Sør-Øst har hatt personer som har talt mot dette. Likevel er det gjennomført, med statsrådets unnskyldning. Og han unnskylder seg her med at tilgangene ikke er brukt. Det er litt som å unnskyldte at man glemte å låse alle bankhvelvene og så si at ja, ja, men det var ingen som forsynte seg. Problemet her er at vi har utsatt norske helsedata for alvorlig fare.

Statsråden sier også i sin redegjørelse at styret i Helse Sør-Øst nå økes med IKT-kompetanse. Den kompetansen fantes fra før, ifølge fagforeningene, og de advarte på det sterkeste mot dette.

Så nå må vi løse problemene som Høyre-Fremskrittsparti-regjeringen stelte i stand. Hvordan vi bygger helsevesenet i dag, bestemmer hvordan vi får det i mor-

gen. I dag priser vi oss lykkelige over at datidens politikere sikret statlig eierskap og trygghet over veier, jernbane og naturressurser som vann og olje – på tross av motstand fra høyresiden. Nå står vi foran et slikt veiskille i helsevesenet. Alt avhenger av den digitale infrastrukturen. Det er blodet i helsevesenet vårt. Vi kan velge mellom IKT-skandaler og privatisering og det å bygge opp sterk offentlig kontroll – for å sikre vårt felles helsevesen, stoppe privatiseringsavtalene i Helse Sør-Øst, som statsråden godtok mot gode råd, ta dette inn i sikkerhetsloven og sikre nasjonal kontroll og drift med våre viktige pasientopplysninger og helsedata.

**Ketil Kjenseth (V) [11:24:56]:** Takk til statsråden for en grundig orientering.

Jeg vil starte der representanten Wilkinson avsluttet, med hvem som har stelt i stand dette. Statsråden var innom fusjonsprosessen mellom Helse Sør og Helse Øst, som ble til Helse Sør-Øst, og pekte på at Sykehuspartner, som i dag er Helse Sør-Østs IKT-foretak, har 40 datasentre, 10 000 dataservere og 3 000 applikasjoner. Da synes jeg det er på tide at vi får en diskusjon om helheten i norsk helsesektor og hvordan digitaliseringen begynner å prege en så stor sektor. Bare spesialisthelsetjenesten tar snart 150 mrd. kr av statsbudsjettet, og legger vi til en primærhelsetjeneste som har nesten det samme, er det en stor økonomisk virksomhet for staten, men den er mer og mer gjennomsyret av digitalisering.

En sektor vi ikke snakker om her, er kommunesektoren. Jeg har stilt spørsmål til utredningsseksjonen om hvor mange dataservere vi har i kommunal sektor som organiserer våre pasientdata, og svaret er enkelt og brutalt: Det vet ingen i Norge. Men det beste anslaget de kan gi, er mellom 20 000 og 60 000 dataservere som samler inn personinformasjon om oss i kommunene. Halvparten av kommunene bruker den finske leverandøren Tietos system Gerica til å organisere pasientdataene. Det er en privat leverandør. Det leder meg også over til Estland, som blir brukt som et av de eksemplene vi skjeler til, og som har et veldig lite antall dataservere – i stort kan vi nesten snakke om bare en, men de sier at de har 13, en for hver offentlig sektor, og Tieto er en av dem som har vært med på å utvikle X-Road-plattformen i Estland, som gjør at de kan ha så mye persondata om den estiske befolkningen samlet på et fåtall dataservere.

Men Estland forholder seg også til utlandet. De har grønne datasentre på andre kontinenter, for om datasentrene i verste fall blir tatt ned av Russland, eller det skjer en naturkatastrofe, skal pasientdataene være oppe og gå i form av et datasenter i et annet land. Så at dette bare er et nasjonalt anliggende, er vi langt fra å kunne si, og vi må diskutere helheten i hele denne virksomheten



som helt har fått leve sitt eget liv med veldig mange beslutningstakere og aktører som en kan lure på i hvilken grad har hatt pasientens beste in mente.

Det er den store debatten her: I og med at det er et så stort mangfold, er det også krevende å komme seg videre og fatte beslutninger for hvordan en skal gjøre det. Debatten om samfunnskritisk infrastruktur er åpenbart en del av dette, og da må vi også diskutere sikkerhetsloven, for denne debatten startet for alvor høsten 2016, da Helse Sør-Øst hardnakket hevdet at det ikke var mulig å få tilgang til pasientdata gjennom den avtalen en var i ferd med å inngå med Hewlett Packard Enterprise, HPE, den gangen. Det er ettertrykkelig slått fast at det hadde de selv ikke greie på – det er faktisk mulig. Derfor må vi diskutere sikkerhetslovgivningen og hvem som skal sikkerhetsklareres for å kunne forvalte pasientdataene i Norge.

Det er også en annen sak vi må diskutere: hvilke aktører som skal få drifte applikasjonene oppå de digitale motorveiene. Et annet land som er interessant å se til, er Australia, som er kjent for å ha helse som sin største eksportartikkel, men også et ganske privatisert helsevesen. Det interessante er at der er det faktisk staten som programmerer og drifter de digitale motorveiene for helsesektoren, og så slipper de inn de private programmerne og aktørene for å utvikle og drifte dem. Da ruller de også ut store programmer for å lære opp helsesektoren, og det må vi også begynne å diskutere: den kompetansen som helsepersonell er nødt til å få, og som de i dag ikke har i sin utdanning.

Så vil jeg sette et stort spørsmålstegn ved om brukerne virkelig har vært involvert i disse prosessene i Helse Sør-Øst. Sykehuspartner har ikke et brukerråd, og når Helse Sør-Øst har diskutert disse sakene, har brukerrådet vært plassert på gangen og ikke fått delta i diskusjonene, og de er heller ikke vedtaksføre i Helse Sør-Øst. Så jeg tror at vi også skal diskutere det – vi må i mye større grad involvere brukerne her, slik at flere forstår hva som egentlig skjer i denne sektoren nå.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [11:30:14]** (komiteens leder): IKT er en utfordring. IKT er en utfordring også ved at utviklingen ofte går fortere enn vi klarer å følge med på.

Når det gjelder Helse Sør-Øst, ble den opprettet 1. juni i 2007. Så mitt spørsmål er ikke bare til statsråden, men også til de partiene som da satt i regjering – om de hadde foretatt gode nok risikovurderinger for at to helseforetak skulle slå seg sammen. Jeg synes det er betimelig å stille også dem spørsmål her. Det er ingen unnskyldning for at vi er der i dag, men spørsmålet er: Hvilket grunnarbeid ble gjort da? Og er det noen av de resul-

tatene vi nå sitter igjen med? Det tror jeg er noe av forklaringen, men ikke hele.

IKT står sentralt. Vi vil aldri komme utenom dette i helsevesenet. Det handler om røntgen. Det handler om robotoperasjoner. Det handler om journalsystem. Det handler om blodprøver. Det handler om EKG. Det handler om våre pasientopplysninger, som vi er helt avhengige av, og som er sentrale for folk flest. Da må folk vite: Kan jeg ha tillit til de opplysningene som foreligger, og til dem som jobber der? Kan jeg ha tillit til at jeg kan få opp mine opplysninger i Oslo som i Stavanger, hvis jeg skulle bli alvorlig syk?

Jeg må ha trygghet for at de som ikke skal ha opplysninger, ikke får dem, for at de som skal ha opplysninger, får dem, og for at de opplysningene de får, er riktige. Jeg må være trygg på at jeg får opp disse opplysningene når jeg trenger det aller mest. Og jeg må ha trygghet for at de som skal ivareta disse opplysningene, ikke misbruker opplysningene mine. Jeg må vite at taushetsplikten blir ivaretatt, at mitt personvern blir ivaretatt, og at mine opplysninger skal være for dem som trenger å ha tilgang til dem. Hvem får så tilgang til disse opplysningene? Det blir det store spørsmålet.

Til slutt, for å få en hel hånd, som IKT egentlig er, og som jeg som pasient er helt avhengig av: Tillit, trygghet, taushetsplikt, tilgang og en total risikovurdering må være viktig for at jeg skal kunne si at det er greit, vi har sikkerhet rundt våre IKT-løsninger og våre pasientopplysninger.

Etter å ha hørt utredningen fra statsråden er jeg opp-tatt av: Hvilket tidsperspektiv er det for det arbeidet som nå pågår i Helse Sør-Øst? Dette er et kritisk arbeid, å vite at vi både har risikovurderinger og får iverksatt de tiltakene på beredskapssiden som trengs, samtidig som det pågår et arbeid for å få systemet og tilliten blant befolkningen som har sine pasientopplysninger i journalsystemet til Helse Sør-Øst, opp å gå, slik at en klarer å gi pasientopplysningene, journalsystemene og IKT-løsningene i Helse Sør-Øst et annet omdømme enn de har i dag.

Mitt andre spørsmål til statsråden er: Hvordan kvalitetssikrer – som nå skal gjøres – statsråden de IKT-løsningene som er i Helse Midt-Norge, i Helse Nord og i Helse Vest? Hva slags risikovurderinger blir gjort?

Vi vet alle at vi vil være avhengige av gode og sikre plattformer for å være sikre på at den helsehjelpen som trengs, skal vi få, ut fra at opplysningene om oss er sikret. Derfor ønsker jeg å få svar fra statsråden på disse spørsmålene.

Abid Q. Raja hadde her overtatt presidentplassen.

**Seher Aydar (R) [11:35:06]:** Dette er en alvorlig sak, ikke minst fordi det har vært så mange som har advart – advarsler som har blitt oversett. NITO, Fagforbundet og

EL og IT Forbundet ba om et møte med statsråden fordi de var bekymret for at tilgangen til sensitive pasientopplysninger ikke kom til å bli godt nok ivare tatt dersom helseforetaket brukte ansatte i utlandet. Men departementet svarte at de ikke hadde behov for et møte, fordi statsråden kjente godt nok til saken. Både tillitsvalgte, fagfolk og sikkerhetsekspertene advarte mot utflagging av IKT-driften i Helse Sør-Øst til utlandet. Mitt spørsmål er: Hva er grunnen til at helseministeren valgte ikke å lytte til disse advarslene? For valget om ikke å lytte til advarslene har hatt store konsekvenser for pasientsikkerheten.

Retten til privatliv slås fast i artikkel 12 i menneskerettighetserklæringen. Helsemyndighetenes håndtering av pasientdata bryter 2,8 millioner norske personers menneskerettigheter. Få steder er denne rettigheten viktigere enn i møte med helsevesenet. Det kan dreie seg om sensitive opplysninger som man absolutt ikke ønsker at andre personer enn helsepersonell skal ha tilgang til.

Helseministeren kan ikke lenger fraskrive seg ansvaret. Ansvarsfraskrivelse bryter ned tilliten, tilliten mellom samfunnet og helsevesenet. Når du møter helsevesenet i en sårbar situasjon, forventer du at dine helseopplysninger er trygge, og at de ikke skal komme på avveier. Det er nemlig den tryggheten som er så avgjørende for tilliten. Helseministeren må sørge for at tilliten ikke brytes ned.

Tillit må alltid bygges, og den må bearbeides. Det er mange helsearbeidere rundt om i landet som sørger for det hver eneste dag. Men i dette tilfellet er helseministeren ansvarlig for et overtramp mot privatlivet til pasienter, et overtramp som kan skape mistillit.

Da Datatilsynet ga ut rapporten som viste tydelig at det hadde vært flere lovbrudd i den tjenesteutsatte infrastrukturen, skrev de også følgende i sin rapport:

«Det er grunn til å understreke at saken er spesiell fordi det er første gang norske helseforetak har besluttet å legge drift av hele helseregionens IKT-infrastruktur til eksternt leverandør i utlandet. Driften omfatter behandling av helseopplysninger om mer enn halve Norges befolkning og saken er av den grunn også prinsipiell med tanke på liknende prosjekter som er under planlegging i helsesektoren.»

Her må helseministeren ta ansvar. Og denne gangen må helseministeren lytte til de tillitsvalgte og til fagfolk. Utflagging og privatisering går ut over pasientsikkerheten. Det bør derfor ikke gjentas. Det er ikke bra for pasientene, ikke for ansatte og ikke for tilliten. Noen private selskapers ønske om å tjene mer penger er ikke viktigere enn pasientsikkerhet og trygghet i helsevesenet. Vi må lære av feilene og ikke gjenta dem.

**Bård Hoksrud (FrP) [11:38:52]:** Jeg vil starte med å si at pasientdata og pasientinformasjon er viktig, og det opplever jeg at alle i denne salen er veldig enige om. Det handler om at befolkningen kan stole på at informasjonen om dem blir ivare tatt på en god måte, derfor er dette et så utrolig viktig område.

Jeg hørte på representanten Wilkinson, og han brukte en ganske høy utestemme. Det hender ofte at jeg også gjør det, men det var en voldsomt høy utestemme fra representanten Wilkinson og en ganske høy sigarføring – jeg skal kanskje ikke si det, men det var litt det jeg tenkte på. Det var vel ikke alt som fungerte utmerket under de rød-grønne når det gjaldt IKT-systemer. Dessverre har det vært utfordringer på det området.

Jeg synes statsråden på en veldig god måte redegjorde for situasjonen og hvordan man nå jobber for å lukke det som er oppdaget, og hindre at man i framtiden skal oppleve at man f.eks. får innbrudd, som angrepet vi hadde den 8. januar. Jeg opplever at statsråden er veldig klar og har sendt klare og tydelige bestillinger nedover om hvordan dette skal håndteres. Jeg registrerte også at statsråden sa at han hadde styrket styret i Helse Sør-Øst med denne typen kompetanse, og det tror jeg også er veldig viktig. Sikkerhet er utrolig viktig, for det handler om pasientene og alle dem som skal bruke dette, og at man skal være trygg på at de opplysningene som ligger der, er sikret på en god måte. De opplysningene som pasientene gir fra seg, kan faktisk være de opplysningene som gjelder når det står om minutter eller sekunder. Derfor er det så viktig at man har tiltro og tillit til disse opplysningene.

Jeg er nok ikke helt med i det koret som enkelte representanter fra opposisjonen som har vært oppe på talarstolen, er med i. Men jeg er helt enig i at det er alvorlig, at det må tas tak i, og at det blir tatt tak i. Det er helt avgjørende, og jeg opplever at statsråden på en veldig god måte har redegjort for det her i Stortinget. Jeg registrerer også at SV nå har sagt at private skal kunne få lov til å levere deler av dette, og det tror jeg er viktig. Jeg tror at når det gjelder mye av dette, trenger man å bruke de private for å levere gode tjenester og for å sikre at vi skal være helt i tet og ha de beste IKT-systemene – de som er sikre, og som ivaretar pasientene på best mulig måte.

Jeg synes det har vært en god redegjørelse, men dette viser også at helseforetakene må fortsette å jobbe med dette. Direktoratet jobber godt med dette, og det må man fortsette å gjøre også framover. Vi, fra Fremskrittspartiets side, er i hvert fall veldig opptatt av å sikre at man ivaretar opplysningene på en sikker og trygg måte. Man kan kanskje aldri sikre seg mot å oppleve nye angrep – det er dessverre slik at noen ønsker å ødelegge denne typen systemer – men det er i hvert fall viktig at man gjør alt man kan for å sikre det på best mulig måte.

**Statsråd Bent Høie [11:42:50]:** Jeg skal forsøke å svare på en del av spørsmålene som så langt har kommet i denne runden – for det første spørsmålet fra Kjerkol om kostnadsbildet: Som jeg sa i min redegjørelse, er det etablert en avtale mellom Helse Sør-Øst og firma på 280 mill. kr, som også omfatter lisensavtaler i 2017. Hvor mye av dette som vil kunne sies å være penger som er tapt eller bortkastet, er det ikke mulig å svare på nå, for det er helt avhengig av hvor mye av disse investeringene som kan brukes videre i prosessen. Det er igjen avhengig av hvilken løsning Helse Sør-Øst videre lander på, så det er det ikke mulig å svare på nå.

Spørsmålet om hvordan de som roper på sikkerhet, skal bli hørt, har jeg fulgt opp overfor både direktoratet og helseforetakene, med understreking av betydningen av bl.a. at de tillitsvalgte involveres i arbeidet, som det bl.a. har blitt gjort i arbeidet med rapporten som Direktoratet for e-helse la fram i september.

En rekke representanter har vært inne på spørsmål knyttet til sikkerhetsloven. Stortinget har nå en ny sikkerhetslov til behandling. Jeg bestemte relativt tidlig at helseregionene skulle omfattes av sikkerhetsloven, det er også tilfellet i dag, og det betyr at de vil bli omfattet av den nye sikkerhetsloven. De regionale helseforetakene og Norsk Helsenett etablerte i 2015 en sikkerhetsorganisasjon og sendte da departementet en egenerklæring om at de hadde etablert sikkerhetstiltak for å kunne håndtere sikkerhetsgradert informasjon. Virkeområdet til den nye loven utvides hvis den blir vedtatt som foreslått. Flere av RHF-enes funksjoner kan bli omfattet av bestemmelser om objekter, infrastruktur, sikkerhet med bakgrunn i et endret risikobilde, den teknologiske utviklingen og de siste hendelser i arbeidet i de regionale helseforetakene, med tiltak for bl.a. å sikre IKT-infrastrukturen. Det er også etablert et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nasjonal sikkerhetsmyndighet, der de regionale helseforetakene, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett deltar.

I foretaksmøtet 16. januar ba jeg også helseregionene om å gjennomgå tiltak som gjør at både helseregionene og helseforetakene er klare for å implementere den nye sikkerhetsloven når den trer i kraft. Da må det selvfølgelig også til en ny vurdering av f.eks. hvilke objekter som er sikringsverdige på bakgrunn av den loven som Stortinget vedtar.

Ellers var det en del i framstillingen av historien i representanten Toppes innlegg som jeg vil betegne som alternativ, men de som ønsker å finne svar på dette, kan lese svarene jeg har gitt kontroll- og konstitusjonskomiteen, som gikk inn på en del av de spørsmålene.

Jeg er også glad for at representanten Wilkinson er så tydelig på at SV er enig i at en moderne helsetjeneste er

avhengig av private underleverandører for å kunne gi moderne og skikkelige helsetjenester, ikke minst den digitaliseringen som vi står overfor.

Når det gjelder spørsmålet om grensen går ved IKT-infrastrukturen eller ikke, er det ikke noen veldig tydelige anbefalinger om det. Både rapporten fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet og rapporten fra Direktoratet for e-helse er veldig tydelige på hvilke forutsetninger som uansett må ligge til grunn, uavhengig av om en velger å ha en privat tjenesteleverandør eller utvikler dette i offentlig regi. Det er grunn til å si at IKT-infrastrukturen som Helse Sør-Øst har i dag, er utviklet i offentlig regi. Sårbarheten i den tror jeg er tydelig for oss alle i dag. IKT-infrastrukturen som utvikles og forvaltes av det offentlige, er ikke noen garanti for sikkerhet. Dette må være en konkret vurdering, ikke minst må en gjøre gode risikoanalyser. Det er nettopp det som bl.a. sviktet i prosessen i Helse Sør-Øst. Det hadde også vært nødvendig uavhengig av hvilken løsning som er den beste.

Tidsperspektivet, som representanten Bollestad tok opp, er at Helse Sør-Øst i løpet av våren vil ta beslutninger om hvilke løsninger de velger for igjen å sette moderniseringen av IKT-infrastrukturen på sporet igjen. Jeg er enig i at det er helt essensielt at det arbeidet starter opp igjen, for vi har en for sårbar IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst, bl.a. på bakgrunn av den historiske utviklingen, som jeg også har redegjort for. Det er også slik at jeg har stilt strengere krav til risikovurdering gjennom de ulike oppdragene. Det gjelder alle helseregionene, også andre helseregioner enn Helse Sør-Øst.

**Presidenten:** Presidenten vil foreslå at helseministerens redegjørelse om tilgangsstyring og informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst vedlegges protokollen. – Det anses vedtatt.

Da går vi til sak nr. 2, som ved en inkurie ble hoppet over.

Sak nr. 2 [11:48:12]

*Innstilling fra valgkomiteen om endringer i de faste komiteers sammensetning (Innst. 107 S (2017–2018))*

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet.

Sak nr. 4 [11:48:30]

*Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helseministeren:*

*«Konsensuspanelet vedrørende legemiddellassistert rehabilitering, LAR, under svangerskapet har avgitt sin rapport 27. november 2017. Panelet viser til at så lenge en ikke kan utelukke en mulig skadelig virkning av legemidler i LAR, så må føre-var-prinsippet gjelde. Det anbe-*

*fales behandlingsoalternativer for gravide med opioidavhengighet som ikke innebærer bruk av opioider eller andre legemidler med fosterskadelig potensial. Det vises til at omkring halvparten av barna som fødes av kvinner som er i LAR vil utvikle neonatal abstinenssyndrom, NAS. Sikkerheten for bruk av LAR-medikamenter i svangerskapet er ikke dokumentert. Krav til undersøkelse av mulige fosterskader ved introduksjon av et legemiddel er i dag sterkere enn for LAR-medikamentene. Panelet anbefaler nedtrapping eller avslutning av LAR under graviditet, og åpner for pålegg om bruk av prevensjon for kvinner i LAR. Hvordan vil statsråden følge opp rapporten?»*

**Kjersti Toppe (Sp) [11:49:39]:** Barn og legemiddel er eit viktig helsepolitisk område, der det tradisjonelt har vore lagt sterk vekt på føre-var-prinsippet. Særleg gjeld dette for dei ufødde barna. Kan ein ikkje sjå bort frå ein negativ verknad på fosteret av eit legemiddel, skal ein rå mor ifrå å bruka det. Det har i mange år vore ein fagleg, men òg politisk debatt omkring Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for kvinner i LAR. Ueinigheita har handla om kva som er til det beste for barnet, og kva som er konsekvensane for barnet dersom mor tar LAR-medikament under svangerskapet.

Da Stortinget i april 2016 behandla Opptrappingsplanen for rusfeltet, var ein samla komité tydeleg på at dei nasjonale retningslinjene for LAR og gravide burde endrast. Det vart gjort vedtak om å be regjeringa stilla krav til at helsetenesta skal gi alle kvinner i reproduktiv alder som skal starta opp i LAR, grundig informasjon om LAR-behandling og graviditet. Kvinner i LAR som ønskjer å få barn, må få tilbod om hjelp til nedtrapping av LAR-medikament, men komiteen understrekar òg at det må gjerast individuelle vurderingar av konsekvensar av ei eventuell nedtrapping.

Ein samla komité gjorde òg vedtak om å be regjeringa innføra ei enkel og ubyråkratisk ordning som kan gi kvinnene i LAR gratis langtidsverkande prevensjon ved oppstart i LAR. Spørsmålet er kva regjeringa og helsemyndighetene har gjort for å innføra Stortinget sitt vedtak. Det er ein realitet at kvart år vert det fødd ca. 30 barn som er rusavhengige. Og for kvart år som går utan ei ending her, må helsepersonell ta imot abstinenssjuke barn ved norske fødeavdelingar. Vi veit i dag at alle former for rusmiddel under svangerskapet utgjer ein trussel mot fosteret og barnet som vert fødd. Barn som vert fødde av mor i LAR, går ofte rett inn i sterke abstinensar. Det er ein forferdeleg start på livet, og det er ein uakseptabel start på livet. Gravide kvinner kan tvangsavrusast av omsyn til fosteret, av omsyn til barnet, men for kvinner som går på LAR, er det annleis. Helsemyndighetene har meint at det er betre å inkludera gravide rusavhengige i LAR enn

ikkje å gjera det. Mors behov for medikament har vege tungt.

Dagens retningslinjer for gravide i LAR kom i 2011. I desse vert det slått fast at kvinner i LAR framleis skal få tilbod om medikament om dei vert gravide. Det vert hevda at det er usikkert kva effekt dette har på barnet. Men helsepersonell som jobbar med desse barna, har heile tida vore ueinige. Dei fortel om barn som lir, har krampar, kastar opp – altså det same som vaksne som har abstinensar.

I retningslinjene for LAR står det at kvinner i LAR bør få tilbod om prevensjon – det er altså ikkje nokon føresetnad, og det er heller ikkje ei oppfordring. Det er òg eit faktum at kvinner som startar opp i LAR, har auka risiko for å verta gravide om dei ikkje brukar prevensjon. Mange behandlarar melder om at denne gruppa ikkje automatisk har fått tilbod om gratis langtidsverkande prevensjon. Det måtte søkjast om det, og det var ikkje alltid like enkelt å få til i praksis.

I juni 2017 arrangerte Helsedirektoratet ein konsensuskonferanse om LAR og gravide. I november 2017 la konsensuspanelet fram rapporten sin. Dei kom med tydelege anbefalingar, som har vorte godt mottatt i fagmiljøa, og som er i tråd med det som Stortinget skreiv i merknader i innstillinga til Opptrappingsplanen for rusfeltet. Konsensusrapporten la til grunn at føre-var-prinsippet skal vektleggjast i større grad enn dagens retningslinjer, og ein kan ikkje sjå bort frå at både metadon og buprenorfin kan gi skade på fosteret. Konsensuspanelet konkluderte med at anbefalinga om å oppretthalda bruk av LAR-middel bør endrast. I staden for at det vert anbefalt at bruk av LAR-medisin bør vidareførast under graviditet, meiner dei at anbefalinga må vera at bruk av LAR-medisin kan vidareførast under graviditet. Dei meiner at dagens anbefaling om at nedtrapping bør avgrensast til ei nedtrapping mellom 14. og 32. svangerskapsveke, ikkje lenger bør vera med i retningslinjene. Dei meiner at buprenorfin er det føretrekte legemiddelet dersom LAR-medikament skal vidareførast under graviditet.

Så anbefaler dei at ein skal gi informasjon om kva slags konsekvensar LAR-legemiddel har på helsa til barna, og at den gravide i LAR må inngå ei kontraktsmessig forplikting om å avstå frå andre rusmiddel enn det ho er avhengig av. Og konsensuspanelet meiner at retningslinjene i større grad må gå inn på dei legemiddelfrie behandlingsoalternativane ein kan tilby ei kvinne som ønskjer å verta gravid. Dei anbefaler også at barn fødde av mødrer med opioidavhengighet bør følgjast opp lenger enn til skulealder, som er realiteten i dag.

Så skriv konsensuspanelet vidare at det er deira erfaring at det i dag vert stilt sterkare krav til undersøking av moglege fosterskadar ved introduksjon av eit legemid-

del enn det har vore gjort ved LAR-medisin. Det er ein tankevekkjar.

Konsensuspanelet konkluderte med at fertile kvinner ved oppstart i LAR sterkt bør anbefalast å bruka langtidsvirkande prevensjon. Berre dersom kvinna ikkje frivillig brukar prevensjon eller ikkje er i stand til å samtykke, kan eit pålegg verta aktuelt. Eit pålegg som varer så lenge kvinna er i LAR, vil ifølgje konsensuspanelet ikkje vera akseptabelt ut frå menneskerettane, men dei vurderer det som at eit tidsavgrensa pålegg om prevensjon ved oppstart i LAR, til kvinna er stabilisert, er eit langt mindre inngripande tiltak og kan vera akseptabelt etter menneskerettane. Det krevst lovheimel for å gripa inn i retten til å bestemma sjølv, og sjølv om eit vilkår for prevensjon er knytt til at ei kvinne mottar LAR frå det offentlege, er det så inngripande at det neppe kan påleggjast utan at det finst ein lovheimel for å gjera det. Konsensuspanelet meiner at lova i så fall bør nemna dette som ei moglegheit. Eit av spørsmåla mine er om statsråden vil følgja opp dette innspelet frå konsensuspanelet.

Spørsmålet er òg om helse- og omsorgsministeren meiner det han skriv når han i svar på skriftleg spørsmål frå stortingsrepresentant Tellef Inge Mørland uttaler: «Inntil en ny retningslinje foreligger, er det gjeldende retningslinje som gjelder.» Ei ny retningslinje vil ikkje vera klar for implementering før i 2019. Da har det gått fleire år etter at Stortinget gjorde sine vedtak, og vi har hatt ein rapport som støttar det vi vedtok. Men det interessante er at Helsedirektoratet på heimesidene sine skriv:

«Inntil det foreligger en revidert retningslinje, ber Helsedirektoratet om at behandlingsansvarlig fremover vektlegger føre-var-prinsippet i tråd med slik konsensuspanelet anbefaler. Det vil være en individuell vurdering basert på kvinnens situasjon og ønske, om det er mulig å trappe ned, og på hvilken måte det skal skje.»

Spørsmåla mine er – overordna: På kva måte vil konsensuspanelet sine anbefalingar verta følgde opp? Er det gjeldande retningslinje som skal gjelda inntil ei ny er komen, eller er det slik som Helsedirektoratet skriv, at ein må ta anbefalingane inn allereie no? Eller er det ein annan måte helseministeren meiner at Stortinget sine vedtak skal følgjast opp på? Eg har òg eit spørsmål som gjeld prevensjon. Er det slik no at kvinner i LAR på ein enkel og ubyråkratisk måte får tilbod om langtidsvirkande prevensjon? Vert dei sterkt oppfordra om å bruka prevensjon, slik som anbefalingane er? Og vil ein starta eit forsøk der ein følgjer barn som vert fødde av mødrer i LAR, utover 7-årsalderen?

**Statsråd Bent Høie [11:59:22]:** Det er et viktig tema som representanten Toppe tar opp i denne interpellasjonen. Det er et tema som jeg selv har vært engasjert i i flere år. Gravide rusavhengige er en sårbar pasientgruppe, og jeg er glad for at konsensuspanelet har gjort et grundig arbeid med anbefaling om behandling av kvinner i legemiddelasistert rehabilitering, LAR. Denne rapporten vil bli fulgt opp.

Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet fra 2011 inneholder råd og anbefalinger for tjenestene til personer som er avhengige av heroin eller andre opioider. I 2012 kom Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Samlet sett dekker disse to retningslinjene alle sider ved LAR.

Som kjent har det vært faglig uenighet rundt Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for gravide i LAR. Uenigheten har i første rekke handlet om hensynet til barnets beste, ettersom vi mangler kunnskap om mulige konsekvenser for barnet dersom mor inntar LAR-medikamenter under svangerskapet.

Helsedirektoratet gjennomførte en konsensuskonferanse om graviditet og LAR i juni 2017. En konsensuskonferanse er en formell metode der det velges et tema som det er faglig uenighet om. Helsedirektoratet nedsatte et fagpanel og inviterte fagpersoner som presenterte forsknings- og kunnskapsoppsummeringer omkring gravide og LAR.

Panelet leverte en rapport i desember 2017, basert på innspill fra konferansen og nasjonal og internasjonal kunnskap om temaet. Panelet har vurdert ekspertuttalelser, juss, etikk og brukerstemmer som kom fram på konsensuskonferansen.

Helsedirektoratet har opprettet en hurtigarbeidende arbeidsgruppe med representanter fra barnevern, helsestasjon, barneavdeling, spedbarnssenter, psykisk helse- og rustjenester – herunder avdeling for gravide og småbarnsfamilier, kvinneklinikk og brukerorganisasjoner. En rekke helseprofesjoner er også med i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen skal revidere den faglige retningslinjen for gravide i LAR og oppfølging fram til barnet når skolealder. Arbeidet skal være ferdig i juni 2018.

Konsensuspanelet legger til grunn at føre-var-prinsippet skal vektlegges i større grad enn det dagens retningslinje gjør. Helsedirektoratet understreker at de vil rette seg etter dette i arbeidet med de nye retningslinjene.

Helsedirektoratet viser til at de 21. desember 2017 sendte brev til alle landets LAR-tiltak, helseregionene, Statens helsetilsyn og brukerorganisasjoner om hvordan de vil følge opp rapporten fra konsensuspanelet. Direktoratet ber tjenestene om at behandlingsansvarlig

framlegger føre-var-prinsippet i tråd med konsensuspanelets anbefalinger inntil en revidert retningslinje foreligger. I brevet presiseres det at det vil være en individuell vurdering basert på kvinnens situasjon og ønske om det er mulig å trappe ned, og på hvilken måte dette eventuelt skal skje.

Helsedirektoratet skriver videre:

«Dagens retningslinje anbefaler at kvinner i fertil alder bruker prevensjon ved oppstart av LAR og slår fast at hormonspiral (langtidsvirkende prevensjon) bør være det anbefalte middelet. Helsedirektoratet ber de som har ansvaret for behandlingen om at langtidsvirkende prevensjon tilbys og drøftes ved oppstart av LAR hos kvinner i fertil alder.»

Jeg er glad for at Helsedirektoratet så tydelig kommuniserer at de vil rette seg etter konsensuspanelets vektlegging av føre-var-prinsippet når de nå reviderer den faglige retningslinjen, og at de vil prioritere dette arbeidet i 2018.

Når det gjelder spørsmålet om oppfølgingen av muligheten for at kvinner i LAR får langtidsvirkende prevensjon og informasjon, fikk alle helseregionene i 2017 følgende oppdrag, at helseregionene skal «sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR». Jeg ble allerede sist høst gjennom styringsdialogen med helseregionene orientert om at dette kravet er gjennomført, og jeg oppfatter derfor at Stortingets vedtak punkt II og III 28. april 2016 er gjennomført.

Det første vedtaket som gjelder alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet om et tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon, vil bli vurdert når vi nå har erfaring for utdelinger av gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinnene som er i LAR.

**Kjersti Toppe (Sp) [12:04:44]:** Takk til statsråden for svaret. Det er viktig at ein frå helsemyndigheitenes side ser på den problemstillinga. Det har jo som kjent vore ein lang debatt, og eg har gjennom mine år på Stortinget opplevd at det har vore ei ganske tverrpolitisk einighet om denne problematikken. Eg har – for å seia det litt forsiktig – opplevd at det har vore ein motstand i enkelte delar av fagmiljøet som kanskje har gjort at det har gått så mange år. Vi har opplevd politisk at det har vore ein avstand frå det fagmiljøet som jobbar med barna der ute, og fagmiljøet meir sentralt. Det har vore problematisk politisk for oss, vi har hatt mange liknande vedtak tidlegare som det vi har gjort nå, som heller ikkje har vorte følgde opp. Derfor er eg takknemleg for at det no synest som at våre vedtak, som òg då er i tråd med konsensuspanelet sin rapport, no kan føra til ei endring i rammene rundt LAR-behandling for gravide.

Det er ei vanskeleg problemstilling, sjølv sagt, for det er omsynet til mor kontra omsynet til barn, men det er jo eit paradoks, som eg sa i mitt første innlegg, når det er slik at ein har betre vern ved innføring av andre legemiddel når det gjeld fosterskadar, enn når det gjeld LAR-medikament, og det tenkjer eg vi må ta med oss.

Vi er opptatt av at det må føra til at færre barn vert fødte med abstinensar. Då er prevensjon eitt av tiltaka. Eg forstår av statsråden sitt svar at det skal vera i orden no, at ein både får det gratis og at det er meir system på det. Eg merkar meg at Helsedirektoratet seier at ein skal berre tilby og drøfta, men konsensuspanelet anbefalte at det skal vera ei sterk oppmoding, så da er eitt av spørsmåla: Er det ei nedtoning, dette med å tilby, at det ikkje er ei så sterk oppmoding? Det var eit spørsmål om det.

Så til det andre, som ikkje eit samla storting var einige i, om det skulle vera eit absolutt vilkår. Det seier heller ikkje konsensuspanelet, men dei opnar opp for at det i enkelte tilfelle kan vera ein lovheimel for å setja det som vilkår i ein avgrensa periode. Er det noko som statsråden vil gå vidare med?

**Statsråd Bent Høie [12:08:01]:** Jeg er enig i representantens framstilling av at dette har vært en sak der en nok politisk, i Stortinget, i veldig stor grad har lyttet til fagmiljøet som har spesiell kompetanse på barneområdet. Så vet vi at det har vært uenighet mellom fagmiljøet som har jobbet mest orientert mot de rusavhengige, og som har lagt vekt på kvinnens situasjon, og fagmiljøene som har kompetansen sin i hovedsak knyttet til barn. Derfor tror jeg at det å gå veien om en konsensuskonferanse, der en også fikk inn internasjonale eksperter, egentlig var en veldig klok måte å komme forbi de faglige uenighetene på, som har vært på dette området. Jeg er også glad for at konsensuskonferansen endte på den siden som jeg opplever har politisk støtte i Stortinget, selv om dette i bunn og grunn er et veldig faglig spørsmål.

Jeg oppfatter at jeg i mitt oppdrag til helseregionene er veldig tydelig på at kvinner som kommer inn i LAR, skal få informasjon om graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og de skal også få tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR på en enkel og grei måte. Det er ingen tvil om at mange har et ønske om å få barn etter å ha kommet inn i et behandlingsopplegg, men jeg tror de fleste også har et ønske om å planlegge det godt og gjøre det på riktig tidspunkt, mens det som jo skjer mange kvinner som har vært rusavhengige i mange år, og som kommer inn i LAR, er at de nå lettere kan bli gravide og derfor også kan oppleve å bli gravide uten at de nødvendigvis hadde planlagt det. Derfor er det også viktig at de får denne typen informasjon og tilbud om gratis langtidsvirkende

prevensjon, slik at de kan planlegge dette på en god måte. Dette er et individuelt spørsmål, som den enkelte må vurdere selv, men de må få riktig informasjon og riktig veiledning og også tilgang til langtidsvirkende prevensjon på en gratis og enkel måte, noe jeg opplever nå er tilfellet.

Når det gjelder spørsmålet om en her i større grad skal kunne være tydelig i sine anbefalinger, også basert på lovverk, vil jeg vise til at det nå er nedsatt en arbeidsgruppe knyttet til de nye retningslinjene, som skal være ferdig i juni 2018. Hvis de mener at et slikt lovgrunnlag bør være på plass, får vi anbefalinger om det, men jeg vil gjerne avvente deres arbeid. Helsedirektoratet har vært veldig tydelig overfor tjenesten på at denne føre-var-tenkningen skal gjelde fra nå og fram til de nye retningslinjene er på plass.

**Tellef Inge Mørland (A) [12:11:13]:** Spørsmålet om retningslinjer for gravide som får LAR-behandling, er et viktig spørsmål, som Arbeiderpartiet har engasjert seg i. Årlig blir det født rundt 30 barn som har en mor som har gått på LAR-medisin, som f.eks. Metadon, i svangerskapet – barn som ifølge bl.a. Barneombudet blir født som rusavhengige og umiddelbart må starte på en nedtrapping med morfin. Det er ikke noen god start i livet for et barn å bli født med abstinenser, og vi kan ikke gamble med nyfødtes helse. Det er derfor viktig at statsråden så raskt som mulig får på plass nye retningslinjer for LAR-behandling av gravide, slik at de baserer seg på ny og oppdatert kunnskap samt føre-var-prinsippet.

Allerede i begynnelsen av desember tok derfor Arbeiderpartiet opp denne saken i et skriftlig spørsmål til statsråden og gjennom et oppslag i Aftenposten. I forslaget til statsbudsjett skrev statsråden at Helsedirektoratet hadde startet arbeidet med å revidere gjeldende retningslinjer for LAR, som skulle være ferdig i 2018. I løpet av helse- og omsorgskomiteens behandling av saken kom det imidlertid fram at de nye retningslinjene først ville være ferdig i 2019, noe statsråden selv beskrev som beklagelig i sitt svar på mitt skriftlige spørsmål 15. desember 2017.

Det er beklagelig at statsråden ikke har fått fram nye retningslinjer for LAR før 2019. Det kan tyde på at regjeringen ikke har prioritert dette arbeidet tilstrekkelig. Da blir det desto viktigere at statsråden sikrer at man får til den fast-tracken når det gjelder retningslinjene for gravide i LAR-behandling.

I desember svarte statsråden at man kun hadde kommet dit at man arbeidet med en plan for selve revisjonsprosessen av den reviderte retningslinjen. Ut fra det statsråden nå har svart, håper jeg at man har klart å løfte dette arbeidet og gitt det den tyngden det fortjener. Det er positivt hvis statsråden nå kan garantere at vi får på

plass nye retningslinjer for gravide i LAR innen juni 2018. Jeg oppfatter ut fra statsrådets svar at det er nettopp det han nå gjør – at vi kan forvente at retningslinjene er på plass i juni 2018, og at det ikke er noe som skulle tilsi at vi eventuelt får en utsettelse av det. For, som barneombudet sa til Aftenposten i desember, samfunnet har ikke råd til at 60 flere barn blir født med abstinens. Jeg vil legge til: Disse barna fortjener at vi som politikere kan si at vi har gjort alt vi kan for at de skal få en best mulig start i livet.

**Torill Eidsheim (H) [12:14:08]:** Rusavhengige er sårbare pasienter. Når ein er gravid og rusavhengig, er det to sårbare pasienter, og det er klart ytterlegare kompleks. Konsensuspanelet sitt grundige arbeid med anbefalingar om behandling av kvinner i legemiddelasstert rehabilitering, LAR, gjev eit viktig grunnlag for det vidare arbeidet.

I dag er rusbehandling sidestilt med behandling i somatisk og psykisk helsevern. Tiltak og behandling er regulert gjennom lovverk, rundskriv og nasjonale rettleiarar som skal sikre at behandlingstilbodet er tufta på kunnskapsbasert praksis og er gjenstand for kontinuerleg dokumentering og evaluering.

I Høgre finn vi det ønskeleg å sikre ei god utvikling av alle ulike behandlingsformer. Medikamentfri behandling må òg i alle situasjonar kunne vere eit mogleg val. Føresetnaden er sjølvstøtt at pasienten er motivert for det, difor er kort tid mellom første møte og behandling heilt vesentleg. Dette har ministeren teke til orde for, og han har ytra ønske om at det skal vere eit krav at det ikkje skal gå meir enn ein dag frå tilvising til behandling.

Det er utruleg viktig at vi sikrar individuelt tilpassa behandling, og at alle dei ulike alternative vala i gjevne situasjonar skal vere reelle val. Vi har i seinare tid fått rapportert god behandlingseffekt av tiltak som er etablerte med ein klar behandlingssideologi òg innanfor medikamentfri behandling. Vi ser rapporterte resultat der medikamentfri behandling fungerer godt for mange med langvarig rusmiddelbruk og store tilleggsbelastningar i form av både psykiske lidingar, traume, relasjonsvanskar og andre tilleggsvanskar – behandling som synest å ha stor nytteverdi òg for seinare rusmeistring, helse, trivsel og kvardagsfunksjon.

LAR er eit viktig behandlingstilbod for rusavhengige som ikkje er klare for eit rusfritt liv, og eg ser det som heilt opplagt at ein er nøydd til å sikre ei kontinuerleg vurdering, der ein opnar for at ein kan tilpasse og utvikle tilbodet etter kvart, og at ein sikrar at ein innfrir forventninga om eit helsevesen for pasienten – òg når det er to pasienter det skal takast omsyn til.

Eg ser fram til at rapporten blir følgd opp, og er glad for at ministeren har understreka at inntil nye retnings-

linjer er på plass, er det føre-var-prinsippet som skal gjelde.

**Bård Hoksrud (FrP) [12:17:53]:** Det er en viktig debatt representanten Toppe reiser. LAR-behandling er kjempebra for mange, selvfølgelig også for kvinner. Men det er også utfordringer knyttet til at noen blir gravide og at det får store konsekvenser for barna. Derfor er jeg veldig glad for at konsensuspanelets anbefalinger er klare og tydelige, og jeg opplever at det er stor enighet i Stortinget om hva man vil her.

Jeg synes også det er bra med de oppfølgingene som statsråden har redegjort for knyttet til II og III i Stortingets vedtak i forbindelse med Prop. 15 S for 2015–2016. Det er veldig bra, og det viser at dette blir fulgt opp på en god måte.

Dette er selvfølgelig vanskelig fordi det er kvinner som – som også foregående representant sa – er i en vanskelig situasjon og kanskje ikke ønsker et rusfritt liv, men er gravide, noe som kan få store konsekvenser for barnet når det blir født. Man har jo sett hvilke konsekvenser det kan få. Så dette er en vanskelig sak, men jeg er veldig glad for konsensuspanelets anbefalinger og at statsråden også sier at det nå følges opp videre, og at man gir tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter og sikrer informasjon om forskjellige tilbud.

Jeg synes det har vært veldig bra at interpellanten har løftet denne saken, og jeg tror det er veldig bred enighet i denne salen om hvor man skal, og hvor man vil, og derfor er jeg veldig glad for den debatten som kom i dag.

**Kari-Lise Rørvik (V) [12:20:24]:** Takk til interpellanten for at hun tar opp en veldig viktig problemstilling. Graviditet under LAR er uheldig, da det påfører barnet sterke smerter, abstinenser og mulige senskader. Det er hjerteskjærende. Abstinensbarna har blitt tatt opp til stadighet, både blant fagfolk, i media og her på Stortinget. Det er høy politisk bevissthet rundt dette – heldigvis. Ingen ønsker at barna skal fødes med abstinenser, men det er heller ikke lurt å lage terskler som kan stenge ute eller skremme kvinner fra å motta nødvendig oppfølging og hjelp. Vi må derfor bevege oss med klokskap i dette feltet.

I februar 2016 utfordret Venstre helseministeren til å innhente et uavhengig kunnskapsgrunnlag og få utarbeidet nye nasjonale retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Det er derfor gledelig at det nå kommer en ny retningslinje i 2018, og at Helsedirektoratet skal vektlegge føre var-prinsippet i arbeidet til konsensuspanelet.

Venstre er enig med helseministeren i at nedtrapping, eventuelt avslutning, av LAR under graviditet må basere seg på en individuell vurdering ut fra kvinnens situasjon og ønske. Vi mener også at gratis langtidsvirken-

de prevensjon må tilbys på enklest mulig måte, og at det sterkt anbefales gjennom god veiledning ved oppstart av LAR. En viktig nøkkel ligger nettopp i god veiledning og tett oppfølging, og at det er gratis. Det er derfor bra at departementet i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 understreket at langtidsvirkende prevensjon skal være gratis.

Dette får meg over på et annet, men likevel like aktuelt tema vedrørende rusavhengighet og graviditet. I Venstre er vi svært glade for vedtak nr. 627, som understreker Stortingets ønske om at regjeringen skal vurdere å gi alle alvorlig rusavhengige kvinner, også alkoholavhengige, tilgang til gratis prevensjon. Det er viktig for å forhindre at barn fødes med FAS, føtalt alkoholsyndrom. Vi vet at skadevirkningene av alkohol på foster kan være alvorlige og livslange. Vi har derfor en viktig utfordring framover for å nå alkoholavhengige kvinner i fruktbar alder, men også rusavhengige utenfor LAR. For å klare det må tilbudet om gratis langtidsvirkende prevensjon formidles mange steder, ved helsestasjoner, hos fastleger, frivillige organisasjoner osv. I Venstre mener vi det er å sette folk først og å være føre var, og som en bonus på det hele er det i tillegg svært lønnsomt i et samfunnsperspektiv å sikre dette. Vi ser derfor fram til det videre arbeidet med dette.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [12:24:00]:** Kristelig Folkeparti er enig med interpellanten i at panelets anbefalinger må følges opp både raskt og grundig. LAR kan fungere godt for riktige målgrupper, men terskelen for å komme inn i programmet er blitt lav, og terskelen for å komme ut er blitt høy – stikk i strid med det som var intensjonen med LAR. Jeg er enig med representanten fra Høyre i at vi aldri må miste målet om medikamentfri behandling.

LAR og graviditet er ingen god kombinasjon. Vi kan ikke sitte stille og se på at unger lider og skades. Jeg mener at helsetjenestene må hjelpe kvinner i LAR-programmet til å ta vare på barnet de har i magen, og møte situasjonen de er i, med minst mulig eller uten medikamenter. Ja, dette kan faktisk også inkludere tvang. Gravide med rusavhengighet som er en del av LAR-programmet, skal av hensyn til ungen kunne tvangsinnlegges i avrusningsinstitusjon på lik linje med andre rusavhengige. De som jobber med ungene som har abstinenser, som har kramper, som har smerter, har virkelig stått på for å løfte disse ungene opp og fram.

For meg er det et paradoks at akkurat den gruppen som jobber med disse pasientene, har Helse Sør-Øst, som har 60 pst. av alle totalpasienter, faktisk valgt å redusere i sitt nedslagsfelt. De har tatt det valget på Borgestadklinikken, som har tilbudt behandling til og hatt tilbud for den gruppen vi snakker om her – ikke bare til-



bud under graviditet og avrusning, men også tilbud etter at barnet er født. Dette er et tilbud som er viktig for både mor og barn, og Kristelig Folkeparti tror ikke vi trenger færre slike tilbud, men flere.

Kristelig Folkeparti mener også at kvinner i et LAR-program må følges opp utrolig tett under svangerskap, og føre-var-prinsippet tilsier at vi faktisk bør stoppe LAR til gravide nå. Det sier egentlig føre-var-prinsippet, og så venter vi altså på retningslinjer. Det er ikke nok med oppfordringer, og det er ikke nok med drøftinger. Det er bra, og det er bra å få retningslinjer. Alt dette er bra, men spørsmålet er om vi ser disse ungene nå. De ungene som blir født nå. De ungene som ligger på nyfødtafdelingen nå. De ungene som nå faktisk betaler prisen for at vi ikke skynder oss med denne avgjørelsen. Det er heller ikke, tror jeg, morens ønske at disse ungene skal lide. Derfor er det vårt ansvar å stille opp og hjelpe. Jeg vil takke interpellanten for at hun har tatt opp et så viktig spørsmål.

**Kjersti Toppe (Sp) [12:27:53]:** Tusen takk til alle som har deltatt i debatten.

Til statsråden, som seier at dette er eit fagleg spørsmål: Det er jo det, så det er kanskje ikkje så rart at vi er engasjerte i kva slags typar medikament ein behandlar kvinner med i LAR. Men vi er òg engasjerte i barns rettar, og det er det som gjer at dette òg er eit viktig politisk spørsmål.

Eg er usikker på kva tid desse nye retningslinjene vert implementerte. Er det i 2018? Eller er det i 2019? Det har vore sagt litt forskjellig, og eg har lese litt forskjellig. Og det handlar ikkje berre om retningslinjene, det handlar òg om praksis ute. Så eg vil gjerne utfordra statsråden på dei nye føringane som har kome no med føre-var osv. Det viktige er at ein får endra praksis der ute, og at dei som jobbar med gravide i LAR, får andre rutinar, får andre rammer og andre vurderingar som gjer at det alltid skal verta vurdert medikamentfri behandling først. Det skal vera ei vurdering av nedtrapping. Ein skal ha ei sterk oppmoding. Alt dette må gjerast.

Så spørsmålet er: Kva skjer no? Helsedirektoratet har sendt ut brev, men vert det gjort noko meir for å sikra at praksisen faktisk vert endra, og at vi ikkje får ei evaluering om to år som viser at det eigentleg har fortsett slik som før?

Utover det vil eg seia tusen takk for statsrådens svar og for debatten.

**Statsråd Bent Høie [12:30:14]:** Jeg vil først – forhåpentligvis – oppklare noen misforståelser knyttet til retningslinjene for LAR og det som står i budsjettproposisjonen, og noen av oppslagene som har vært i media knyttet til dette. Det som omtales i budsjettproposisjonen, er de generelle retningslinjene for LAR. Det er altså ikke retningslinjer for gravide i LAR, men de gene-

relle. Der gjøres det nå et arbeid som bl.a. omfatter hvilke medikamenter som skal kunne brukes i den generelle LAR-behandlingen. Det er et arbeid som dessverre ikke er ferdig før i 2019.

Men Helsedirektoratet har, basert på rapporten fra konsensumøtet, nedsatt en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som skal revidere retningslinjene for gravide i LAR. Dette arbeidet er planlagt å være ferdig i juni 2018. I påvente av det arbeidet sendte direktoratet den 21. desember 2017 brev til alle landets LAR-tiltak, helse-regionene, helsetilsynene og brukerorganisasjonene, der en også ber om at tjenestens behandlingsansvarlige framlegger et føre-var-prinsipp i tråd med konsensuspanelets anbefalinger inntil en revidert retningslinje foreligger. Det gjelder allerede nå, fra 21. desember og fram til de nye retningslinjene er på plass. Så jeg oppfatter at direktoratet har tatt konsensusrapporten på største alvor og på en rask måte fulgt opp dette arbeidet.

Nils T. Bjørke hadde her teke over presidentplassen.

**Presidenten:** Då er sak nr. 4 avslutta.

Sak nr. 5 [12:32:07]

*Interpellasjon fra representanten Kjersti Toppe til helseministeren:*

*«Folkehelseinstituttet har i ein nyleg studie påvist at dei fleste med vanlege psykiske lidningar i Noreg ikkje blir behandla. Blant dei som hadde depresjon, hadde to tredjedelar korkje fått depresjonsdiagnose eller behandling fordi dei anten ikkje hadde oppsøkt hjelp eller problema ikkje vart fanga opp av helsepersonell. Blant dei som hadde ei angstlidning, hadde om lag 80 prosent anten ikkje hatt kontakt med helsetenesta eller ikkje fått hjelp då dei gjekk til lege. Statistikk frå Helsedirektoratet, jf. Dagens Medisin 15. august 2017, viser at omkring ein tredjedel av tilvisingane til behandling i psykisk helsevern for vaksne blir avviste. Det er dobbelt så stor risiko for å bli avvist i psykisk helsevern for vaksne som til ortopedisk undersøking. Kva gjer regjeringa for å sikre fullverdig helsehjelp for personar med psykiske lidningar og for å rette opp forskjellsbehandling etter diagnose?»*

**Kjersti Toppe (Sp) [12:33:26]:** Folkehelseinstituttet har anslått at mellom 30 og 50 pst. av befolkninga vil få ei psykisk lidning i løpet av livet, og det i eit omfang som fordrar kvalifisert hjelp. Verdas helseorganisasjon reknar med at psykiske lidningar vil vera blant dei viktigaste årsakene til sjukdomsbelastning i vestlege land i 2020.

Dei samfunnsmessige kostnadene ved psykiske lidningar i Noreg ligg, ifølgje Folkehelseinstituttet, på mellom

60 mrd. kr og 70 mrd. kr kvart år. Opptrappingsplanen for psykisk helse frå 1999 til 2008 sørgde for at psykisk helse fekk høgare prioritet, og bakgrunnen for opptrappingsplanen var at tilbodet til menneske med psykiske lidningar vart karakterisert som ei teneste med brest i alle ledd og eit sterkt behov for å styrkja det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunane. Ein føresetnad for at helsevesenet skal kunna tilby tidleg førebygging, hindra utvikling av alvorlegare lidningar og tilby rett behandling, er at personar med ruslidningar og psykiske lidningar vert fanga opp og om nødvendig får korrekt diagnose.

Ein studie frå Folkehelseinstituttet frå desember 2017 avdekte at to tredjedelar av dei som lir av depresjon, 80 pst. av dei med angst og over 90 pst. av personar med alkoholmisbruk ikkje vert diagnostiserte. Det er veldig høge tal. 40 pst. av dei med alkoholproblem hadde vore hos lege for å snakka om psykiske problem eller psykiske symptom, men i dei aller fleste tilfella vart likevel ikkje misbruket fanga opp. Men sjølv for dei pasientane som vert fanga opp av kommunehelsetenesta, er det vanskeleg å få nødvendig vurdering og behandling i spesialisthelsetenesta dersom legen meiner det er behov for det. Tal frå Helsedirektoratet viser nemleg at opp mot 30 pst. av tilvisingane til behandling i psykisk helsevern for vaksne vert avviste. Det er dobbelt så stor risiko for å verta avvist i psykisk helsevern for ein vaksen som det er for ein pasient som vert tilvist til ei ortopedisk undersøking. I psykisk helsevern vert pasientar avviste oftast utan å verta undersøkte i det heile. Forskjellane på delen av avviste pasientar varierer i ulike delar av landet innan psykisk helsevern, men tala er alvorlege og avslører etter mitt syn at norsk helseteneste i realiteten diskriminerer pasientar ut frå diagnose, og slik kan vi ikkje ha det.

I debatten om psykisk helse kan vi av og til få inntrykk av at altfor mange personar har ein altfor låg terskel til å definera vanlege problem som psykiske lidningar, og så får behandling for dei. Men desse tala frå Folkehelseinstituttet tyder eigentleg på det motsette, så bildet vårt er kanskje feil. Ifølgje ein forskar ved Folkehelseinstituttet, Fartein Ask Torvik, er det for få som oppsøker helsetenesta og får hjelp for plagene sine når det gjeld psykiske lidningar, og den studien som han leia, viste at dei fleste med psykiske lidningar ikkje vart behandla – og han hadde sett på angst, depresjon og alkoholmisbruk. Særleg alvorleg er tala for pasientar med alkoholmisbruk, synest eg. Det at berre 3 pst. av dei som hadde eit alkoholmisbruk, vart fanga opp i primærhelsetenesta og 7 pst. i spesialisthelsetenesta, er utruleg små tal når det er så mange som ni av ti som anten ikkje får hjelp, eller som ikkje vert fanga opp når dei kontaktar lege og har eit alkoholmisbruk. Som sagt hadde

40 pst. av dei som hadde eit misbruk, vore hos lege, men likevel vart ikkje misbruket fanga opp.

No er det ikkje slik at det er eit poeng i seg sjølv å få ein diagnose i helsevesenet, eller at ein kan setja ein diagnose på vanlege plager og lidningar, men undersøkinga tyder på at dette er pasientar som på grunn av dette ikkje får nødvendig behandling, fordi sjukdom og rusavhengigheit ikkje vert oppdaga. Dei får ikkje den diagnosen dei skal ha – på tross av at dei har oppsøkt helsetenesta. Det er ting som tyder på at det framleis er slik at det å spørja om alkoholproblem og alkoholmisbruk er tabubelagt, både i befolkninga og i helsevesenet. Men utan at ein spør, vert det heller ikkje avdekt.

Kanskje det er slik at det berre er dei personane med dei mest alvorlege lidningane som vi ser, som vert fanga opp, og som får tilbod i helsevesenet vårt. I Dagens Medisin i førgårs stod det ein artikkel om at det i dag er stor ueinighet blant fagfolk med omsyn til om pasientar i psykisk helsevern har rett til behandling i spesialisthelsetenesta eller ikkje. I berre 4 av 23 tilfelle var psykologane heilt einige om at pasienten skulle få rett til behandling. Det var ei undersøking frå Lovisenberg og av forskar Per Arne Holman som viste at legane òg var ueinige i prioriteringane i dei mange tilvisingane. I 22 av 23 tilvisingar var legane ueinige i kva som skulle vera den juridiske fristen for når pasienten skulle få hjelp, og fristidspunktet varierte i gjennomsnitt med 9 veker per tilvising og opp til 24 vekers forskjell.

Undersøkinga viste ein prioriteringspraksis i psykisk helsevern som er relativt vilkårleg, og dette er ein indikasjon på at pasientar ikkje vert sikra likeverdig tilgang på behandling i spesialisthelsetenesta ved psykisk sjukdom. Denne forskaren gjorde den same undersøkinga i 2009 og i 2011, og resultatet no gir indikasjon på at praksisen ikkje er betra – det har kanskje til og med vorte verre, til tross for at pasientrettighetslova i 2015 vart endra for å gi pasientane betre rettar. Det vart da lovfesta at tida det tar før pasientane får vurdert om deira medisinske tilstand gir rett til behandling, skulle verta senkt frå 30 til 10 dagar.

Det er òg mange faktorar som peiker på at pasientar med ruslidningar og/eller psykiske lidningar ikkje har dei same pasientrettane som pasientar med andre diagnosar. Pasientar med alkoholmisbruk, angst og depresjon vert ikkje fanga opp av kommunehelsetenesta og får ikkje diagnose. Pasientane som vert tilviste for vurdering av psykisk helsevern, vert ofte avviste utan vurdering. Pasientar med psykiske lidningar som vert vurderte, vert i tillegg vurderte svært forskjellig med omsyn til pasientrettar.

Til slutt: Professor Dag Album ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi på Universitetet i Oslo har, saman med andre forskarar, sidan 1991 forska på korleis

helsevesenet i Noreg rangerer sjukdomar. Det er interessant – og det er litt deprimerande å lesa – for forskinga viser det som vi eigentleg veit: at sjukdomar som hjerne-  
svulst, hjarteinfarkt og blodkreft har høg prestisje blant helsepersonell, mens psykiske lidningar, skrumplever og fibromyalgi vert rangerte veldig lågt. Da er det slik at alvorlege sjukdomar med tydelege symptom vert rangerte høgt, men òg dei sjukdomane som vi kan behandla raskt og dramatisk, kanskje. Og når sjukdomane førekjem i eit organ høgt oppe i kroppen, vil dei ha høgare prestisje i medisinen. Lite har forandra seg på dette feltet sidan dei første undersøkingane kom for 28 år sidan, og dei endringane som har skjedd med omsyn til kor stor prestisje ein sjukdom har, har vorte endra ved at behandlinga har vorte ei anna, f.eks. når det gjeld hjerneslag.

Det er kanskje vanskelege spørsmål eg stiller til statsråden, men dette er for meg ein veldig bekymringsfull situasjon: Kva kan statsråden og helsemyndigheitene gjera for å hindra at pasientar i norsk helsevesen vert forskjellsbehandla ut frå diagnose? Kva kan statsråden og helsemyndigheitene gjera for å heva statusen til pasientar med ruslidningar og psykiske lidningar? Og kva kan statsråden og helsemyndigheitene gjera for å gjera alkohollidningar mindre tabubelagde i tenestene?

**Statsråd Bent Høie [12:43:34]:** Studien fra Folkehelseinstituttet viser at et mindretall av dem som har angst, depresjon og alkoholproblemer, oppsøker helse-  
tjenesten for å få hjelp. Og de som gjør det, får ikke alltid den hjelpen de trenger.

I studien er det brukt helseregistre med data fra allmennlegene og fra spesialisthelsetjenesten. Det betyr at noen får hjelp uten at det fanges opp i denne studien, f.eks. i kommunale lavterskeltilbud. Den sier ikke noe om behandlingsbehovet, men jeg tror likevel at flere av dem som ikke får behandling, vil ha nytte av slik hjelp.

Representanten tar også opp det høye antallet avvisinger i psykisk helsevern.

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Det er også slått fast i den nye regjeringsplattformen. Terskelen for å få hjelp skal være lav, og hjelpen skal være lett tilgjengelig i den enkeltes nærmiljø. Innsatsen må derfor settes inn tidligst mulig for dem som sliter med psykiske helseutfordringer.

For lite åpenhet om psykiske helseutfordringer gjør at mange som opplever psykiske problemer og rusproblemer, vegrer seg for å oppsøke hjelp. Gjennom regjeringens strategi for god psykisk helse vil vi arbeide for mer åpenhet om psykiske helseutfordringer og arbeide mot fordommer i befolkningen og i tjenestene.

God hjelp må også bli lettere tilgjengelig. Arbeidet med å utvikle lokale lavterskeltilbud må fortsette og vil bidra til å senke barrieren for å oppsøke hjelp. Helsesta-

sjons- og skolehelsetjenesten, rekruttering av psykologer i kommunene, tilbud om Rask psykisk helsehjelp og internettassisterte behandlingstilbud skal videreutvikles.

Vi innfører livsmestring og folkehelse som et av tre nye tverrfaglige temaer i skolen. Jeg håper dette kan bidra til å øke kunnskapen om psykisk helse, redusere stigma og gjøre at flere søker hjelp.

Jeg mener at det er for lite systematikk og helhet i utredning, behandling og oppfølging på psykisk helse- og rusfeltet. Den enkelte pasients utfordringer og behov må kartlegges for at pasienten skal få nødvendig og forsvarlig hjelp. Dette er presisert i rundskriv om helsehjelp ved lavterskeltilbud som kom i fjor.

Et viktig tiltak på områdene psykisk helse og rus er pakkeforløpene. Målet er forutsigbarhet, raskere utredning og behandling, bedre samarbeid og mer brukerinnflytelse. De første pakkeforløpene skal tas i bruk nå i 2018. Pakkeforløpene for utredning i psykisk helsevern for voksne og et tilsvarende for barn og unge, og pakkeforløp for utredning og behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inneholder anbefalinger om kartlegging og skal bidra til mer systematisk utredning. Dette vil forhåpentligvis øke utredningskompetansen hos helsepersonell og være et gode for alle pasienter – også dem utenfor pakkeforløpene.

Diagnostisering av alkoholmisbruk kom aller dårligst ut i studien fra Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet er i slutfasen med å utarbeide faglige råd til fastlegene i møte med personer med alkoholproblemer. Rådene omhandler både hvordan vi skal ta opp problematikken i møte med pasienten, hjelpemidler for kartlegging av alkoholbruk og annen rusmiddelbruk, samt muligheter for oppfølging og behandling fra andre helse- og omsorgstjenester eller i spesialisthelsetjenesten.

Vi trenger bedre data om forekomsten av psykiske lidelser i Norge og om hvor mange som får behandling. Folkehelseinstituttet har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en diagnosebasert befolkningsundersøkelse i samarbeid med helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT. Denne undersøkelsen vil gi oss forekomsttall på psykiske lidelser og et bedre grunnlag for å studere omfang av helsetjenestebruk, barrierer for å oppsøke hjelp, risikofaktorer og konsekvenser av psykiske lidelser.

På bakgrunn av disse erfaringene fra Nord-Trøndelag vil vi vurdere om det skal gjennomføres en nasjonal diagnosebasert undersøkelse i hele landet.

Det er ikke vanskelig å forstå at det er en alvorlig tilleggsbelastning å bli avvist når man har forventninger om å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Like bekymringsfullt som omfanget av avvisinger er den store variasjonen i avslag mellom de distriktspsykiatriske sentrene. Dette tyder på at tilbudet kan være ulikt rundt om i

landet for mennesker med samme lidelser. Det er derfor et klart mål å redusere både omfanget av og variasjonen i avvisningsratene.

I årets sykehustale understreket jeg at vi vil se på de store variasjonene mellom de distriktpsykiatriske sentrene når det gjelder avvisninger. Jeg viste til at Nordfjord psykiatrisenter og Lovisenberg sykehus i Oslo har prøvd ut ordninger, slik at få pasienter – eller ingen – blir avvist.

Pasientene møter en erfaren behandler tidlig i forløpet for å avklare hva slags tilbud de har behov for. Erfaringen er at pasientene føler seg sett og tatt på alvor, og flere får et tilbud som er riktig for dem – enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil utfordre resten av psykisk helsevern til å sette i verk enten like gode tiltak eller bedre tiltak.

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten har gitt oss viktig kunnskap. Der går det fram at et flertall av fastlegene og sykehusleger i psykisk helsevern mener at pasienter med psykiske lidelser i større grad enn i dag bør få behandling i andre deler av primærhelsetjenesten.

Halvparten av fastlegene opplyser at de kunne ha behandlet flere pasienter med psykiske lidelser dersom de hadde fått tilstrekkelig opplæring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det betyr at det er god grunn til å sette den kommunale helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å behandle denne pasientgruppen.

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen henvisningsveileder for fastlegene. Det varierer i hvilken grad fastlegene bruker veilederen. Jeg vil derfor understreke overfor Helsedirektoratet og helseregionene at de viderefører sitt arbeid med å gjøre veilederen kjent, og at den tas i bruk. Det er også viktig at kommunene sørger for at fastlegen har tilstrekkelig kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet, i tillegg til tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Kommuner og helseforetak har plikt til å inngå samarbeidsavtaler som klargjør hvilke oppgaver som skal løses på hvilket nivå og fordeling av ansvar. Jeg vil også vurdere om det er behov for å se på om kommuner og helseforetak følger opp kravene til å inngå samarbeidsavtaler. Riksrevisjonen anbefaler at helseforetakene og kommunene avklarer hvilke psykisk helse-tilstander og rustilstander som gir rett til spesialisthelsetjenester. Dette skal vi se nærmere på.

Riksrevisjonen påpeker at det bør undersøkes nærmere hvordan tjenestene kan gi opplæring og ivareta veiledningsplikten på en bedre måte. Dette vil jeg følge opp i dialog med KS og helseregionene.

I arbeidet med ny Nasjonal helse- og sykehusplan vil vi vurdere hvordan de andre anbefalingene fra Riksrevisjonen eventuelt kan følges opp.

Tiltakene jeg har nevnt, er en viktig del av svaret på hvordan vi vil følge opp utfordringene knyttet til det høye antallet avvisninger. I ny Nasjonal helse- og sykehusplan vil psykisk helse være et hovedområde. Jeg vil da komme tilbake til Stortinget med informasjon om hvordan dette arbeidet skal tas videre.

**Kjersti Toppe (Sp) [12:51:40]:** Takk for svaret. Eg er ikkje ueinig i noko av det som statsråden sa, så alle dei tiltaka som vert skisserte, vil heilt sikkert kunna vera med og betra situasjonen blant dei der ute som har ei psykisk lidning eller ei ruslidning. Spørsmålet er kor lang tid dette vil ta, og kor fort ein kan få til endringar, for eg meiner det eg seier, når eg seier at det er diskriminering av pasientar ut frå diagnose slik helsevesenet i dag behandlar desse pasientane.

Det er heilt riktig at ein må ha tiltak både i kommunehelsetenesta og på sjukehus. Når det gjeld det som vart sagt om kommunehelsetenesta – det vert vist til rapporten frå Riksrevisjonen – om at ein må få til eit betre samarbeid osv., er eg heilt einig i det. Debatten om fastlegane som har vore no, er òg veldig interessant. Dette handlar òg om at ein må ha ei fastlegeteneste som fungerer, for det er jo trass alt der ein skal kunna verta oppdaga, og det er der ein skal kunna koma og få nødvendig oppfølging og behandling og eventuelt verta send vidare. Eg trur òg at ein kan gjera meir i kommunane. Det er ikkje nødvendigvis rett at så mange vert tilviste. Men uansett: Når ein pasient vert tilvist, er delen som vert avvist, ein av tre, noko som vi ikkje kan vera stolte av.

Eg registrerer at den nye nasjonale helse- og sykehusplanen skal omhandla psykisk helse. Det er eg veldig glad for. Eg har fremja eit representantforslag om ei stortingsmelding om psykisk helsevern og deler mange av dei tankane som statsråden har, om at det er nødvendig å sjå på heile det psykiske helsevernet. Det er for stor variasjon, bl.a. når det gjeld det vi har tatt opp i dag:

- avvising
- korleis døgnkapasiteten skal vera
- tryggleikspsykiatrien
- samspelet med kommunehelsetenesta

Det som statsråden sa om ei nasjonal diagnosebasert pasientundersøking, er veldig interessant – at ein sjølv tar initiativ til å få kartlagd dette, når vi får så mange undersøkingar som peikar på at dette er eit problem. Det er bra viss ein kan få til det.

Kan eg få ein kommentar til det som eg tok opp sist i mitt innlegg i stad, om at sjukdomar i Noreg har forskjellig status, og at det òg kan påverka helsetenesta?

**Statsråd Bent Høie [12:54:54]:** Jeg tar det siste først: Ja, det er jeg helt overbevist om. Jeg deler også interpellantens bekymring for at enkelte veldig tydelige fagfolk i den offentlige debatten skaper et inntrykk av at hovedutfordringen i Norge i dag er at folk blir «sykelurt» med hverdagslige problemer som en i tidligere tider taklet på egenhånd. Det mener jeg er noe som er med på å bygge opp barrierene for å søke hjelp. Utfordringen i Norge i dag er ikke dette. Utfordringen er at mennesker med reelle psykiske helseutfordringer i for liten grad ber om hjelp, og at for mange av dem som ber om hjelp, ikke får god nok hjelp. Det mener jeg at denne rapporten viser. Det er jeg helt enig med interpellanten i.

Vi står overfor et stort arbeid på dette området, men det er også satt i gang mye som nå begynner å gi resultater. Både opptrappingsplanen for rusfeltet og regjeringen, samarbeidspartiet Kristelig Folkeparti og det tidligere samarbeidspartiet Venstres veldig tydelige satsing på psykisk helse, helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene gir resultater. Kommunene rapporterte at totalt 14 633 årsverk jobbet med psykisk helse- og rusarbeid i 2017, mot 13 936 årsverk i 2016 og 13 131 årsverk i 2015. Det har altså vært en vekst på over 1 500 årsverk i løpet av de to siste årene. Den største prosentvise økningen fra 2016 til 2017 ser vi innenfor nettopp tjenester som er rettet inn mot barn og unge, der det har vært en vekst på 7,9 pst. Men det har også vært en betydelig årsverksvekst for tjenester som er rettet mot voksne, på 4,3 pst.

Den psykologiske kompetansen i tjenestene er styrket. I tjenestene som er rettet mot voksne, har det vært en økning på 29 pst. fra 2016 til 2017, og psykologer utgjør nå 9,4 pst. av årsverkene i tjenestene for barn og unge i kommunene.

Jeg sier dette fordi jeg er helt enig i at fastlegene kan gjøre mer, og at vi har behov for å styrke fastlegeordningen. Men fastlegene har fått mange nye kollegaer i kommunene som ikke er fastleger, men som er psykologer, som er mennesker som har utdanning og kompetanse innenfor psykisk helse- og rusarbeid, og som bør være en del av deres behandlingsteam rundt disse pasientene, ikke minst et lavterskeltilbud til barn og unge, slik at en raskt kan få hjelp. Det er også behov for at kommunene blir flinkere til å informere fastlegene om det tilbudet som nå bygges opp i kommunene, slik at dette når fram til pasientene.

**Tellef Inge Mørland (A) [12:58:10]:** Jeg tror alle i denne salen har et ønske om at vi skal bli enda bedre til å sikre fullverdig helsehjelp til personer med psykiske lidelser. Det er et godt utgangspunkt. Men samtidig – for å løfte arbeidet med psykiske lidelser framover – vil en

av forutsetningene være at også de økonomiske rammene må komme på plass.

Regjeringen legger for 2018 opp til en aktivitetsvekst for spesialisthelsetjenesten på om lag 2 pst., men det er altså før en demografisk utvikling som kan tilsi merutgifter for sykehusene på 1,5 pst. Vi har en spesialisthelsetjeneste som av regjeringen ble bedt om ta en del av innsparingene i forbindelse med ABE-reformen. Samtidig skal vi oppfylle våre forventninger om nye behandlingsmetoder og tilgang på flere effektive, men ofte også dyre medisiner. Da er det kanskje ikke så rart at det med regjeringens statsbudsjett for inneværende år blir lite igjen til å satse på psykisk helse.

Arbeiderpartiet erkjenner at vi fortsatt har store, uløste oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. Det gjelder også innenfor psykisk helse. Derfor har vi til sammen prioritert 3 mrd. kr mer i vårt alternative statsbudsjett, inkludert det som regjeringen har lagt inn.

Før jul ble statsråden utfordret på den gylne regel, der rus og psykisk helsevesen hver for seg skal ha en årlig vekst høyere enn somatikken. I sitt svar 24. november avklarer statsråden at dette kun er et mål, ikke et krav. Det gjenspeiler kanskje også virkeligheten der ute for mange av dem som jobber på feltet.

Tillitsvalgte som jobber innenfor feltet psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus, sier de opplever at somatikken får en vesentlig høyere vekst enn det deres felt får. Før jul rykket de derfor ut med en bekymring om at man fryktet forringet kvalitet i pasientbehandlingen, og mente til og med at sikkerheten til de ansatte – de som jobber ved Klinikk psykisk helse og avhengighet – kunne være truet, nettopp på grunn av for få økonomiske ressurser. Overskriften i deres rop om hjelp var:

«Krise i Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus» – «Hvor blir det av Høies lovnader?»

Har statsråden forståelse for at virkeligheten oppleves slik for dem som jobber på dette feltet der ute, og ser han også at vi trenger å styrke arbeidet innenfor psykiske lidelser ytterligere, gjennom bl.a. økonomiske rammer som står i stil med de forventningene og behovene som en hittil ikke har klart å innfri?

**Torill Eidsheim (H) [13:01:18]:** Psykisk helse er eit av dei viktigaste satsingsområda til regjeringa. Ei god psykisk helse er viktig for å ha god livskvalitet og for å meistre både kvardag og jobb. Terskelen for å få hjelp må vere låg, og hjelpa må vere tilgjengeleg i nærmiljøet til den enkelte.

Dessverre ser vi signal blant unge i dag som er ganske urovekkjande. Vi har aldri før sett ein meir pliktoppfyllande, kjernesunn og ambisiøs generasjon barn og unge.

«Generasjon prestasjon» blir dei ofte kalla. Dei røykjer mindre, dei drikk mindre, dei trener meir, dei har betre relasjonar til foreldra sine, og dei trivst òg betre på skulen enn forfedrane sine. Samtidig er det urovekkjande å sjå korleis ungdomsgenerasjonen strever med psykiske plager og problem. Når ei av fem jenter i 10.-klasse opplever betydelege stressrelaterte og depressive symptom, er det noko vi tek alvorleg.

Innsatsen er nøydd til å bli sett inn tidlegast mogleg for dei som slit med psykiske problem. At psykiske lidningar oppstår, må førebyggjast, bl.a. ved å forhindre mobbing og sosial isolasjon blant unge, barn og vaksne. Arbeid og aktivitet skal vere ein integrert del av behandlinga og oppfølginga. Regjeringa vil byggje ned hindera for å oppsøkje hjelp.

Regjeringa skal i 2018 innføre pakkeforløp innan psykisk helse. Det skal bli lagt fram ein opptappingsplan for barn og unge si psykiske helse. I tillegg ønskjer eg å trekkje fram at livsmeistring skal inn i skulen. Eg trur vi må innsjå at for å kunne leve heile livet – og ha eit godt liv i alle fasane av livet – må ein òg meistre livet, og det må lærast.

Det vil vere viktig å styrkje tverrfagleg samarbeid mellom tenestene, i tillegg til at ein anerkjenner samarbeidet med frivillige og andre private aktørar for å leggje til rette for eit mangfald av tilbod, og at vi sikrar at terskelen for å be om hjelp til kvar tid er låg.

Vi veit at psykiske lidningar dessverre ofte òg heng saman med rus i ei eller anna form. Diagnostisering av alkoholmisbruk kom aller dårlegast ut i studien frå Folkehelseinstituttet. Eg ser på det arbeidet som Helsedirektoratet er i gang med, å utarbeide faglege råd til fastlegane i møte med personar med alkoholproblem, som eit utruleg viktig tiltak. Desse råda omhandlar både korleis ein kan ta opp problematikken i møte med pasienten, hjelpemiddel for kartlegging av alkoholbruk og annan rusmiddelbruk og moglegheita for oppfølging og behandling frå andre helse- og omsorgstenester, òg spesialisthelsetenesta. Dette vil vere heilt vesentleg for å sikre riktig og god behandling.

Vi treng betre data om førekomsten av psykiske lidningar i Noreg og om kor mange som faktisk får behandling. Det er bra at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gjennomføre ei diagnosebasert befolkningsundersøking. Dette vil kunne gje oss førekomsttal på psykiske lidningar og eit betre grunnlag for å studere omfanget av helsetenestebruk, barrierar for å oppsøkje hjelp, risikofaktorar og òg konsekvensar av psykisk lidning.

Hovudfokuseringa innan både rus og psykiatri må vere å hjelpe den enkelte til å klare å endre ein dysfunksjonell livsstil og å oppleve meistring og eit reelt val, der ein kan velje det livet som ein sjølv ønskjer å leve. Det

må starte med korleis ein blir møtt og sett i ein tidleg fase.

**Jan Steinar Engeli Johansen (FrP) [13:06:21]:** La meg først få si at det skal være en selvfølge at mennesker med en psykisk lidelse skal få den hjelpen de har behov for, når de får behov for den.

Stadig flere sliter med psyken, og altfor mange får hjelp for sent, i mange tilfeller fordi de venter for lenge med å oppsøke hjelp, og i andre tilfeller fordi tilbudet er for dårlig eller kapasiteten for liten. Det kan være vanskelig å oppdage dem som sliter psykisk, og derfor er kompetanse et nøkkelord. Da er det også viktig at hjelpeapparatet står klart den dagen man ser dem som har behov for hjelp, eller når man endelig på eget initiativ oppsøker hjelp.

Av mange viktige politikkområder er psykisk helse blant regjeringens aller viktigste prioriteringer, fordi en god psykisk helse er viktig for å ha en god livskvalitet og for å mestre hverdag og arbeid. I den nye regjeringsplattformen er det slått fast at styrkingen på området skal videreføres. For Fremskrittspartiet er det viktig at regjeringen også i praksis følger opp det som regjeringspartiene er blitt enige om.

For mange begynner de psykiske problemene allerede i ung alder. Da er det viktig at kommunene har tatt ansvar ved å ruste opp lavterskeltilbud som skolehelse-tjeneste og psykologkompetanse. Regjeringen har allerede over tid bevilget penger som er ment å gå til styrking av akkurat disse områdene, og da er det litt provoserende å få tilbakemeldinger om at mange kommuner har prioritert annerledes, til tross for at de har store mangler i tilbudet til barn og unge.

At regjeringen ikke har valgt å øremerke disse midlene, betyr ikke at kommunene kan se bort fra å bygge opp og utvikle tilbudet. Fremskrittspartiet vil følge utviklingen i kommunene framover for å se om det kanskje er nødvendig å foreslå at midlene øremerkes i større grad enn i dag.

Spørsmålet om hvordan man kan sikre et fullverdig helsetilbud til personer med psykiske lidelser, er komplekst, og slik spørsmålet er formulert, er jeg også usikker på om noen i det hele tatt kan gi et fullgodt svar. Men noen av nøklene ligger i at vi greier å senke terskelen for å spørre om hjelp, at helsepersonell og leger har bedre kunnskap i å oppdage psykiske problemer, at kapasiteten er godt nok utbygd, og at vi benytter de tilbudene som er tilgjengelig, for å sikre dem det gjelder, et bredt og mangfoldig tilbud.

Så regner jeg med at også interpellanten stiller seg bak oppfordringen til kommunene om å bygge opp tilbudet i tråd med signalene fra regjeringen, selv om midlene ikke nødvendigvis er øremerket.

**Kari-Lise Rørvik (V) [13:09:20]:** Det er dessverre slik som representanten Toppe påpeker, at det er statusforskjeller mellom ulike sykdommer i Norge – noen sykdommer er forbundet med skam, tabuer og stigmatisering – enten det er mellom somatiske sykdommer, eller det er mellom somatikken og psykiske sykdommer. For eksempel er det forskjell på hvordan man møter ulike kreftpasienter og pasienter med hepatitt C. Det er selvsagt uheldig, for vi skal ha en likeverdig helsetjeneste for alle, uansett bakgrunn. Det er også bekymringsfullt at det er så ulik praksis mellom de ulike DPS-ene. Det er derfor bra at helseministeren både skal arbeide for å redusere omfanget av avvisinger ved DPS-ene og jobbe for en mer lik praksis.

Vi har en lang vei å gå, men det synes som om det er en stor politisk vilje til å gå den veien sammen, både i storting og i regjering. Vi er nødt til å sette primærhelsetjenesten bedre i stand til å forebygge mer framfor å behandle i en dyr spesialisthelsetjeneste. Vi vet at mange av de psykiske lidelsene kan forebygges svært effektivt dersom hjelpen gis tidlig. Vi vet også nok om konsekvensene av en dårlig barndom til at det må unngås for enhver pris. Vi vet at krenkede barn ofte blir syke voksne. Motsatt vet vi at en trygg og god tilknytning i barnets første leveår kan ha avgjørende betydning for en god helse resten av livet.

Det viktigste vi kan gjøre, er å unngå at folk blir psykisk syke, og da er nøkkelen en god barndom. Det oppnår vi bare ved å styrke arenaene utenfor helsetjenestene der god helse produseres, i familiene med mange støttetiltak til dem som trenger det, tilgang til natur og rent vann, idrettsaktiviteter, kulturtilbud, gode barnehager, SFO og skoler m.m. Deretter må vi sørge for skolehelsetjeneste, helsestasjoner og et godt tilgjengelig familievern, fungerende barnevern, BUP osv. Venstre ser derfor med spenning og stor entusiasme fram til at den økonomisk forpliktende opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse skal legges fram i 2018. Når vi vet at psykiske lidelser alene koster samfunnet mer enn 185 mrd. kr årlig, sier det seg selv at vi har mye å hente ved å forebygge.

La oss gå tilbake til spesialisthelsetjenesten. Jeg mener hele skillet mellom psyke og somatikk er uheldig, for veldig mange sykdommer henger sammen og bør behandles sammen. Det er hele mennesket som skal behandles – det kan det være lett å glemme. Vi har et kunstig skille i dag, som er til hinder for god, helhetlig behandling. Dette skillet bidrar til at pasientenes livshistorie omdannes til sykdomshistorie og diagnoser. Det kan være til hinder for at pasienten kan bli helt frisk, fordi hjelpen blir fragmentert. Men den debatten er for stor til å ta her og nå.

Jeg er dessverre ikke overrasket over at flere blir avvist ved behov for psykisk helsevern enn f.eks. for ortopedisk behandling. Det er en forskjellsbehandling det må jobbes målrettet med å rette opp i. Det er bra at helseministeren har igangsatt tiltak på området. Det er også bra at psykisk helse skal være et hovedområde i ny nasjonal helse- og sykehusplan, for dette vil ta tid.

Jeg er glad for den tydelige satsingen på psykisk helse og rus fra den forrige regjeringen og nå også fra den nye regjeringen, der Venstre er med. Det er bra at den gylne regelen ligger fast, og at veksten i psykisk helsevern skal være større enn i somatikken. Jeg tror vi må legge enda sterkere vekt på dette overfor helseforetakene framover.

Psykisk sykdom kan være svært vanskelig å behandle og årsaksforholdene svært kompliserte. Noen psykisk syke skal ha livslang behandling, andre trenger mindre. Behandlingen må tilpasses den enkelte – det er viktigere for dem som sliter med psykiske lidelser, enn for de fleste i somatikken. En brukket arm er lett å behandle, en knust barndom langt vanskeligere.

Jeg vil takke interpellanten for å sette psykisk helse på dagsordenen. Flere lavterskeltilbud og tidlig innsats i kommunene vil være avgjørende for å lykkes. Og kanskje vi klarer å redusere behovet for å hjelpe i spesialisthelsetjenesten dersom vi klarer å gjøre alvor av å forebygge mer for å behandle mindre.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [13:14:25]:** Det at Folkehelseinstituttet viser at to tredjedeler av dem som hadde depresjon, verken hadde fått diagnose eller behandling, er egentlig skremmende tall. Og grunnen var enten at de ikke hadde oppsøkt hjelp, eller at de ikke ble fanget opp med de symptomene de hadde. Jeg tror det fortsatt er mye stigma ute og går også for denne pasientgruppen, noe som ikke er nytt i det hele tatt.

Jeg ønsker å være bitte litt personlig. Jeg vokste opp med en mor som var psykisk syk. Hun fikk fødselsdepresjon etter at jeg var født. Min mor fikk ikke mye hjelp, hun ble aldri behandlet før vi ble voksne, og det var først da vi tre ungene ble voksne, at vi forsto at mor egentlig var ganske syk. Den syke er altså ikke alene, men det er mange rundt den syke som også er i en risikogruppe, fordi mor, far eller en av ungene ikke blir oppdaget. Det er viktig at de psykisk syke får hjelp, fordi det er så mange rundt som tenker på sine, er opptatt av sine og faktisk kan gå hen og bli syke selv, fordi deres egne ikke får hjelp.

Det samme tenker jeg gjelder for dem som sliter med alkohol. Her handler det både om forebygging og om å komme inn og behandle og oppdage tidlig – det å tørre å stille spørsmålene, bry seg, se bak fasaden. Når så mange ikke blir fanget opp, er det en advarsel til oss alle – som gode naboer, som venner og som behandlende institusjoner.

Det er ikke mange uker siden jeg møtte en ung kvinne som sa: Det var ingenting som ble fanget opp hjemme hos oss. Vi hadde fint hus, vi hadde den rette bilen utenfor, far klarte å gå til den jobben som han skulle gå til. Men på innsiden, Olaug, var det ikke sånn, der var det ikke mye som ikke viste at far hadde et alkoholproblem.

Derfor handler dette om å oppdage tidlig, få komme inn og behandle tidlig, og om så mye mer. Det er viktig at den det gjelder, den pasienten som har det vondt og er syk, blir trodd og oppdaget av helsevesenet. Det er også utrolig viktig for pårørende, det er viktig for arbeidslivet. Det er viktig for alle at vi kommer dit at vi klarer å løfte opp denne problemstillingen. Når to tredjedeler går rundt og ikke blir oppdaget eller får den hjelpen de skal ha, er det ikke rart at tallene stiger, for da er det så mange andre rundt som også får en utfordring. Derfor handler dette om statens løfting innenfor helsevesenet, men det handler også om å lage hverdagsliv rundt familier, som gjør at vi klarer å bry oss, både om den psykisk syke og om den som har en rusutfordring.

**Kjersti Toppe (Sp) [13:18:13]:** Takk til dei som har hatt innlegg i denne debatten.

Eg har nokre kommentarar. Eg har ikkje fokusert så mykje på økonomi i denne interpellasjonen, men eg er sjølvsagt einig med dei som har tatt opp at økonomi òg er viktig. Eg har òg kritisert den gylne regelen for ikkje å verka. Vi har òg hatt meir pengar til sjukehus i våre alternative budsjett, og vi har fremja eit forslag om ein opptrappingsplan for psykisk helse i kommunane, med øyremerkte midlar.

Det som er poenget mitt med denne interpellasjonen, er at her er det meir enn økonomi som gjer at ting går gale. Dette handlar òg om ein praksis og ein kultur ute i tenestene som gjer at det er vorte slik at ein ikkje tar personar med psykiske problem eller med eit alkoholmisbruk på same alvor som om det kjem ein pasient som har knekt ein fot. Og det er jo det som er det vanskelege spørsmålet for ein statsråd og for helsemyndigheter å svara på, men det er utruleg viktig at dette får merksemd. Eg meiner det er ei diskriminering av pasientar etter diagnose som vi ikkje kan vedkjenna oss, i det norske helsevesenet. Vi har jo eit mål om at vi skal ha eit helsevesen for alle, men det viser seg at det faktisk ikkje er sant. Vi må endra kulturen ute i tenestene.

Når det er slik at ein kjem til fastlegen og ein ikkje klarer å avdekkja alkoholmisbruk, kan det sjølvsagt verta betre om ein får fleire fastlegar, men det er likevel slik at ein må gå inn og sjå på korleis ein arbeider, og kva slags arbeidsmåtar ein bruker, og eventuelt verta kvitt om det er tabulagde ting som det er vanskeleg å snakka om. Elles gjer vi ikkje pasienten rett. Når det er slik at ein av tre med ei psykisk lidning som vert viste til sjukehus, vert av-

vist utan at ein vert greidd ut, finst det inga unnskyldning uansett kor dårlege budsjetta er, vil eg seia. Det finst inga unnskyldning, for ein gjer ikkje det same om pasienten har ein annan sjukdom. Difor kan vi ikkje tolerera det.

Det at sjukdomar har forskjellig status og får kartlegging ut frå det, viser jo òg at det ligg noko bak her. Det er vanskeleg å vedta herifrå at det ikkje skal vera slik, men det er i alle fall ansvaret vårt å bidra til at vi får ei anna utvikling.

**Statsråd Bent Høie [13:21:19]:** Jeg vil takke for en god og viktig interpellasjonsdiskusjon om et tema som er veldig avgjørende. Det er mange utfordringer vi står overfor, så jeg vil prøve å avslutte med et litt mer optimistisk bilde, nemlig at vi i stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken har blitt enige om at psykisk helse nå skal løftes opp og være likeverdig med den fysiske helsen i alt folkehelsearbeidet.

Det er klart at mange av de tiltakene som vi gjennomfører i andre sektorer, alt fra det å få livsmestring inn som et tverrfaglig tema i skolen til satsing på kvalitet i barnehage og i skole, har stor betydning for den psykiske helsen. Og det at en på flere og flere arenaer nå snakker åpent om psykisk helse, og at vi alle har både en psykisk og en fysisk helse, vil forhåpentligvis bidra til både å bygge ned barrieren om å søke hjelp og også å bygge opp tilbudet og endre holdninger i helsetjenesten.

Så er det så flott på dette området at det ikke er slik at behandlingen er dyr, omfattende og har varierende resultat. Nei, tvert imot, her er det veldig ofte snakk om relativt billig, kortvarig og effektiv behandling, som veldig ofte også gir gode resultater. Det er også et viktig budskap å få fram overfor befolkningen. En kan av og til få et inntrykk av at hvis en har en rusavhengighet eller har en psykisk helseutfordring, er det noe som en skal leve med resten av livet, og at hjelpen ikke hjelper. Nei, her er det veldig mye god hjelp å få. Det som er viktig, er at den hjelpen kommer så raskt som mulig, og ikke minst at en klarer å fange opp barn og unge tidlig.

Når det gjelder psykiske helseutfordringer, vil de aller fleste som får en psykisk helseutfordring gjennom livet, få den første gang i barne- og ungdomsårene. Hvis en da får den riktige hjelpen raskt, kan det ha stor betydning for resten av livet.

– Det var et forsøk på å ha en litt mer optimistisk avslutning på en veldig viktig debatt.

**Presidenten:** Debatten i sak nr. 5 er nå avslutta.

Sak nr. 6 [13:23:46]

*Innstilling fra næringskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene André N. Skjelstad,*



*Terje Breivik, Jon Gunnes og Ketil Kjenseth om å utrede etableringen av et norsk globalt entreprenørskapsprogram* (Innst. 102 S (2017–2018), jf. Dokument 8:36 S (2017–2018))

**Presidenten:** Etter ønske frå næringskomiteen vil presidenten føreslå at taletida vert avgrensa til 5 minutt til kvar partigruppe og 5 minutt til medlemmer av regjeringa.

Vidare vil presidenten føreslå at det – innanfor den fordelte taletida – vert gjeve høve til replikkordskifte med inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av regjeringa, og at dei som måtte teikna seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det vert sett på som vedteke.

**Margunn Ebbesen (H) [13:24:54]:** Vi skal i dag behandle et representantforslag fra Venstre om å utrede etablering av et norsk globalt entreprenørskapsprogram.

For å starte med konklusjonen: Flertallet i næringskomiteen, alle unntatt Venstre, foreslår at dette forslaget ikke vedtas. Det samme flertallet støtter intensjonene i forslaget, men er av den oppfatning at det allerede er satt i gang eller er på planleggingsstadiet utredninger som vil ta opp i seg forslagsstillernes intensjoner. Så det vil nok framover komme mer på dette feltet.

Innenfor dagens virkemiddelapparat er det ulike ordninger som er ment å bidra til gode entreprenørskapsprogram. Invest in Norway ble opprettet for å legge til rette for utenlandske direkteinvesteringer i Norge. Funksjonen som ligger under Innovasjon Norge, skal sikre at henvendelser fra utenlandske aktører som ønsker å etablere virksomhet i Norge, blir håndtert på en profesjonell måte. Invest in Norway er et koordinerende apparat, som tilrettelegger dialog mellom internasjonale selskaper som vurderer å etablere virksomheten sin i Norge, og norske myndigheter og virkemiddelaktører.

Det er videre slik at Innovasjon Norge tilbyr rådgivnings- og kompetansetjenester som skal hjelpe bedrifter til å lykkes med etablering og vekst, og de fremmer møteplasser for oppstartbedrifter og mulige investorer. Innovasjon Norges virkemidler er tilgjengelige for utenlandske bedrifter dersom de etablerer virksomhet i Norge.

Invest in Norway er styrket med 10 mill. kr i 2018. Dette er nettopp for å styrke innsatsen med å tilrettelegge for utenlandske investeringer i Norge og posisjonere Norge som et attraktivt land for investorer og talenter. Videre vil jeg også vise til regjeringens framlagte strategi for eksport og internasjonalisering, Verda som marknad, hvor det varsles vurderinger rundt hvordan

Norge kan bli bedre til å tiltrekke seg utenlandske investeringer og kompetanse.

**André N. Skjelstad (V) [13:27:16]:** Etter å ha fått gode forsikringer om at dette blir fulgt opp videre, velger Venstre å trekke forslaget i saken.

**Presidenten:** Representanten André N. Skjelstad har dermed trekt forslaget frå Venstre.

**Statsråd Torbjørn Røe Isaksen [13:27:48]:** Når forslaget er trukket, kunne man i og for seg latt være å si noe. Men så er det første gang jeg får ordet som næringsminister, så jeg følte jeg måtte si noe allikevel.

Som et av komitémedlemmene allerede har redegjort for, er det bred enighet i komiteen om det som er intensjonen bak dette, nemlig at Norge skal være et attraktivt land for utenlandske talenter, etableringer og investeringer. Det er viktig både for å øke antall arbeidsplasser i Norge og for å sikre et bærekraftig velferdssamfunn for fremtiden.

Så foreslår representantene å se til Storbritannia. Jeg tror også det er en god idé at vi tar lærdom av det andre land gjør, og ser på hva som fungerer, og eventuelt ikke fungerer. Det er allerede blitt vist til strategien som regjeringen la fram i 2017, Verda som marknad, og Invest in Norway, som er styrket med 10 mill. kr, vedtatt av Stortinget. Det innebærer at Invest in Norway kan gi bistand til flere utenlandske bedrifter som vurderer, eller har besluttet, å lokalisere sin virksomhet til Norge. Samtidig har regjeringen besluttet å gjøre et utredningsarbeid i 2018 for å se på hvordan Norge kan bli bedre til å tiltrekke seg utenlandske investeringer og kompetanse. Det er Innovasjon Norge som leder dette arbeidet, i dialog med departementet. Hensikten er selvfølgelig å se på hvordan Invest in Norway-funksjonen kan videreutvikles, slik at vi lykkes med å tiltrekke oss gode bedrifter og investeringer fra utlandet. Da er denne type forslag, selv om det nå er trukket, viktig for å få opp debatten, for å kunne løse det vi alle er opptatt av.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bedt om ordet til sak nr. 6.

Presidenten vil berre seia at i sak nr. 6 er det ikkje teke opp noko forslag.

Sak nr. 7 [13:29:42]

*Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Solfrid Lerbrekk og Nicholas Wilkinson om bilstøtteordning også for dem som ikke har inntektsgivende arbeid eller er i utdanning* (Innst. 98 S (2017–2018), jf. Dokument 8:54 S (2017–2018))

**Presidenten:** Etter ønske frå arbeids- og sosialkomiteen vil presidenten føreslå at taletida vert avgrensa til 5 minutt til kvar gruppe og 5 minutt til medlemmer av regjeringa.

Vidare vil presidenten føreslå at det – innanfor den fordelte taletida – vert gjeve anledning til inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av regjeringa, og at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

**Eli Wathne (H) [13:31:03]** (ordfører for saken): Bilstøtteordningen er ment å kompensere for bestemte utgifter til bedring av arbeidsevne og funksjonsevne i dagliglivet for medlemmer av Folketrygden som har sykdom, skade eller lyte. I 2015 ble det gjort endringer i ordningen, bl.a. fordi mange som hadde behov for å ha med seg rullestol i bilen, ikke oppfylte vilkårene for stønad til bil. Derfor ble ordningen utvidet til personer som har behov for kassebil, mens tilskuddet til ordinære personbiler ble avgrenset til å gjelde personer som har behov for bil til å komme seg fra eller til arbeid eller utdanning. Det vil si at det gis støtte til spesialtilpasninger og ved behov for kassebil, men at støtte ikke lenger gis til dem som trenger ordinær bil. Man kan fortsatt få dekket eventuelle ombygginger og tilpasninger av egen personbil som følge av funksjonsnedsettelse.

Å ha en bil i dag blir ansett som så vanlig at det ikke er definert som et hjelpemiddel i seg selv, eller som en merutgift som følge av funksjonsnedsettelse. Man får dermed ikke lenger støtte til en ordinær personbil dersom man ikke har ekstrautgifter til bil sammenliknet med andre. Unntaket er at de som trenger bil for å komme seg til jobb eller utdanning, fremdeles får støtte. Det gis fortsatt støtte til personer som på søknadstidspunktet ikke er i arbeid, men der stønad til bil eller ombygging av bil gjør det sannsynlig at man kan komme over i lønnet arbeid.

Hensikten med endringene som ble gjort, var å sikre en mer målrettet bilstøtteordning. De med behov for en større og mer tilrettelagt bil har fått en utvidet og bedre ordning, mens de som kun har behov for en ordinær bil, må dekke dette på lik linje med andre. Ordningen er ment å skulle dekke ekstrautgifter man har som følge av funksjonsnedsettelse, og derfor gis det i dag ikke støtte til dem som trenger ordinær personbil uten tilpasninger.

Komiteens flertall ved Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har fremmet et forslag om å gjeninnføre tilskudd til bil for personer som trenger bil i gruppe 1 for å bryte en isolert tilværelse og bedre dagliglivets funksjoner.

Høyre, Fremskrittspartiet og Venstres visjon er et samfunn der alle kan delta – i arbeid, utdanning eller aktivitet. Derfor vil regjeringen legge bedre til rette for personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet gjennom bl.a. å styrke tilbudet om varig tilrettelagt arbeid, forbedre tilgangen til hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne, og målfeste at 5 pst. av nyansatte i staten skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en – for å nevne noen eksempler. Regjeringens ambisjoner er tydelige. Komiteens mindretall mener likevel det er fornuftig å målrette ordninger slik at de virker etter intensjonen, og støtter derfor ikke reverseringen av endringen som ble gjort i 2015.

Komiteens mindretall mener forslaget intensjon kan ivaretas gjennom ordningen med tilrettelagt transport. Med den nye regjeringsplattformen vurderes det å utvide den nasjonale TT-ordningen, og det er synd at ikke disse ordningene ses i sammenheng.

Regjeringen sier i Jeløya-plattformen at det skal satses på varig tilrettelagt arbeid, og Høyre er følgelig positiv til at det bygges gode rammer rundt dette. Det støtter opp under regjeringens inkluderingspolitikk.

Høyre og Fremskrittspartiet vil følgelig stemme mot reverseringen i innstillingen fra komiteen.

Morten Wold hadde her overtatt presidentplassen

**Arild Grande (A) [13:35:30]:** Vi diskuterer i dag en sak som er svært viktig for dem det gjelder. Det handler om muligheten til å delta i samfunnet, i aktiviteter og i arbeidsliv, og det handler om hvorvidt vi skal ta mål av oss til å utvikle et likestilt og inkluderende samfunn.

Vi så i 2015 at regjeringen innførte endringer i denne ordningen som for dem som mistet et verdifullt tilbud, har ført til økt isolasjon, svekket mulighet til å delta i samfunnslivet, og også, tror jeg, svekket mulighet til å komme seg ut i arbeidslivet. Det var smålige kutt, for dette er små summer i det store bildet, men altså svært viktige for dem som blir rammet, og det var nok et eksempel på at regjeringen i sin iver etter å finne penger som finansierer skatteuttak, svekker dem som i dag har større utfordringer enn flertallet.

Vi advarte mot kuttet, og vi foreslo å øke bevilgningen i budsjettet for 2015 med 65 mill. kr, slik at man både kunne ivareta ordningen for gruppe 1-biler og utvide gruppe 2-ordningen, som vi slutter oss til.

Jeg hører mange fine ord og vendinger fra regjeringspartiene om et inkluderende samfunn og at vi skal bidra til økt likestilling. Nå har vi faktisk muligheten til å gjøre noe med det, men den sjansen griper ikke regjeringen. Til tross for at statsministeren for bare et par timer siden sto på denne talerstolen og snakket varmt om inkludering, stemmer regjeringspartiene nå ned forslag som vil-

le bidratt i den retningen. Det viser at det er langt mellom de fine ordene og den politiske realiteten.

Jeg har grunn til å tro at det senere i debatten blir fremmet et løst forslag i saken fra Kristelig Folkeparti. Jeg vil signalisere at Arbeiderpartiet i så fall vil slutte seg til det forslaget subsidiært. Vi ønsker i utgangspunktet at man skal sørge for at ordningen blir utvidet for alle, men som et skritt i riktig retning vil vi bidra til at det blir flertall for Kristelig Folkepartis forslag. Jeg håper det blir flertall i stortingsalen for det forslaget, noe som vil vise at det er et nytt flertall i Stortinget, som viser en annen og mer inkluderende retning enn regjeringen legger opp til.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [13:38:43]:** Det er et faktum at alle prater positivt om inkludering. Inkludering koster, og denne saken er et godt eksempel på det. For da en endret regelverket for type 1-biler i statsbudsjettet for 2015, var det fra regjeringas side et ensidig tiltak for å redusere kostnadene over statsbudsjettet. Saken gjelder om lag 50 mill. kr.

Senterpartiet gikk mot endringen den gangen, men fikk ikke tilslutning til det, og er glad for at SV har fremmet dette på nytt som et Dokument 8-forslag.

Ved å følge opp SVs forslag kan vi bryte den isolerte tilværelsen for de mange menneskene som vil komme i en sånn situasjon dersom de ikke har tilgang til bil. Uten bil mister mange muligheten til å leve et sjølstendig liv. Det er mange funksjonshemmede som ikke har mulighet til å ha innteksbringende arbeid. Det er mange funksjonshemmede som har midlertidige stillinger, noe som blir mer og mer utbredt i dag. Dette er grupper som faller utenfor dagens regelverk, som er knyttet til innteksbringende arbeid.

Derfor er vi altså glad for dokumentet fra SV. Vi er inne i flertallsmerknadene, og forslaget som Kristelig Folkeparti har lagt fram, «Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet 2019 fremme forslag om å gjeninnføre bilstøttestøtten for type 1-biler for personer i varig tilrettelagt arbeid», er et forslag Senterpartiet sjølsagt vil støtte.

**Solfrid Lerbrekk (SV) [13:40:57]:** Det er tydeleg at alle parti snakkar på forskjellige måtar om å ha eit inkluderande samfunn. Kristeleg Folkeparti snakkar gjerne spesielt om eit varmt og inkluderande samfunn.

Den bilstøtteordninga som var, galdt òg folk som ikkje kunne vera i jobb eller utdanning på grunn av helsestilstanden sin. Bilstøtteordninga i dag gjeld berre folk som kan vera i jobb eller i varig tilrettelagt arbeid eller utdanning. Ordninga vil ikkje gjelda for dei personane som ikkje kan vera i ubetalt arbeid i ordinær bedrift, slik eg har skjønnt det av Kristeleg Folkeparti sitt lause forslag. Dette gjer meg utruleg skuffa over Kristeleg Folkeparti,

som alltid snakkar om å ha eit varmt og inkluderande samfunn. No sørgjer Kristeleg Folkeparti for at me vil ha ei ytterlegare utfrysing av dei som ikkje kan delta i arbeid. Det er heller ikkje presisert om folk som ikkje er i varig tilrettelagt arbeid, men i varig tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift, vil verta inkluderte i deira ordning. Det vil eg be Kristeleg Folkeparti utdjupe i samband med sitt lause forslag.

Vidare vil eg melda frå om at SV støttar subsidiært Kristeleg Folkeparti sitt forslag.

**Terje Breivik (V) [13:43:04]:** Venstre er sjølsagt samd med forslagstillarane i at bilstøtteordninga er viktig for å sikra eit jamstelt samfunn, der òg menneske med funksjonsnedsetjingar kan delta i samfunnet på lik linje med andre. Tilgang til bil er for mange heilt avgjerande – det veit me – ikkje minst i område der kollektivtilbodet er dårleg utbygt.

Tanken bak omlegginga i 2015 var god. Ei betre målretting av bilstøtteordninga skulle sikra at personar som ikkje kunna nytta vanleg bil, men som hadde behov for større og meir tilrettelagd bil, skulle få ei betre ordning. Ordninga vart betre enn tidlegare for dei som ikkje kunne nytta vanleg bil til arbeid eller utdanning. Det er klart at når samfunnet stiller krav om deltaking i utdanning eller i arbeid, må me òg leggja til rette for at dei reint praktisk kan delta. Det er derfor gode grunnar til å skilja mellom situasjonar der ein treng bil til utdanning og arbeid, og der ein treng bil til andre føremål.

Samstundes har eg og Venstre forståing for at det òg i andre høve er svært gode grunnar som talar for ei betre støtteordning. Deltaking i samfunnslivet handlar om meir enn arbeid og utdanning. Skal ein sjå på støtteordninga, må det likevel gjerast i ein heilskap i budsjettet, og ikkje som del av eit representantforslag. Sjølv om Venstre støttar intensjonane i framlegget, vil Venstre av den grunn stemma imot fleirtalstilrådinga frå komiteen.

Det same gjeld òg det lause forslaget som Kristeleg Folkeparti har lagt fram i salen i dag. Kristeleg Folkeparti er òg eit av dei partia som står bak budsjettet. Å behandla saker i 10-millionarsklassen – me veit eigentleg ikkje kva det kostar – stykkevis og delt utan å sjå dei i ein heilskapleg samanheng, sjølv om føremålet og intensjonen er aldri så god, trur eg eigentleg alle parti i salen er samde om at slik kan ein ikkje driva seriøs budsjettering med fellesskapets midlar. Venstre ser seg derfor nøydd til å røysta imot òg det lause forslaget, og oppmodar heller Kristeleg Folkeparti til å koma tilbake til det når me skal setja oss ned og t.d. forhandla om eit revidert nasjonalbudsjett allereie i slutten av mai eller tidleg i juni månad no i vår.

**Erlend Wiborg (FrP) [13:45:53](komiteens leder):** Forslaget vi har til behandling fra Sosialistisk Venstre-

parti, handler om en viktig sak for den enkelte, men det handler også om at vi må sikre en rettferdighet i velferdssystemet, og vi må sørge for at velferdsgodene kommer til dem som har mest behov for det.

Det er i utgangspunktet lett å ha sympati for et forslag om å hjelpe personer med nedsatt funksjonsevne med bilstøtte, selv om de ikke har inntektsgivende arbeid eller er i utdanning. For jeg tror i hvert fall de fleste i denne sal er enig i at bilen er en nødvendighet for de aller fleste, både unge, eldre, funksjonsfriske og folk med nedsatt funksjonsevne – ja, de aller fleste er avhengig av bilen i forbindelse med arbeid, utdanning eller øvrige gjøremål i hverdagen.

Utgangspunktet er at de aller fleste må betale for sin egen bil, men vi skal ha en viktig og god ordning som sørger for at de som på grunn av en funksjonsnedsettelse har ekstrautgifter, etter søknad kan få dekket dette, slik at de ikke har ekstrautgifter. Men når det gjelder de ordinære utgiftene til en bil, bør det være likhet for alle, slik at vi ikke forskjellsbehandler, og slik at vi kan bruke midlene på det som var intensjonen i ordningen. For dersom man som følge av en varig funksjonsnedsettelse har behov for en ordinær bil som ikke er dyrere enn en ordinær bil, da gjør det at hele intensjonen – og den styrkingen av bilstøtteordningen og justeringene man gjorde for å målrette den enda bedre – ikke følges opp.

På bakgrunn av det går vi da selvfølgelig imot innstillingen. Fremskrittspartiet kommer også til å forholde seg lojal til de budsjettvedtak og budsjettforlik vi har inngått, og kommer derfor også til å stemme imot Kristelig Folkepartis bebudede løse forslag, da jeg tror det er bedre å se helhetlig på spørsmål som har budsjettmessig karakter, i likhet med Venstre, i stedet for å ta det stykkevis og delt.

**Steinar Reiten (KrF) [13:48:32]:** Bilstøtteinnsatsen er en viktig ordning. Den sikrer at de som på grunn av en varig funksjonsnedsettelse ikke kan benytte offentlige transportmidler til arbeid eller utdanning utover videregående skole, kan få et engangsbeløp til å kjøpe en bil selv. Dette kalles gruppe 1-biler. Rullestolbrukere som har behov for kassebil med heis og rampe, kan ha rett til bilstønad og til å dekke transportbehov i dagliglivet. En slik bil blir bestilt av Nav, og det kalles gruppe 2-biler.

Uansett biltype er det en forutsetning for å få støtte at transportbehovet ikke kan dekkes på annen måte enn ved stønad til bil. Tilskuddet ble endret i statsbudsjettet 2015. Ordningen ble utvidet for personer som har behov for tilpasset kassebil, gruppe 2, mens tilskuddet til ordinære personbiler, gruppe 1, ble avgrenset til å gjelde personer som har behov for bil til å komme seg til og fra arbeid eller utdanning.

Kristelig Folkeparti støttet endringene som ble gjort i budsjettet 2015. Vi har imidlertid kommet til at personer som deltar i varig tilrettelagt arbeid, VTA, bør innlemmes i bilstøtteordningen for gruppe 1-biler, på linje med personer som er i lønnet arbeid, for å legge til rette for økt deltakelse i varig tilrettelagt arbeid. Kristelig Folkeparti ønsker en bedre inkludering i arbeidslivet, ikke minst ved å styrke VTA-ordningen. Vi merket oss med interesse at statsministeren i regjeringserklæringen tidligere i dag spesielt nevnte den innsatsen som den nye regjeringen vil gjøre for å få flere mennesker inn i arbeidslivet, som sliter med å komme inn. Da er det med varig tilrettelagt arbeid svært viktig.

Det ble sagt her av representanten Arild Grande at det er et nytt flertall i salen. Kristelig Folkeparti er et konstruktivt opposisjonsparti som henvender seg til begge sider i denne salen, og vi hadde håpet at regjeringen nå kunne se muligheter for å gjøre et grep med bilstøtteordningen, som nettopp sikrer at mennesker som har behov for varig tilrettelagt arbeid, får en lettere situasjon.

Jeg har lyst til å understreke at i vårt forslag foreslår vi ikke en bevilgning i 2018. Kristelig Folkeparti er bundet av vårt budsjettforlik med regjeringen. Vårt forslag lyder som følger:

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet 2019 fremme forslag om å gjeninnføre bilstøtteinnsatsen for type 1-biler for personer i varig tilrettelagt arbeid.»

Når bl.a. Terje Breivik sier at dette ikke er god planlegging, at dette må ses i budsjettsammenheng, er det nettopp det som ligger i vårt forslag. Vi ber regjeringen om å ta opp dette og fremme et forslag i forbindelse med utarbeidelsen av statsbudsjettet for 2019. Og det vil være helt i tråd med de intensjonene som regjeringen selv i dag har lagt til grunn når det gjelder å få flere inn i varig tilrettelagt arbeid.

Med det tar jeg opp vårt forslag.

**Presidenten:** Representanten Steinar Reiten har tatt opp det forslaget han refererte til.

**Statsråd Anniken Hauglie [13:52:12]:** Deltakelse i jobb, utdanning og dagligliv er sentralt i alle menneskers liv, også for dem med nedsatt funksjonsevne. Skal vi få til dette, er utvilsomt gode transportordninger helt sentralt. Gode transportordninger kan være både bilstønad, som vi diskuterer i dag, og andre stønadsformer, men det handler også om gode, tilgjengelige kollektivløsninger som er lagt opp slik – med tanke på både frekvens og fysisk tilgjengelighet – at personer med nedsatt funksjonsevne kan benytte seg av disse på samme måte som alle andre innbyggere.

I den byen vi nå er i, har nettopp dette vært målsettingen for det byrådet som jeg selv var en del av i mange år – å gjøre kollektivtransporten tilgjengelig for dem med nedsatt funksjonsevne og andre, på samme måte som for innbyggerne for øvrig.

Vi har relativt gode transportordninger i dag, der bilstønad er ett av flere mulige tiltak. For personer som har et særlig behov for en transportløsning til og fra en aktivitet, kan det ofte være en like god løsning med en annen transportordning enn egen bil, som TT-transport, grunnstønad til transport eller arbeids- og utdanningsreiser for personer i arbeid eller under utdanning.

Bilstønadsordningen har vært mye debattert de senere årene. Det har sin naturlige forklaring i at stønad til bil er et viktig tiltak for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med andre. Særlig er tilgang på tilrettelagt bil viktig for å sikre deltakelse i arbeid og ikke minst utdanning.

Kriteriene for rett til stønad til bil ble som kjent endret i 2015. Man styrket stønaden for de med de største behovene, gruppe 2, mens ordningen for dem med behov for ordinær bil i dagliglivet, gruppe 1, ble innskrenket. Dette ble gjort for å målrette stønaden bedre mot dem som trengte det mest. Flere enn tidligere av dem som hadde behov for tilrettelagt bil, kom dermed inn i gruppe 2.

Formålet med stønad etter folketryktdloven kapittel 10 er å kompensere for ekstrautgifter som personer med funksjonsnedsettelse har, sammenliknet med mennesker uten funksjonsnedsettelse. Dette gjelder for alle tiltakene. Dersom man har behov for en helt ordinær bil, har man ikke nødvendigvis en ekstrautgift sammenliknet med andre. Støtte til å kjøpe en ordinær bil anses dermed ikke som et hjelpemiddel i lovens forstand.

Vilkårene for rett til stønad til bil er strenge. En sentral del av vurderingen er hvorvidt den som søker, kan få sitt behov for transport avhjulpet på annen måte enn ved stønad til bil. Slik var det også før 2015. Det er altså ikke gjort noen innstramminger i dette fra denne regjeringens side.

Det er som nevnt flere andre løsninger som kan være aktuelle, bl.a. offentlige stønadsordninger som TT-transport, arbeids- og utdanningsreiser og grunnstønad til transport. Jeg mener det er viktig å holde fast ved at stønad til hjelpemidler – også stønad til bil – gis med begrunnelse i at det kompenserer for bestemte ekstrautgifter man har som følge av varig sykdom, skade eller lyte, slik det framgår av formålsbestemmelsen i § 10-1.

Hva som til enhver tid er stønadsberettiget, vil endre seg over tid. Jeg mener det er viktig at vi prioriterer gruppen med de største behovene, samtidig som vi understøtter muligheten til å komme seg i og stå i ordinært arbeid.

Jeg vil avslutningsvis understreke at det fortsatt gis støtte til ekstrakostnader forbundet med å måtte tilpasse bilen, dersom dette er nødvendige ekstrautgifter for å kompensere for funksjonsnedsettelse.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Arild Grande (A) [13:56:03]:** Statsråden bekrefter i sitt innlegg – og sier det veldig tydelig – at det er viktig å ha bil for å kunne delta i arbeidslivet. Det var også en av begrunnelsene for at man utvidet ordningen for disse, noe vi støttet. Det må jo enten bety at regjeringen ikke mener det er viktig å ha bil for å kunne delta i samfunnslivet – det er i så fall å ikke ta inn over seg hvilke utfordringer det byr på for mange å delta i sosiale sammenhenger og i samfunnet, særlig i Distrikts-Norge, hvor det ikke i tilsvarende grad som i byene er et tilgjengelig kollektivtilbud – eller bety at regjeringen ikke har prioritert denne gruppen.

Kan statsråden si til Stortinget om dette handler om at man ikke mener at det er et behov for denne gruppen når det gjelder deltakelse i sosiale sammenhenger, eller handler det rett og slett om at regjeringen ikke prioriterer denne gruppen?

**Statsråd Anniken Hauglie [13:57:08]:** Jeg reagerer litt på måten representanten Grande tillegger meg og regjeringen standpunkter vi ikke har. Som jeg sa i mitt innlegg, er vi opptatt av at også de med nedsatt funksjonsevne skal kunne komme seg fram, det være seg til jobb eller skole, og at de skal kunne delta i samfunnslivet på linje med andre innbyggere.

Det er en rekke ordninger som i dag skal ivareta det behovet. Vi har bilstønadsordningen, som er delt inn i gruppe 1 og gruppe 2, hvor vi gjorde en endring som målrettet den ene ordningen til dem som er i arbeid eller under utdanning, mens vi utvidet den andre ordningen, slik at flere av dem som har behov for mer tilpassede biler, kom inn.

Det er også andre ordninger som er viktige for å kunne delta i dagliglivet. Vi har TT-ordningen, som noen steder er fylkeskommunal og andre steder nasjonal. I plattformen står det at vi skal gjennomgå den nasjonale TT-ordningen for å se om vi kan gjøre forbedringer.

Det er grunnstønad til transport, det er stønad til arbeids- og utdanningsreiser, og det er annet. Det er også viktig at fylkeskommunene og kommunene sørger for at kollektivtransporten er tilgjengelig for alle innbyggerne, også de med nedsatt funksjonsevne.

**Arild Grande (A) [13:58:14]:** Jeg hører mange fine ord fra regjeringen når det gjelder ønsket om inkludering, men i realiteten ser vi ikke noe særlig av den viljen. Denne endringen har medført store ekstrakostnader

for dem som er rammet av den. Det tar dessverre ikke regjeringen inn over seg, og jeg håper at Stortinget i dag i alle fall kan ta et første skritt i riktig retning.

Jeg vil utfordre statsråden på hvorvidt statsråden ønsker å se nærmere på denne ordningen. Nå har man fått bekreftet fra mange hold at dette rammer svært hardt. Nå tar Stortinget de første grepene, hvis forslaget fra Kristelig Folkeparti blir vedtatt, men vi ønsker å gå videre, noe som også flertallet i komiteen peker på i innstillingen.

Har statsråden til hensikt å fremme forslag som vil forbedre støtteordningene for dem vi her snakker om?

**Statsråd Anniken Hauglie [13:59:09]:** Som jeg sa i mitt forrige svar, har regjeringen i sin plattform sagt at vi skal se på bl.a. TT-ordningen, så det skal vi uansett gå igjennom. Det ligger også an til at Stortinget skal fatte vedtak i dag som vi selvfølgelig også skal komme tilbake til Stortinget med.

Regjeringen har vært opptatt av en rekke tiltak for å inkludere flere funksjonshemmede, bl.a. i arbeidslivet. Vi har bl.a. bedret ordningen med funksjonsassistanse i arbeidslivet. Vi har bedret tilretteleggingsgarantien for funksjonshemmede i arbeidslivet. Vi har etablert en ordning med servicehunder for å gjøre funksjonshemmede mer selvhjulpne i dagliglivet. Vi har også gått igjennom hjelpemiddelpolitikken, et område som vi skal diskutere senere i dag.

Så vi er opptatt av å gjøre samfunnet mer tilgjengelig for funksjonshemmede.

Det er også en rekke ulike ordninger som handler om transport, som vi selvfølgelig skal se på, som vi sier i vår regjeringserklæring.

**Arild Grande (A) [14:00:01]:** Jeg hører ingenting om hva statsråden har tenkt å gjøre overfor dem som opplevde kuttet i 2015. Det er en rekke andre forhold som man peker på, som man skal se nærmere på, hvor man ikke gir noe tydelig signal, men som man skal vurdere. Det samme opplevde Stortinget da vi diskuterte pleiepengeordningen, hvor regjeringen brukte retorikken at for at noen skal få et bedre tilbud, må de som står svakest, være med og finansiere det. Regjeringen er ikke villig til å ta det ansvaret, og det var først da Stortinget tvang det igjennom, at regjeringen måtte vurdere det på nytt. Akter regjeringen å fremme noen forslag som vil rette opp de usosiale kuttene som skjedde i forbindelse med gruppe 1-bilene, eller må denne gruppen regne med at det ikke skjer noen endring før eventuelt et nytt stortingsflertall får det på plass?

**Statsråd Anniken Hauglie [14:00:49]:** Jeg må si at jeg reagerer ganske sterkt. For å ta pleiepengeordningen: Vi utvider ordningen for anslagsvis 9 000 barn, med en

halv milliard kroner. Representanten Grande er forvalter av en gammel ordning som ekskluderte svært mange syke i familier, og det er ingen tvil om at denne regjeringen har gjort vesentlige, store og viktige forbedringer i den ordningen. Vi kommer fortsatt til å sikre bedre velferdsordninger til dem som trenger det. Noen ganger innebærer det også at man må gjøre endringer i velferdsordningene for å målrette dem enda bedre til dem som har de største behovene. Da man la inn ordningen for bilstønad i 2015, var det nettopp fordi man ønsket å ivareta dem som har de største behovene, enda bedre enn det som lå i den gamle ordningen som den forrige regjeringen administrerte. Jeg er åpen for, interessert i og skal selvfølgelig jobbe med kontinuerlige forbedringer i regelverk, også bilstøtteordningen, men hvilke endringer man eventuelt skal gjøre, er i tillegg et budsjettsspørsmål. Det må vi i så fall komme tilbake til. Jeg skal følge opp konkret det som blir vedtatt her i dag, men regjeringen vil selvfølgelig også forbedre andre ordninger, slik vi sier i vår plattform.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:02:03]:** Jeg er glad for det statsråden nå sier om TT-ordningen. Det vil bety at regjeringa vil være positiv til å utvikle den videre, slik at en kan få en nasjonal ordning, og ikke noe vil være bedre enn det for dem det gjelder. Men det er jo ikke de gruppene vi snakker om nå. Vi snakker om grupper som har evne til og mulighet for å ha sin egen bil. Statsråden sier at en må se på kollektivløsninger. Ja, på samme måte som funksjonshemmede velger hva som er den mest hensiktsmessige løsning, gjør også funksjonsfriske det. Det er de funksjonshemmede som er avhengige av egen bil, vi snakker om. Statsråden sier at en fra regjeringas side ønsker å målrette stønaden bedre. Det førte til at vilkårene ble dårligere for dem som var i gruppe 1. Var det noen andre argument for å målrette det enn å spare penger?

**Statsråd Anniken Hauglie [14:03:01]:** Hensikten var å gjøre ordningen bedre og ivareta dem som skulle i arbeid og utdanning, arbeid og aktivitet. Så ønsket en også å innlemme flere i gruppe 2-ordningen. Som jeg sa i svaret til forrige representant, er det i dag en rekke ulike ordninger som skal ivareta transportbehovet til dem med nedsatt funksjonsevne. Bilstøtte er ett virkemiddel, hvor man kan gi støtte til dem som trenger det, og hvor man kompenserer for merutgiftene en funksjonshemmet har, sammenliknet med en som ikke er funksjonshemmet, men det er også en rekke andre ordninger som skal ivareta transportbehovet til dem med nedsatt funksjonsevne. Vi skal se på den nasjonale TT-ordningen. Det sier vi klart i plattformen, og det ligger under et annet departement. Vi er opptatt av at vi skal ha gode transportmidler for funksjonshemmede, og så

kan det være ulike behov funksjonshemmede imellom, og det kan være ulikt hva man skal dekke fra statens side av de utgiftene.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:04:07]:** Det var et bredt flertall som gikk inn for å gjøre det bedre for gruppe 2-bilene. Det er vi enige om. Det som statsråden nå gir inntrykk av, er at en kan spare penger på gruppe 1-bilene, og at de menneskene som tidligere kom inn under gruppe 1-bilene, kan få en bedre ordning under TT-ordningen. Jeg stiller meg meget tvilende til at vi her snakker om samme gruppa, og etter min erfaring er TT-ordningen, dersom det gir en rimelig frihet, en dyr ordning, og det vil bestandig være en kvalitativt dårligere ordning fordi en må bestille i hvert enkelt tilfelle. Mitt kjernesporsmål er: Var det egentlig det økonomiske som lå bak at regjeringa gikk inn for endringen i 2015, hvor en ville kunne spare 50 mill. kr? Er det det som er kjernen, for å si det direkte?

**Statsråd Anniken Hauglie [14:05:03]:** Nå er dette en ordning som for så vidt ble gjennomført lenge før min tid. Det er riktig, som representanten sier, at man sparte 50 mill. kr på det, men det man er opptatt av i forbindelse med denne ordningen og alle andre ordninger, er at man skal klare å målrette ordningene bedre. Fra tid til annen må man endre ordningene ut fra at tidene endrer seg. Hjelpemiddelområdet er et område som har vært gjennom store endringer.

Vi har vært opptatt av å ivareta dem som skal på arbeid og utdanning, enda bedre. Flere av ordningene er tilpasset det. Bilstøtteordningen er en ting. Tilskudd til arbeids- og utdanningsreiser er noe annet. Så er det viktige ordninger i fylkeskommunene, f.eks. TT-ordningen, som skal ivareta de mer dagligdagse behovene. I den kommunen som vi er i nå, som jeg selv har vært med på å styre, har vi en svært god TT-ordning. Der kan man få TT-støtte til transport til VTA-arbeid. Fylkeskommunen står fritt til å forbedre sine ordninger, men vi skal se på den statlige nå.

**Presidenten:** Replikordskiftet er omme.

**Steinar Reiten (KrF) [14:06:21]:** Det ligger an til at det løse forslaget som Kristelig Folkeparti har fremmet i saken, vil få flertall i dag. Vi er selvsagt glad for å få den støtten.

Representanten Solfrid Lerbrekk sier hun er skuffet over at Kristelig Folkeparti ikke leverer på et varmere samfunn. Det vet representanten Lerbrekk selv ikke stemmer. Så sent som i høst sto nettopp SV og Kristelig Folkeparti sammen om å finne gode løsninger på spørsmål rundt pleiepenger, dagpenger og lærernorm i sko-

len – alle gode tiltak som nettopp vil sikre et varmere samfunn.

Vi i Kristelig Folkeparti har et reelt håp om at vi i denne saken med vårt forslag faktisk kan få et enstemmig storting. Vårt forslag er ment slik. Vi registrerer at regjeringen nå legger inn det å få flere mennesker i arbeid som et satsingsområde. Vi utfordrer ikke regjeringen med hensyn til budsjettforliket, vi peker på muligheter til å kunne legge dette inn i statsbudsjettet for 2019.

Vi mener det ville være en fin gest den dagen regjeringen legger fram sin tiltredelseserklæring, å kunne være med og stemme for dette, slik at det er et samlet storting som sørger for at mennesker i varig tilrettelagt arbeid som har behov for bil, igjen kan få mulighet til å få støtte. Det vil være helt i tråd med de signalene som regjeringen selv og saksordføreren har sendt i dag.

**Margret Hagerup (H) [14:08:19]:** Bilstøtteordningen er et tema som engasjerer, for det er ikke tvil om at stønad til bil er et viktig tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne, for at de skal kunne delta i samfunnet på lik linje med alle andre. Samtidig må en prioritere og være tydelig på hva som skal kompenseres, og for hvem. Høyre mener at det er viktig å holde fast ved at stønad til hjelpemidler, herunder stønad til bil, gis med begrunnelse i at det kompenserer for bestemte ekstrautgifter man har som følge av varig sykdom, skade eller lyte, slik det også framgår av formålsbestemmelsen i § 10-1. Det er viktig at vi prioriterer gruppen med de største behovene, samtidig som vi også understøtter muligheten til å komme seg i og stå i ordinært arbeid.

Dagens regelverk understøtter denne ordningen. Hensikten med endringene som ble gjort, var å sikre en mer målrettet bilstøtteordning, og ordningen er ment å skulle dekke ekstrautgifter man har som følge av funksjonsnedsettelse. Derfor gis det i dag ikke støtte til dem som trenger ordinær personbil uten tilpasninger. Det mener vi fremdeles ikke er statens oppgave. I motsetning til SV mener Høyre at staten ikke kan være alt for alle, men den skal være mye for dem som trenger det mest. Da må vi også være tydelige og videre tørre å prioritere. Det handler om bærekraftig velferd. Det handler om framtiden.

Komiteens mindretall mener derfor at det er fornuftig å målrette ordninger, sånn at de virker etter intensjonen, og vi vil derfor ikke støtte reverseringen av endringen som ble gjort i 2015. Høyre vil heller ikke støtte Kristelig Folkepartis løse forslag i saken.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 7.

Sak nr. 8 [14:10:14]

*Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sigrid Simensen Ilsøy, Heidi Greni, Nils T. Bjørke og Åslaug Sem-Jacobsen om forbedringer av hjelpemiddelformidlingen (Innst. 101 S (2017–2018), jf. Dokument 8:57 S (2017–2018))*

**Presidenten:** Etter ønske fra arbeids- og sosialkomiteen 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.

**Solfrid Lerbrekk (SV) [14:11:20]** (ordfører for saka): Tidlegare utgreingar har vist tydeleg at det er behov for forbetringar og moglegheiter for forbetringar av hjelpemiddelformidlingsordninga. Fleirtalet i komiteen meiner derimot at å overføre dette ansvaret til kommunane ikkje vil vera rette vegen å gå, men vil heller sjå mot vidare digitaliseringsforenklingar av ordninga. Forslaga frå Senterpartiets stortingsrepresentantar i saka står fleirtalet i komiteen difor bak, og vil støtta dei forslaga som ligg føre.

**Margret Hagerup (H) [14:12:37]:** Retten til liv, frihet og utfoldelse har alltid stått sentralt hos Høyre. Denne retten har ingen verdi om den ikke omfatter alle. Hjelpemidler og tilrettelegging er sentrale tiltak for å sikre alle nordmenn selvstendige liv, likestilling, likebehandling og deltakelse i samfunnet. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i brukerens behov, i tillegg til å yte tjenesten så effektivt og ressursøkonomisk som mulig. Å investere i nødvendige hjelpemidler er et gode både for den enkelte og for samfunnet for øvrig.

I forbindelse med statsbudsjettet signaliserte regjeringen at de ville se på hvordan en kunne sikre gode, helhetlige tjenester nærmere brukerne i framtiden. Vi vet allerede nå at bruken av hjelpemidler vil øke, både fordi behovet for såkalte enkle, høyfrekvente hjelpemidler øker i takt med antall eldre i befolkningen, og fordi behovet for mer avanserte hjelpemidler også vil øke. Derfor har regjeringen ment at kommunene må settes i stand til å ivareta førstelinjebehovet til befolkningen, slik at de med relativt enkle behov får det de trenger, så raskt som mulig, og at ikke alle brukere av hjelpemidler havner i samme kø og dermed får dårligere tjenester til-

bake. I tillegg er det smart å se hjelpemidler i sammenheng med andre behov for tjenester som kommunene er ansvarlige for. Dette ville gitt en mer robust og framtidsrettet håndtering av enkle og høyfrekvente hjelpemidler, i tråd med anbefalingene fra Hervik-utvalget, som evaluerte nettopp dette i rapporten sin, som heter: «En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring».

Høyre mener vi må bygge tjenester nærmest mulig brukerne, og ønsker å ruste opp kommunene for å gjøre denne jobben. Vi registrerer at Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV er uenig i dette, og sikrer flertall for forslaget om at regjeringen skal «skrinlegge planene om å overføre ansvaret for hjelpemidler fra stat til kommune».

Det mener vi er å gjøre både brukerne av enkle, høyfrekvente hjelpemidler og de som trenger avanserte hjelpemidler, en bjørnetjeneste. I tillegg er det et uttrykk for mistillit til lokaldemokratiet og kommunenes evne til å løse oppgaver for sine innbyggere – dette fra partier som ellers er imot kommunesammenslåinger og mener at jo mindre dess bedre, men som altså da ikke har tillit til kvaliteten i tjenestene. Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV har altså ikke tillit til at en kommune kan levere ut dusjkrakker eller rullatorer til dem som trenger det.

I dag vil et flertall i Stortinget legge ytterligere begrensninger på oppfølgingen av Hervik-utvalgets rapport. Dette skjer før departementet, som har jobbet med oppfølgingen av rapporten i ett år, legger fram sine forslag. Dette skjer uten høring av eller en åpen dialog med interesseorganisasjonene.

Kommunene, de som faktisk sitter nærmest på brukerne, er med Stortingets flertall allerede utelukket som en del av en mer effektiv og framtidsrettet hjelpemiddelformidling. Departementet har selvsagt fulgt opp vedtaket om å skrinlegge planene. Det er synd, for det kan tenkes at de som har ansvar for hjemmetjeneste og oppfølging, kanskje kunne sett behovet for hjelpemidlene i sammenheng og dermed bygd tjenesten rundt brukernes faktiske behov. Med Høyre og Fremskrittspartiet i regjering har kommunene hatt en sterkere realvekst i sine frie inntekter, nettopp for å kunne styrke sitt tilbud til innbyggerne.

Når det gjelder å forenkle administrative rutiner, gjennomgå sortimentet i ordningen og utvikle bedre IKT-løsninger, er dette en del av det kontinuerlige arbeidet som regjeringen jobber med, uten detaljerte føringer fra Stortinget. Arbeids- og velferdsdirektoratet ser allerede på forbedringer som berører punktene 2–5 i forslaget, men ønsker å utvikle gode løsninger i dialog med brukernes organisasjon. Politisk detaljstyring oversty-



rer denne dialogen og muligheten for å finne bedre løsninger.

Arbeids- og sosialkomiteen har i dette forslaget også behandlet punktet om et styrket ergoterapimiljø i kommunene, noe som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet. Dette miljøet er allerede vedtatt styrket og tilført midler i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering for 2017–2019. I tillegg blir ergoterapitjenesten en lovpålagt oppgave for kommunene fra 2020.

Høyre er utålmodige på brukernes vegne for å få til en mer effektiv og framtidsrettet hjelpemiddelformidling. Dette sikrer deltakelse, selvhjulpenhet og mestring. Derfor er det synd at Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV i dag velger å forbigå det grundige arbeidet som har vært gjort – gjennom detaljstyring som begrenser mulighetene til å finne de gode løsningene i en åpen dialog med brukerorganisasjonene. Det som kan se ut som gode forslag på bordet, er ikke nødvendigvis den beste løsningen i praksis. Høyre stemmer følgelig imot forslagene.

**Erlend Wiborg (FrP) [14:17:47]** (komiteens leder): Det regjeringsoppnevnte ekspertutvalget ledet av professor Hervik fikk i oppdrag å vurdere behov for endringer i hjelpemiddelpolitikken fremover. Rapporten «En mer effektiv og framtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring» ble lagt frem i februar 2017. I rapporten kommer det frem forslag til enkelte justeringer i ansvarsforholdet mellom stat og kommune, men at hovedmodellen bør ligge fast. Det er videre foreslått ulike tiltak for å effektivisere dagens formidling gjennom bl.a. å styrke kommunenes kompetanse og kapasitet på dette området.

La meg understreke at det for oss alle er viktig at hjelpemiddelordningen fungerer godt og etter hensikten. Det er et mål å sikre at den bidrar til at den funksjonshemmede kan være aktiv og delta i både utdanning og arbeid. At vi ønsker en justering av ansvarsfordelingen ved å gi kommunene et noe større ansvar, handler nettopp om det, brukernes beste, i tråd med en av utvalgets anbefalinger.

Det er liten tvil om at det også er brukernes beste som her er intensjonen til forslagsstillerne. Likevel vil jeg mene at det er uheldig, etter først å ha fått en rapport lagt på bordet, å komme med enkeltforslag som låser ordningen uten å se nærmere på og vurdere de ulike forslag og betraktninger utvalget har kommet med. Hjelpemiddelsystemet er i dag et system der ansvaret er delt mellom flere. Kommunene er førstelinje og bidrar bl.a. til å avdekke og utrede behov og utprøve hjelpemidler. Kommunene har videre et ansvar for å tildele og finansiere hjelpemidler ved kortvarige behov. I tillegg er det fle-

re andre aktører med et ansvar for å tildele hjelpemidler, som både skoler og arbeidsgivere. Det er dermed ikke slik at man snur opp ned på et sammensatt system der som kommunene gis et større ansvar for tildeling av hjelpemidler enn de har i dag.

Det er også grunn til å minne om at det også tidligere har vært gitt anbefalinger i den retning. I 2010 ble det gjort en tilsvarende gjennomgang av hjelpemiddelpolitikken, da i NOU 2010: 5. Også der foreslo utvalget at kommunene bør få et økt ansvar, men at hovedmodellen bør ligge fast.

I statsbudsjettet ble det tydeliggjort at regjeringen nå skal utrede forslag til hvilke tiltak som er aktuelle, og hvordan rettighetene kan sikres om kommunalt ansvar utvides. Det er ikke slik at brukerne mister en rettighet, eller at en omlegging vil innebære en storstilt endring av dagens modell, om en legger ekspertutvalgets forslag til grunn. Det er per nå ikke tatt stilling til hvilke tiltak som er aktuelle. Det skal først utredes, og det mener jeg Stortinget bør vente på før noe vedtas, for å sikre en helhetlig løsning.

Det er flere av forslagene som kan være aktuelle å se nærmere på. Dog er det noe prematurt, som jeg har gitt uttrykk for – ikke fordi de nødvendigvis er uaktuelle. Men i og med statsrådets brev til komiteen, der hun også bekrefter at flere av forslagene kan være aktuelle å se nærmere på, vil jeg håpe at salen kan gi nødvendig tid til å få avklart hva som gir det beste resultatet, før det vedtas.

På bakgrunn av det kommer også Fremskrittspartiet til å stemme imot innstillingen.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:21:49]**: Da Senterpartiet fremmet dette forslaget, var det nettopp, som flere har vært inne på, for å sette brukerens beste i sentrum. Det å ha godt tilpassede hjelpemidler, ha et utstyr som kan være til stor hjelp i hverdagen, gir frihet for folk, og det er små ting som kan gi stor frihet til en rimelig kostnad. For Senterpartiet er det viktig at disse hjelpemidlene hentes fra statlig finansierte hjelpemiddelsentraler. De må sjølsagt operere i nær dialog med helsetjenesten i kommunene, altså i et nært samspill.

Som flere har vært inne på, har det vært et regjeringsoppnevnt utvalg i gang, det såkalte Hervik-utvalget, og det som kom fram der, var at det var ulike tilbud ut ifra bosted. Fra Senterpartiets side er vi opptatt av at vi skal ha et likeverdig tilbud over hele landet, og da må vi ha et samspill mellom stat og kommune, sånn at vi sikrer både likeverdigheten og samtidig den nødvendige fleksibiliteten som forslagene går ut på.

Vi går altså inn for å forbedre dagens system med fortsatt statlig finansiering, og referansen er da Hervik-utvalget. Vi foreslår at en skal ha et helhetlig og likever-

dig tilbud framover med rettigheter og finansiering for alle hjelpemidler i Folketrygden og en utlånsordning sånn som i dag. Vi må forbedre bestillingsordningene, vi må få flere lagre av hjelpemidler, og vi må bedre IKT-løsningene, for det er mange typer og mange modeller av ulike hjelpemidler her, og da er det viktig å ha oversikt over hva som passer for den enkelte. Vi må videreutvikle ordningen med brukerpass, og vi er nødt til å ha den nødvendige fagkompetansen i førstelinja. Det kan være ergoterapeuter, men sjølsagt også sjukepleiere, og de andre fagfolkene vil kunne gjøre en god jobb når det gjelder de mange mindre kompliserte hjelpemidler som vi her snakker om.

Jeg vil også legge vekt på det som vi har med i VII i innstillinga, hvor vi ber om at regjeringa legger føringer for Arbeids- og sosialdepartementets varslede evaluering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, slik at en særlig vektlegger kvalitet og nytte for brukere og samfunnet og forutsetter en fortsatt forankring i Folketrygden når det gjelder rettigheter og finansiering.

Helt til slutt: Når en går inn i denne saken, vil en erfare at det er veldig mye forskjellig utstyr som blir brukt, og mange modeller og mange typer endres ganske raskt. Jeg vil si at det er vesentlig at de som arbeider med dette temaet, legger vekt på en holdning hvor en i større grad bruker utstyret noe lenger. Jeg er kjent med at det er betydelige mengder av utstyr som i dag blir brukt i liten grad og dermed blir sjaltet ut, noe som innebærer en kostnad for det offentlige. Her må vi sikre oss at både holdninger og regelverk er sånn at vi kan bruke utstyret noe lenger, og ikke sløse med utstyret.

Jeg håper da bare til slutt at den innstillinga fra flertallet i komiteen får støtte fra Kristelig Folkeparti i salen i dag, slik at dette kan bli realitet.

**Steinar Reiten (KrF) [14:25:36]:** Kristelig Folkeparti ønsker et samfunn med plass til alle, der alle i størst mulig grad kan leve frie og selvstendige liv. Kristelig Folkeparti mener at menneskeverd betyr at alle mennesker har ukrenkelig verdi, og at samfunnet blir fattigere hvis det ikke blir gitt rom for mangfold. Politikken som blir ført, skal sette mennesket i sentrum.

Kristelig Folkeparti arbeider for samfunnsmessig likestilling av alle mennesker, uavhengig av utgangspunkt. Nedsatt funksjonsevne skal ikke være noe hinder for å lykkes i det norske samfunnet, og Kristelig Folkeparti mener at mennesker med ulik grad av funksjonsevne er en ressurs og tilfører samfunnet verdi. Vi har alle et ansvar for å redusere menneskeskapte barrierer som stenger mennesker ute fra aktiv deltakelse.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ikke noen ensartet gruppe. Likevel viser undersøkelser at de har dårligere levekår enn gjennomsnittet i befolkningen.

Mange opplever dessuten at tildeling av ytelser og tjenester varierer mye fra kommune til kommune, noe som i enkelte tilfeller kan medføre uønsket flytting.

Kristelig Folkeparti er opptatt av at Norge skal ha en god politikk for personer med funksjonsnedsettelse. Derfor sikret vi flertall for å skrinlegge planene om å overføre ansvaret for hjelpemidler fra stat til kommune i Stortinget den 15. desember i fjor. Vi er også opptatt av de problemstillingene som blir reist i representantforslaget som vi behandler i dag. Vi er, i likhet med forslagsstillerne, av den oppfatning at det er viktig med forenkling for brukerne, bedre IKT-løsninger, mer brukermedvirkning, god informasjon, flere ergoterapeuter i kommunene, styrking av de kommunale syns- og hørselskontaktene og en fortsatt forankring i Folketrygden når det gjelder rettigheter og finansiering av høreapparat og ortopediske hjelpemiddel.

At kommunene kan løse oppgavene, er det nok ingen tvil om, men kommuner har veldig ulike økonomiske forutsetninger. De funksjonshemmedes organisasjoner har vært veldig opptatt av dette og frykter at ved å overføre hjelpemiddelordningen til kommunene også når det gjelder finansiering, så vil en ikke lenger ha den likeverdigheten og den likebehandlingen som representanten Lundteigen også var opptatt av. Derfor vil Kristelig Folkeparti i dag stemme for alle forslagene som blir fremmet i innstillingen.

**Arild Grande (A) [14:28:34]:** Komiteen skriver i en felles merknad i denne saken:

«(...) hjelpemidler er nødvendig for å sikre at folk skal kunne leve et mest mulig, eller helt, selvstendig liv.»

Vi viser til hva regjeringen Solberg selv skriver:

«Det norske hjelpemiddelsystemet er vurdert å være verdensledende.»

Til tross for det finner altså regjeringspartiene grunn til å svekke en ordning som mange er svært fornøyd med, som skaper lik tilgang til tjenester over hele landet, og som gir god forutsigbarhet. Det er for meg uforståelig. Derfor er jeg glad for at stortingsflertallet satte foten ned, så at dette kan vi ikke akseptere, og ba regjeringen om å reversere den varslede endringen, som skapte stor utrygghet blant dem som var berørt av det.

Det er ikke riktig det som ble sagt fra Høyres representant tidligere i debatten, at forslaget ville medført en mer robust og helhetlig ordning. Samtlige brukerorganisasjoner advarte og var skeptisk da det skaper fare for både større forskjeller og mer uforutsigbarhet. Derfor var det nødvendig at Stortinget tok det grepet.

Men det betyr ikke at vi er fornøyd. Vi må videre, for det er fortsatt store ting som bør gjøres for å forbedre hjelpemiddelordningen. Der fremmer opposisjonen en rekke forslag i denne innstillingen. Jeg må si jeg er veldig

tilfreds med at Kristelig Folkeparti nå varsler at de gir støtte til disse forslagene, og dermed sikrer flertall for dem. På samme måte som Stortinget stanset regjeringens planer om å sette denne ordningen i spill, sørger nå stortingsflertallet for at man tar nye steg for å utvikle ordningen videre.

Det må være pinlig for statsministeren, etter at hun har stått her og snakket varmt for et inkluderende samfunn, at høyresidens representanter, noen timer etterpå, går og stemmer imot en rekke forslag som nettopp ville bidratt til et mer inkluderende samfunn. Det viser at det er langt mellom det man sier i regjeringserklæringen, og det man faktisk gjør i reell politisk handling.

Grunnen til at vi fremmer disse forslagene, er rett og slett ren utålmodighet på vegne av brukerne, på vegne av dem som er berørt av dette. Som høyresidens representanter selv påpeker, har regjeringen sittet og utredet dette i over et år. Man har hatt en rekke muligheter til å forbedre ordningen, til å styrke den der man har sett at det har vært svakheter. Nå får man en invitasjon også fra opposisjonspartiene til å bidra i det arbeidet. Det gjør ikke regjeringen, og derfor må Stortinget ta det ansvaret. Tvert imot går regjeringen egentlig i gal retning. Den skaper utrygghet rundt ordningen – det har Stortinget stoppet – men den har samtidig fjernet f.eks. målet om at Norge skal være et universelt utformet samfunn innen 2025, noe som jo vil medføre økt behov for hjelpemidler. Jo mindre universelt utformet samfunnet er, jo mer behov vil det selvfølgelig være for hjelpemidler.

Jeg er glad for at Stortinget nå viser at man tar ansvar der regjeringen svikter sitt ansvar, at man viser handlekraft der regjeringen bare sitter og utreder, og at man på nytt, som i forrige sak, tar et viktig steg i riktig retning for faktisk å bidra til et mer inkluderende samfunn.

**Statsråd Anniken Hauglie [14:32:36]:** Det høres nesten ut som om det var representanten Grande og opposisjonen som satte ned ekspertutvalget for å forbedre hjelpemiddelordningen, men det var det altså ikke, det var denne regjeringen som gjorde det – bare for å minne om akkurat det.

Hjelpemiddelsystemet i Norge er av flere, bl.a. WHO, vurdert å være verdensledende. Det skal vi også hegne om. Grunnmodellen i det norske systemet skal ligge fast. Dette opplever jeg at det er bred enighet om. Men vi trenger en sterk og kompetent førstelinje i kommunene og et høykompetent ressurs- og kompetansesenter i landets hjelpemiddelsentraler. Systemet er imidlertid under press når vi ser framskrivningene av antallet eldre, og dermed antallet personer med behov for både tjenester og hjelpemidler i tiden som kommer. Det ligger an til en dobling av antallet saker på dette området de neste 25–30 årene, og det gir oss en mengdeproblematikk som

må løses. Det er store svakheter i dagens system. Det er ikke slik at dagens system er bra.

Det er også grunnen til at regjeringen ønsker å endre det, og det var bakgrunnen for at regjeringen satte ned ekspertutvalget, som nettopp gjennomgikk hjelpemiddelområdet. Utvalget foreslo en rekke ulike tiltak, hvorav forslag om å utrede nærmere en begrenset ansvars-overføring fra stat til kommune – der formålet var å undersøke om dette samlet sett ville gi bedre tjenestetilbud for brukerne, samtidig som det var en forutsetning at brukernes rettigheter skulle ivaretas på en god måte. Men Stortinget fattet 15. desember i fjor et anmodningsvedtak der regjeringen ble bedt om å skrinlegge planene om å foreta en slik utredning av en eventuell overføring av ansvaret fra stat til kommune. Jeg må si jeg er litt spørrende til at Stortinget ikke engang var villig til å utrede dette før man konkluderte, men jeg registrerer Stortingets vedtak.

Hva gjelder de øvrige forslagene til vedtak, er Arbeids- og velferdsdirektoratet allerede i gang med å vurdere forbedringer i dagens system, bl.a. på IKT-området. Jeg viser for øvrig også til punktet i regjeringsplattformen om at regjeringen vil jobbe for å forbedre tilgangen til hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne.

Forslagsstillerne har flere konkrete forslag til endringer i dagens system. Blant annet ønsker man en revitalisering av brukerpasordningen, å utvide bestillingsordningen og å øke bruken av lokale lagre. Ideen bak brukerpasordningen og bestillingsordningen er god. Jeg har også vært i kontakt med Arbeids- og velferdsdirektoratet om disse forslagene. Det jobbes nå med teknologiske løsninger som gjør at disse ordningene man nå ønsker mer brukt, vil være mindre aktuelle eller overflødige – i hvert fall i dagens form. Blant annet ser man nå på muligheten for økt bruk av selvbetjeningsløsninger og en bedre elektronisk samhandling med kommunene. Jeg stiller meg derfor litt undrende til at Stortinget skal fatte vedtak som er så detaljerte at de i prinsippet begrenser handlingsrommet for å finne gode løsninger.

Økt bruk av lokale lagre bør direktoratet vurdere nærmere i samarbeid med landets kommuner. Det er ikke entydig positivt med denne typen løsninger i alle kommuner. Løsningene man nå jobber med, skal også diskuteres med brukernes organisasjoner. Jeg mener at ansvaret for å utvikle disse systemene bør foregå i dialogen mellom Arbeids- og velferdsetaten, kommunene, brukernes organisasjoner og leverandørene. Det er etter min vurdering ikke hensiktsmessig at Stortinget går så langt i å pålegge etaten å benytte løsninger som vurderes som mindre gode enn andre. Det er viktig at vi gir Arbeids- og velferdsetaten nødvendig handlingsrom og tillit til å gjøre forbedringer i dagens system, slik det også

framgår av Nav-meldingen som Stortinget sluttet seg til tidligere.

Jeg henstiller derfor til Stortinget å avvente direktoratets vurderinger når det gjelder disse detaljerte forslagene, og jeg vil komme tilbake til Stortinget med en redegjørelse for dette arbeidet på et senere tidspunkt.

Jeg er enig i at vi i evalueringen av dagens system med høreapparater og ortopediske hjelpemidler særlig må vektlegge kvalitet og nytte for brukerne og for samfunnet. Det er helt naturlig at denne evalueringen tar utgangspunkt i dagens ansvarsdeling, men jeg mener samtidig at den som får oppdraget, også må ha mulighet til å vurdere andre modeller. Jeg vil komme tilbake til Stortinget etter at denne foreligger.

**Presidenten:** Det åpnes for replikkordskifte.

**Arild Grande (A) [14:37:21]:** Det er ikke så lett å bli klok på signalene som sendes fra regjeringspartiene i denne saken. På den ene siden får vi høre at en del av forslagene som nå fremmes, er man allerede i gang med, og sånn sett er det helt overflødig. Samtidig sier man at det er unødvendig av opposisjonen å fremme disse forslagene, fordi man burde ventet på en helhetlig gjennomgang. Jeg vil tro at statsråden er enig i at hvis man faktisk vil gjøre noe, har man mulighet til å gjøre det samtidig som man jobber parallelt med utvikling av hele ordningen. Det er det Stortinget nå har slått fast – eller kommer til å gjøre senere i dag når vi får flertall for de forslagene som foreligger.

Da er vi opptatt av oppfølgingen. Her varsler statsråden at man vil se nærmere på en utredning før man eventuelt kommer tilbake til Stortinget med en redegjørelse. Går statsråden umiddelbart i gang med å jobbe med de forslagene som Stortinget vedtar senere i dag, eller vil statsråden sitte og vente på denne gjennomgangen før man i så fall i etterkant fremmer forslag?

**Statsråd Anniken Hauglie [14:38:28]:** Vi er allerede i gang med å følge opp ekspertutvalgets rapport, men så registrerer jeg at Stortinget går ganske detaljert til verks på en del av forslagene. Vi må selvfølgelig forholde oss til det Stortinget vedtar. Når dette skal utredes, skulle jeg ideelt ønske at man også kanskje kunne ha frihet til å se på andre løsninger enn det Stortinget vedtar. Men vi må selvfølgelig forholde oss til det Stortinget vedtar.

Regjeringen satte ned dette ekspertutvalget fordi man så store svakheter med dagens system. Det var stort behov for å forbedre dagens system for brukerne og for samfunnet som helhet. Noe av det vi ønsket, var nettopp å gjøre en vurdering av om kommunene i større grad kunne overta ansvaret for noen av de mer vanlige og hyppig brukte hjelpemidlene. Det har Stortinget satt foten ned for. Men vi skal selvfølgelig følge opp Stortingets

vedtak. Vår intensjon med ekspertutvalget har nettopp vært å bedre ordningen for brukerne.

**Arild Grande (A) [14:39:21]:** Jeg hører hva statsråden sier. Stortinget har vært utålmodig når det gjelder oppfølging fra dette ekspertutvalget, men regjeringen har latt det ligge i marinaden et år uten nesten å ha foretatt seg noen ting, annet enn å sette ordningen i spill gjennom å skape usikkerhet ved det vi tidligere har berørt i denne debatten.

Jeg vil gjerne være helt inviterende til statsråden: Hvis man ønsker å sondere med Stortinget muligheten for å forsterke og forbedre ordningen ytterligere enn det som i dag vil bli vedtatt, er selvfølgelig statsråden velkommen til å presentere forslaget for Stortinget når som helst. Det er ikke til hinder for umiddelbart å igangsette arbeidet med det Stortinget vedtar. Jeg vil bare forsikre meg om at statsråden, uavhengig av de andre prosessene, umiddelbart setter i gang med å gjennomføre det Stortinget vedtar i denne saken.

**Statsråd Anniken Hauglie [14:40:16]:** Det er ikke sånn at regjeringen sitter på baken og venter på at Stortinget skulle vedta dette i dag. Vi har allerede startet med mye av utredningsarbeidet – det som også ekspertutvalget kom med, bl.a. å bedre IKT-ordninger og annet for brukerne. Vi er allerede godt i gang med det. I budsjettet, som ble lagt fram i september, hadde vi lagt inn at vi også ønsket å se på kommunenes ansvar for hjelpemidler. Det var det Stortinget som satte foten ned for. Jeg opplever ikke at det er regjeringen som har vært en bremsekloss i dette arbeidet. Kanskje tvert om har Stortinget lagt en del føringer som jeg skulle ønsket at Stortinget ikke hadde gjort, men som jeg registrerer og tar til etterretning at man har gjort. Vi skal komme med forslag fortløpende for Stortinget, Stortinget skal også involveres i det. Første oppgave er selvfølgelig å fortsette arbeidet som har pågått, men selvfølgelig også å følge opp de vedtakene som fattes i dag.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:41:16]:** Forslagene går ut på å videreutvikle hjelpemiddelformidlingen til brukernes beste, basert på statlig finansiering. Det er flere hjelpemiddelsentraler. Forslagene til vedtak er klare. Det er «Stortinget ber regjeringen iverksette», «ber regjeringen sørge for», så det er jeg helt trygg på at regjeringa kommer til å gjøre.

Det er sju forslag til vedtak som er basert på prinsipielle holdninger. Det er ikke konkrete forslag i den forstand, annet enn at de ikke kan utvikles videre. Mitt spørsmål er knyttet til det som statsråden sa, at disse sju forslagene, som er prinsipielle forslag til vedtak, er forslag som er mindre gode enn andre. Da er spørsmålet

mitt: Hvilke er de andre forslagene, som er bedre enn disse sju prinsipielle forslagene?

**Statsråd Anniken Hauglie [14:42:12]:** Hvordan de ulike IKT-løsningene skal innrettes, hvor man skal ha hjelpemiddellagrene, og hvordan man skal innrette en del av ordningene, må det være litt opp til fagetaten – sammen med kommunene og brukerorganisasjonene – å avgjøre. Jeg er ikke noen ekspert på hvordan de ortopediske hjelpemidlene bør organiseres, eller hvordan det med høreapparatene skal løses. Dette må ekspertene utrede og komme med forslag til hva som er den best mulige måten å gjøre det på. Her stoler jeg på at fagfolkene, sammen med brukerne og kommunene, kan finne gode løsninger.

Jeg har vært opptatt av at vi i det utredningsarbeidet også gir fagfolkene handlingsrom til å skissere alternativer – som jeg nevnte – f.eks. innenfor brukerpassordningen, som er god. Men kanskje er også brukerpassordningen mulig å gjøre bedre, men på en annen måte.

Poenget er at det er store svakheter ved dagens system. Det er det som er bakgrunnen for at regjeringen satte ned utvalget – vi ønsket å endre dette.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [14:43:14]:** Hvor lagrene skal være, har vi ikke gått inn på.

Det som er premisset vårt, er at det skal være likeverdige tilbud. Jeg forventer at staten tar kontakt med kommunene, eksempelvis gjennom kommunenes fellesorganer, regionråd, sånn at en får en plassering som sikrer det likeverdige tilbudet.

Når det så gjelder IKT-løsning: Det vi har sagt, er at vi skal ha IKT-løsninger, sånn at det blir mer smidig. Bestillingsordningen styrkes, og bruken av lokale lagre økes. Det er prinsipielle holdninger, som jeg regner med at regjeringa vil følge opp. Enkeltheter i hvordan en praktisk gjør det, hvilke systemer en har for dette, er det opp til andre enn Stortinget å avgjøre. Det ligger også i forslagene. Derfor synes jeg det er litt svakt av statsråden å prøve å avvise forslagene ved å si at det er dårligere forslag enn andre forslag – når vi ikke har fått konkrete forbedringer fra regjeringas side gjennom dens representanter i salen i dag.

**Statsråd Anniken Hauglie [14:44:10]:** Jeg er litt usikker på hva spørsmålet egentlig var.

Hvis det er slik at vi har betydelig handlingsrom innenfor de forslagene som Stortinget vedtar i dag, er jeg glad for den oppklaringen. Det betyr at vi også kan finne gode løsninger, basert på de anbefalingene som er, og på den teknologiske utviklingen som kontinuerlig foregår der ute, hele tiden.

Det er store svakheter i dag. Jeg skulle ønske at man kunne gått enda lenger i utredningsarbeidet. Jeg regist-

rerer at Stortinget setter foten ned for det. Jeg mener at også kommunene burde fått større ansvar for å ivareta de mer ordinære hjelpemidlene, som krykker og gåstoler. Det sier Stortinget nei til.

Vi skal selvfølgelig fortsette arbeidet, gjøre gode utredninger og passe på at det blir mer fleksible og gode løsninger for brukerne, mer samfunnsnyttig og økonomisk lønnsomt, og slik sett ivareta både produktperspektivet og, selvfølgelig, også samfunnsperspektivet.

**Presidenten:** Replikskordskiftet er omme.

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

**Margret Hagerup (H) [14:45:25]:** Det er interessant å høre at Arbeiderpartiet er bekymret og beskylder oss for å skape utrygghet. Det er vel nettopp trygghet nå og i framtiden vi vil ha ved å gå gjennom dagens system.

Som arbeidsministeren også presiserte i sitt innlegg, var det regjeringen som satte ned utvalget, fordi det er behov for å gjennomgå ordningen. En god ting kan ikke gjentas for ofte, så jeg gjentar igjen at utvalget foreslo en rekke ulike tiltak, hvorav nr. 3 gjaldt et forslag om å utrede nærmere en begrenset ansvarsoverføring fra stat til kommune, der formålet var å undersøke om dette samlet sett ville gi et bedre tjenestetilbud til brukerne, samtidig som det var en forutsetning at brukernes rettigheter skulle ivaretas på en god måte. Det er en utfordring i dag at det tar for lang tid fra en søker, til en faktisk får hjelpemidlene.

Med tanke på framtiden synes jeg det er beklagelig at Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV ikke har tillit til at landets kommuner kan levere tjenester av samme kvalitet innen hjelpemiddelområdet. Da ser det mørkt ut for framtiden.

Høyre mener det er uheldig at en ikke vil utrede før en konkluderer. Det så flertallet vekk fra i dag.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 8.

Votering

Etter at det var ringt til votering, uttalte

**presidenten:** Da er Stortinget klar til å gå til votering. I sak nr. 1 foreligger det ikke noe voteringstema.

*Votering i sak nr. 2*

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

vedtak:

Arbeids- og sosialkomiteen skal ha 12 medlemmer.  
Kommunal- og forvaltningskomiteen skal ha 14 medlemmer.

**V o t e r i n g:**

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

**Presidenten:** I sakene nr. 3, 4 og 5 foreligger det ikke noe voteringstema.

*Votering i sak nr. 6*

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

**v e d t a k:**

Dokument 8:36 S (2017–2018) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene André N. Skjelstad, Terje Breivik, Jon Gunnes og Ketil Kjenseth om å utrede etableringen av et norsk globalt entreprenørskapsprogram – vedtas ikke.

**V o t e r i n g:**

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

*Votering i sak nr. 7*

**Presidenten:** Under debatten er det satt fram ett forslag. Det er forslag nr. 1, fra Steinar Reiten på vegne av Kristelig Folkeparti.

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

**v e d t a k:**

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å gjeninnføre tilskudd til bil for personer som trenger bil i gruppe 1 for å bryte en isolert tilværelse og bedre dagliglivets funksjoner.

**Presidenten:** Bak innstillingen står Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til innstillingen.

Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti har varslet at de vil stemme imot.

**V o t e r i n g:**

Komiteens innstilling ble med 53 mot 52 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.03.34)

**Presidenten:** Det votes over forslag nr. 1, fra Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet 2019 fremme forslag om å gjeninnføre bilstønadordningen for type 1-biler for personer i varig tilrettelagt arbeid.»

Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet subsidiær støtte til forslaget.

**V o t e r i n g:**

Forslaget fra Kristelig Folkeparti ble bifalt med 55 mot 48 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.04.03)

*Votering i sak nr. 8*

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

**v e d t a k:****I**

Stortinget viser til Stortingets vedtak av 15. desember 2017 om å skrinlegge planene om å overføre ansvaret for hjelpemidler fra stat til kommune og ber regjeringen sørge for at de som har behov for hjelpemidler, sikres et helhetlig og likeverdig tilbud framover, herunder en utlånsordning slik som i dag.

**II**

Stortinget ber regjeringen sørge for forbedringer i bestillingsordningen av hjelpemidler ved å forenkle administrative rutiner, gjennomgå sortimentet som inngår i ordningen, samt etablere flere eksterne lagre av statlige hjelpemidler i kommunene. Brukere og kommuner må sikres enklere tilgang til et bredt produktspekter med gode løsningsmuligheter.

**III**

Stortinget ber regjeringen iverksette arbeidet med å utvikle bedre IKT-løsninger på hjelpemiddelområdet slik at samhandlingen mellom brukere, kommune og stat blir mer smidig, bestillingsordningen styrkes og bruken av lokale lagre øker.

**IV**

Stortinget ber regjeringen sørge for at ordningen med brukerpass videreutvikles og styrkes for å korte ned saksbehandlingstiden og bedre brukervedvirkningen i hjelpemiddelformidlingen. Brukerpassordningen skal være en del av tilbudet ved alle hjelpemiddelsentralene.

**V**

Stortinget ber regjeringen sørge for tydelig definerte prosesser som sikrer god informasjon og forutsigbarhet for brukere som har behov for hjelpemidler.

## VI

Stortinget ber regjeringen medvirke til at kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler og kapasitet i førstelinjen øker, ved å bidra til at kommunene kan ansette flere ergoterapeuter. I tillegg ber Stortinget regjeringen vurdere hvordan likemannsarbeidet i regi av frivillige organisasjoner kan styrkes, herunder som et bidrag til en styrking av kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene.

## VII

Stortinget ber regjeringen legge føringer for Arbeids- og sosialdepartementets varslede evaluering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Denne må særlig vektlegge kvalitet og nytte for brukerne og samfunnet og forutsette en fortsatt forankring i folketrygden når det gjelder rettigheter og finansiering.

**Presidenten:** Bak innstillingen står Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Kristelig Folkeparti, Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til innstillingen. Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre har varslet at de vil stemme imot.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble bifalt med 57 mot 48 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.04.44)

Sak nr. 9 [15:04:54]

*Referat*

1. (224) Innberetning fra valgkomiteen om endringer i de faste komiteers sammensetning (Innberetning 3 (2017–2018))

Enst.: Vedlegges protokollen.

2. (225) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Lars Haltbrekken, Kari Elisabeth Kaski, Torgeir Knag Fylkesnes, Nicholas Wilkinson, Freddy André Øvstegård, Gina Barstad og Arne Nævra om ny behandling av Nordic Minings gruveprosjekt i Naustdal og Nussirs gruveprosjekt i Kvalsund (Dokument 8:112 S (2017–2018))  
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen.
3. (226) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Anette Trettebergstuen og Geir Jørgen Bekkevold om en mer ansvarlig spillpolitikk (Dokument 8:110 S (2017–2018))
4. (227) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Freddy André Øvstegård, Petter Eide og Karin Andersen om granskning og tiltak for å forhindre dobbeltroller i offentlig barnevern (Dokument 8:111 S (2017–2018))  
Enst.: Nr. 3 og 4 sendes familie- og kulturkomiteen.
5. (228) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Siv Henriette Jacobsen om lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene (Dokument 8:113 S (2017–2018))  
Enst.: Sendes helse- og omsorgskomiteen.
6. (229) Endringer i verjemålslova og lov om forsvunne personar mv. (teieplikt ved verjemål og dødsfall i utlandet m.m.) (Prop. 39 L (2017–2018))
7. (230) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Anette Trettebergstuen, Kari Henriksen, Masud Gharahkhani, Lene Vågslid, Jan Böhler og Maria-Karine Aasen-Svensrud om å inkludere kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk i straffelovbestemmelsene om diskriminering og hatkriminalitet (Dokument 8:109 S (2017–2018))  
Enst.: Nr. 6 og 7 sendes justiskomiteen.

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

Møtet hevet kl. 15.05.











