

Møte mandag den 11. april kl. 12

President: J ø r g e n K o s m o

D a g s o r d e n (nr. 65):

1. Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren om situasjonen innen det psykiske helsevernet
2. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Ingrid Fiskaa, May Hansen og Ingvild Vaggen Malvik om kartlegging av det reelle behovet for praktisk bistand i hjemmet til foreldre i forbindelse med fødsel i landets kommuner
(Innst. S. nr. 149 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:33 (2004-2005))
3. Interpellasjon fra representanten Harald T. Nesvik til helse- og omsorgsministeren:
«Den senere tids debatt knyttet til behandling av kroniske lungesykdommer viser med stor tydelighet at det er behov for en mer helhetlig nasjonal strategi, slik at vi fra samfunnets og pasientenes side er bedre rustet til å kunne møte de utfordringer som kommer. KOLS er noe som rammer ca. 300 000 nordmenn, fører til ca. 30 000 sykehusinnleggelsesår og medfører bortimot 2 000 dødsfall i året, i henhold til foreningen Lunger i Praksis. KOLS er en kronisk lungesykdom som gradvis ødelegger lungene og er hovedsakelig forårsaket av røyking. For sen diagnostisering gjør at tiltakene virker dårlig, gir høye kostnader og store problemer for pasientene. Det er med andre ord viktig å få en så tidlig diagnose som mulig, for raskt å få satt i gang behandling.
Vil statsråden ta initiativ til at det utarbeides en nasjonal strategi for diagnostisering, forskning og behandling av KOLS?»
4. Innstilling fra justiskomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Jan Simonsen om strengere straffereaksjoner
(Innst. S. nr. 140 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:46 (2004-2005))
5. Referat

Presidenten: Fra Hans Kongelige Høyhet Kronprinsregenten har Stortingets president fått følgende meddelelse:

«Det er med stor glede jeg meddeler at min søster Prinsesse Märtha Louise og min svoger Ari Behn den 8. april 2005 kl 0820 har fått en datter. Hun heter Leah Isadora Behn.»

Denne meddelelse foreslås vedlagt protokollen. – Det anses vedtatt.

Vi gratulerer.

Representantene Karin Andersen, Thore A. Nistad, Trine Skei Grande, Finn Martin Vallersnes og Ola T. Lånke, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger fire permisjonssøknader:

- fra representanten Finn Kristian Marthinsen om permisjon i tiden fra og med 11. april til og med 15. april

- for å delta i møter i Den vesteuropiske unions politiske komite i Helsinki, Riga og St. Petersburg
- fra representanten Rita Tveiten om permisjon i tiden fra og med 11. april til og med 20. april for å delta i konferanse for norske og kinesiske kvinnelige gründere i Beijing
- fra Kristelig Folkepartis stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Dagrun Eriksen fra og med 11. april og inntil videre
- fra Sosialistisk Venstrepartis stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Magnar Lund Bergo fra og med 11. april og inntil videre

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: Oddny Omdal
For Buskerud fylke: Mari Hagen og Unni Hennem Lie
For Hordaland fylke: Pål Berrefjord
3. Oddny Omdal og Pål Berrefjord innvelges i Lagtinget for den tid de møter for henholdsvis representantene Dagrun Eriksen og Rita Tveiten.

Presidenten: Oddny Omdal, Mari Hagen, Unni Hennem Lie og Pål Berrefjord er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresident

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges en settepresident for Stortingets møter i inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten foreslår Kjell Engebretsen. – Andre forslag foreligger ikke, og Kjell Engebretsen anses enstemmig valgt som settepresident for Stortingets møter denne uken.

Statsråd Ansgar Gabrielsen overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

Presidenten: Representanten John I. Alvheim vil framsette et privat forslag.

John I. Alvheim (FrP) [12:05:08]: På vegne av representanten Harald T. Nesvik og meg selv legger jeg frem et forslag om endringer i bioteknologiloven som åpner for preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på befruktete egg.

Presidenten: Representanten Jørund Leknes vil framsette et privat forslag.

Jørund Leknes (SV) [12:05:45]: På vegne av representantene Heikki Holmås, Øystein Djupedal og meg selv vil jeg framsette et forslag om å gi opphold for irakiske flyktninger i Norge som fikk midlertidig opphold uten rett til familiegjening i 2000 og 2001.

Presidenten: Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

S a k n r . 1

Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren om situasjonen innen det psykiske helsevernet

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:06:34]: Ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2005 ble det gitt en helhetlig redegjørelse for status for psykisk helsevern i både kommunene og spesialisthelsetjenesten. I denne redegjørelsen vil jeg supplere det bildet som er gitt i budsjettet.

Som helseminister får jeg mange henvendelser som indikerer svikt og mangler i det tjenestetilbudet som er prioritert gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. De mange oppslag og henvendelser om svikt i tjeneste- og omsorgstilbudet skjer altså i en tid hvor vi er over halvveis i opptappingsplanen, og hvor det er tildelt betydelige ressurser til å styrke tjenestetilbudet.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har Stortinget satt seg et ambisiøst mål: Planen skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre eget liv. Planen trekker videre opp et sett av konkrete mål og tiltak som skal iverksettes over en tiårsperiode. Rapporteringen i dag viser at de kvantitative målene i planen enten er nådd eller er innen rekkevidde. Spørsmålet jeg likevel har stilt meg gjennom denne vinteren, er: Vil den overordnede målsettingen nås i løpet av opptappingsperioden, gitt at alle kvantitative målsetninger realiseres? Mitt foreløpige svar er at det tviler jeg på.

Bildet av området psykisk helse er nyansert. Det gjøres mye godt arbeid både i kommunene og i helseforetakene – det er mange gode eksempler på det, selv om det er de dårlige eksemplene som når medias søkelys. Utfordringen synes likevel å være betydelig, ikke minst i forhold til hvordan tjenesten fremstår, ofte med mangel på tillit og legitimitet. For å endre på denne situasjonen er det seks forhold som nå fremover vil stå sentralt for meg.

For det første er tjenesten avhengig av å få tilført ressurser gjennom opptappingsplanen. Økte ressurser er viktig, men jeg er like sikker på at ressurstilførsel alene ikke er tilstrekkelig for å løse problemene til tjenesten. Dette handler dels om å gi psykisk helse og rusbehandling tilstrekkelig prioritet i forhold til den øvrige delen av tjenesten, og dels om hvordan de samlede ressursene utnyttes innen psykiatrien. I styringsopplegget for 2005 har jeg gitt de regionale helseforetakene klar beskjed om at den prosentvise vekst innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten innenfor somatikken. Det har kun skjedd i ett av de sju årene i opptappingsperioden at bevilgningene til somatikken ikke har økt mer enn til psykisk helsevern. Dette er i tillegg til å være en fornuftig prioritering også et bidrag til å få slutt på den stadig tilbakevendende diskusjonen med påstander om lekkasjer når det gjelder psykiatrimidler. Dette feltet skal prioriteres også innenfor fordelingen av de ordinære budsjettmidler i spesialisthelsetjenesten.

For det andre er gode akuttpsykiatriske tjenester viktig. Vi opplever mange steder at akuttavdelingene er overfylt, og at pasienter skrives ut for tidlig. Dette er en uverdig og uakseptabel situasjon. Jeg har derfor bedt de regio-

nale helseforetakene gjennomgå det samlede tilbudet ved akuttfunksjonene med sikte på å løse denne situasjonen. Vi har også en rapport nå fra SINTEF som forteller oss at et stort antall personer bør ha et kommunalt tilbud i stedet for døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til at avdelinger nærmest blir blokkert og ikke får mulighet til å arbeide som de skal. Samtidig har vi lært at der hvor man lykkes med samarbeidet, oppretter ambulante akuttteam og klarer å fange opp situasjonen før den blir akutt, lykkes man også med å snu trenden, slik at presset på akuttavdelingene avtar. Vi har gode eksempler på DPS-områder som har lyktes med dette. DPS-ene på Notodden, i Tønsberg og i Follo er slike eksempler.

For det tredje ser jeg det som avgjørende for å lykkes med forbedringer i behandlingen av psykisk syke at fagligheten i tjenesten styrkes, og at betydningen av ledelse vektlegges. Det er derfor viktig både å sørge for riktig arbeidsdeling mellom nivåene og å sette et kraftigere fokus på faglig kvalitet. Det er i dag altfor store variasjoner når det gjelder kvaliteten på arbeidet i DPS-ene. Det er derfor under ferdigstilling en rekke faglige retningslinjer som skal understøtte det faglige innholdet i behandlingene. Slike normer må ha god forankring i de kliniske miljøene og stiller krav til ledelse. De enkelte psykiatriske miljøene har i for stor grad vært overlatt til seg selv.

For det fjerde må kommunene både ressursmessig og faglig prioritere dette området tilstrekkelig for å fylle sin viktige rolle når det gjelder psykisk helse til sine innbyggere. Jeg vil understreke at de kommunale tiltakene er helt grunnleggende også for mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil derfor komme tilbake i neste års statsbudsjett med en eventuell endring i tildeling av driftsmidler til kommunene i opptappingsplanen.

Mitt femte hovedbudskap er at vi på en langt bedre måte enn i dag må få et samspill mellom de ulike aktørene i tjenesten. Enkeltstående hendinger viser at svikt ofte skyldes manglende samspill. Mangelfull bruk av individuelle planer er et sentralt stikkord. Av hensyn til pasientene er det viktig at denne rettigheten blir fulgt opp. I mange tilfeller er den avgjørende for å få flyt og oversikt i behandlingen. Sist, men ikke minst, er det viktig at pasienten får én ansvarlig navngitt person å forholde seg til.

For det sjette vil jeg legge stor vekt på at brukerperspektivet skal styrkes. Dette handler om å ta brukere og pårørende på alvor som aktive deltakere og samarbeidspartnere. Mennesker med psykiske lidelser skal ikke bare være passive mottakere av tjenester. Signalene fra brukerorganisasjonene er meget kraftige når det gjelder dette. Jeg tror at den store utfordringen for tjenesteapparatet er å integrere denne forståelsen i det faglige arbeidet. Jeg har tidligere varslet at pårørendes situasjon skal gis økt fokus. Det har jeg konkret fulgt opp med samarbeid i smått og stort med de organisasjonene som representerer brukerne.

Kommunene er selvfølgelig særlig viktige i arbeidet med psykisk helse. Det er en grunnleggende forutsetning for Regjeringen å legge til rette for at mennesker med psykiske vansker skal kunne leve et mest mulig fullverdig og normalt liv i sine hjemkommuner. Dette handler om retten til å leve et verdig liv for alle mennesker. Betingelsene for

dette er en skikkelig bolig, praktisk støtte og hjelp i hjemmet, en meningsfylt tilværelse gjennom sysselsetting eller tilrettelagt arbeid og et sosialt fellesskap. Det er nødvendig med trygghet for at det finnes profesjonell hjelp på kort varsel når det er behov for det. Et institusjonsopphold vil for de aller fleste være episoder i livet for å avhjelpe akutte faser. Det er i den daglige hjemmesituasjonen man må legge til rette for et verdig og meningsfylt liv.

I løpet av opptrappingsperioden har det blitt satt et økt fokus på kommunene. Det er blitt tilført 1 600 nye årsverk, og det er gitt 3 400 boligtilsagn til og med 2004. Boligene vil bli ferdigstilt i løpet av 2006, i og med at det tar ca. to år fra tilsagn til ferdigstilling. Ca. 2 000 boliger er nå endelig ferdigstilt. Kommunene har til og med 2005 fått tilført øremerkede midler for til sammen 2,6 milliarder kr av opptrappingsplanens rammer.

I de årlige statsbudsjetter er det redegjort for enkelte rapporteringsproblemer i kommunesektoren som følger av øremerkede ordninger, fordi tiltakene for en vesentlig del integreres i øvrige kommunale tjenester. Men den samlede veksten i antall årsverk i kommunene står i et rimelig forhold til de økonomiske midler som er lagt inn.

Det er etablert gode tilbud i flere kommuner. Samtidig vet vi at det er stor forskjell på kommunene. Mange kommuner mangler tilfredsstillende tilbud og er ikke i stand til å gi den oppfølging som den enkelte bruker har behov for. Dette fører til økt trykk på spesialisthelsetjenesten, som må ta imot et stort antall akuttinnleggelser og reinnleggelser som etter alt å dømme kunne vært unngått gjennom god og langsiktig oppfølging fra tjenesteapparatet. Min vurdering er at dersom vi ikke lykkes med å bygge opp nødvendige tiltak i kommunene, vil vi heller ikke lykkes med opptrappingsplanen som forutsatt.

Kommunenes utfordringer er ulike. Jeg vil i løpet av kort tid fordele 50 mill. kr til de fire største byene for at disse skal iverksette tiltak for å løse de særskilte storbyproblemer disse står overfor. Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger har nå utarbeidet forslag til prosjekter og tiltak for å bedre situasjonen. De forpliktet også til å følge et nytt sett av rutiner som sikrer at man finner frem til og klarer å gi hjelp til de aller dårligst stilte. Disse rutinene har direktoratet utarbeidet i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene.

Tilfredsstillende botilbud er en avgjørende faktor for å lykkes. Vi har mottatt mange signaler om økt boligbehov utover de 3 400 omsorgsboligene som var lagt inn i opptrappingsplanen. Boligbehovet må derfor vurderes på nytt for resten av opptrappingsperioden. De vurderinger som er gjort så langt, tyder på at det bør etableres ytterligere boliger. I statsbudsjettet for 2005 er det signalisert at de første 3 400 boligene utgjør en nødvendig basis av kommunale utleieboliger, og at boligbehovet utover dette bør løses gjennom de ordinære virkemidler i boligpolitikken. Regjeringen ser det som viktig at flest mulig gjennom disse ordningene kan bli eiere av sin egen bolig. Dette er i tråd med signalene i St.meld. nr. 23 for 2003-2004 Om boligpolitikken. Jeg vurderer det som meget viktig for realiseringen av hele opptrappingsplanen at Regjeringen lykkes med å legge til rette for å realisere et økt antall bo-

liger for mennesker med psykiske lidelser. Regjeringen vil vurdere de økonomiske konsekvensene for Husbankens og opptrappingsplanens rammer i statsbudsjettet for de kommende år.

Som Stortinget er kjent med, gav jeg i fjor høst et kraftig signal om at ingen nedleggelser av sengeplasser skulle finne sted før boligsituasjonen i kommunene var gjenomgått på nytt. Utgangspunktet var at opptrappingsplanen gikk inn for å redusere antall sykehjemsplasser til 1 400 innen 2006, mens tallet allerede pr. 2003 var sunket til 481, ifølge de siste tall fra SINTEF. Etter en samlet vurdering av situasjonen finner jeg det nødvendig fortsatt å holde fast på at de resterende sykehjemsplassene og døgnplasser inntil videre må opprettholdes.

Hva er status i spesialisthelsetjenesten? Spesialisthelsetjenesten skal bistå med hjelp når de kommunale tiltakene ikke strekker til. Stortingets forutsetning er at sykehusene skal spesialisere sin kompetanse, og distriktpsykiatriske sentre, DPS, skal bygges opp og ta hånd om de allmennpsykiatriske behandlingstilbud på spesialisert nivå. Sentralt i dette er at DPS-ene skal være en samarbeidspart for de kommunale tiltakene. Gjennom St.prp. nr. 63 for 1997-1998 ble det utarbeidet kapasitets- og aktivitetsmål som ble tilpasset disse forutsetningene. Et sentralt virkemiddel for å realisere opptrappingsplanen er øremerkede tilskudd. Vi bruker i dag totalt om lag 11 milliarder kr på psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og 10 pst. av dette bevilges som øremerkede midler fra opptrappingsplanen.

SINTEF har nylig avgitt to rapporter som beskriver grad av måloppnåelse og situasjonen for spesialisthelsetjenesten generelt. Den ene rapporten er hyggelig lesning og tar for seg vurderingene av de kvantitative målene i opptrappingsplanen etter fem år.

SINTEFs femårsrapport med gjennomgang av måloppnåelsen viser, som jeg tidligere har vært inne på, at de fleste kvantitative mål er nådd eller vil bli nådd i løpet av gjenstående opptrappingsperiode. Antall årsverk har fra 1999 til 2003 økt med 2 475. Målet om 4 500 flere årsverk vil med stor sannsynlighet være nådd innen 2008. Inkludert i dette er målet om flere leger og psykologer. Målsettingen om 220 000 flere polikliniske konsultasjoner i løpet av planperioden er allerede nådd. Planene til de regionale helseforetakene viser at det planlegges etablert 2 215 flere døgnplasser ved DPS. Målet var 2 065 nye døgnplasser, slik at det er nådd.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien er vi underveis mot målet om å kunne tilby hjelp til 5 pst. av barne- og ungdomsbefolkningen. Jeg understreker at vi er på vei, vi er ikke i mål. På landsbasis hadde vi i 2003 oppnådd 3,1 pst. – en vekst på 1,1 pst. fra 1998. Veksten har imidlertid skutt fart de siste årene blant de regionene som lå dårligst an.

Den andre rapporten fra SINTEF er pasientregistreringen, som viser at vi har en betydelig utfordring når det gjelder å bygge opp de riktige tilbudene på de ulike nivåer. I henhold til rapporten burde hele 40 pst. av døgnpasientene i sykehus og DPS hatt kommunale døgntilbud eller bodd i egen bolig.

Hva forteller dette oss? Først og fremst forteller det oss hvordan vi bør prioritere ressursene fremover, og hvor tiltakene bør settes inn. Svarene på disse spørsmålene er verken flere akutt plasser eller andre døgnplasser på sykehus. Når det blir vurdert slik at 40 pst. av alle innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten bør få et tilbud i regi av kommunen, må vi i sterkere grad bygge opp de kommunale tiltakene og en spesialisthelsetjeneste som kan samarbeide med kommunehelsetjenesten. Dette er også begrunnelsen for at jeg i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene har bedt om at det etableres ambulierende team fra DPS-ene. Vi må erkjenne at rapporten beskriver en ubehagelig flaskehalsproblematikk, og at vi fremover må benytte ressurser i samarbeidszonen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å utvikle de desentraliserte tjenestene arbeides det med å utvikle spesialiserte sykehus tjenester. Hensikten er å etablere et helhetlig og godt tiltaksapparat.

Det finnes i dag gode internasjonale erfaringer som viser at dette er rett vei å gå. WHO's ferske ministererklæring om mental helse støtter opp om dette. Jeg var selv i England sist høst og så på desentralisering og engelskmennenes erfaringer med ambulierende team. Deres erfaring med ambulierende team synes å redusere behovet for døgnplasser og innleggelser. Men vi trenger ikke dra til England for å erfare dette. Jeg vil spesielt nevne Vestfold, som jeg besøkte for noen uker siden. Dette helseforetaket har tatt omstillingsutfordringene på alvor og bygd opp de desentraliserte tjenestene i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen. Situasjonen i Vestfold var for inntil et par år siden også preget av overbelegg på akuttavdelingene og de mangler som vi i dag får servert gjennom medieoppslag. Men etter at de klarte å omstille ressursene ved å bygge opp DPS-ene og bygge og etablere ambulierende team, er situasjonen ved akuttavdelingene en helt annen. Det er nå faktisk overkapasitet ved akuttavdelingen i Vestfold, og behovet for døgnplasser er generelt lavere enn tidligere. Dette er erfaringer som alle helseforetak i Norge nå må se på og ta på alvor.

Akuttpsykiatrien på Ullevål var sist høst under sterkt press. Jeg kan i den sammenheng nevne at Ullevål sykehus har benyttet seg av eksperter fra Danmark til å foreta en faglig revisjon av spesielt akuttpsykiatrien ved sykehuset. I pressemeldingen fra Ullevål heter det at «Psykiatrisk divisjon ved Ullevål har et godt økonomisk og faglig grunnlag for å kunne gi psykiatrisk behandling på et internasjonalt nivå».

Min vurdering er derfor at vi må bli betydelig bedre til å bygge opp individuelt tilpassede tiltak rundt den enkelte bruker, og da er ikke flere døgnplasser på sykehus nødvendigvis riktig medisin. Hovedpoenget er å utvikle en spesialisthelsetjeneste som arbeider ut mot og sammen med de kommunale tiltakene, og som bidrar til at mennesker med psykiske lidelser kan leve et mest mulig normalt liv utenfor institusjon.

Som flere av representantene kjenner til, avla Rådet for psykisk helse i fjor en rapport hvor det bl.a. var påstander om lekkasjer fra psykiatribudsjettene. Departementet har foretatt en gjennomgang av påstandene i rapporten fra Rå-

det for psykisk helse. Gjennomgangen viser at det er behov for forbedringer av styrings- og oppfølgingssystemet for opptrappingsplanen i forhold til både kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet vil i løpet av de nærmeste ukene kunne ut i en rapport. Dette arbeidet og rapporten vil være et sentralt grunnlag for det styrings- og oppfølgingssystem som departementet vil etablere i opptrappingsplanens sluttperiode – for å sikre at de satte mål nås. Hovedkonklusjonen viser at det er behov for å arbeide videre med tiltak for å styrke rapporteringssystemene i forhold til både kommuner og helseforetak. Gjennomgangen viser også at lekkasjepåstandene i forhold til de enkelte tilfellene som Verdig Liv-rapporten tar opp, ikke kan bekrefte. SINTEF konkluderer for øvrig i en egen rapport med at det generelt ikke er hold for påstander om at psykiatrimidler misbrukes eller går til å dekke inn under skudd generelt i helseforetakene.

For å forbedre systemene skal alle rapporteringsrutiner i 2005 likevel gjennomgås. Departementet har også funnet det riktig å gi retningslinjer til de regionale helseforetakene om føring av øremerkede midler i regnskapene, slik at det ikke skal være rom for bokføring som tapper det psykiske helsevern for ressurser. Jeg vil for øvrig opplyse om at departementets egen gjennomgang av arbeidet med opptrappingsplanen er summert opp i en egen rapport. Rapporten vil være tilgjengelig i forkant av fremleggelsen av revidert nasjonalbudsjett.

Som vi alle vet, har somatikken sterke vekstkrefter i seg. Innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 har ført til større effektivitet i sykehusene og flere behandlede pasienter. Men dette gjør det samtidig viktig å sikre prioritering av pasientgrupper som ikke omfattes av ISF-ordningen. Vi ser at utgiftsveksten i perioden 1999–2003 var på 17,4 pst. i somatikken, mens tilsvarende tall for psykisk helsevern var 12,6 pst. Forskjellen i vekst mellom somatikk og psykisk helsevern har imidlertid blitt noe mindre etter at helseforetakene overtok. Prioriteten er likevel etter mitt skjønn ikke tilstrekkelig. Derfor har det vært et hovedpoeng for meg å legge til grunn at mennesker med psykiske lidelser skal prioriteres også ressursmessig innenfor de ordinære budsjetttrammer. Derfor er helseforetakene i bestillingsdokumentet for 2005 instruert om å gjøre en slik ressursallokering. Psykisk helsevern og rusbehandling skal hver for seg ha sterkere vekst i 2005 enn somatikk.

Så noen ord om barn og unge. Å investere i tiltak som kan bidra til en god psykisk helse for barn og unge, er en investering i fremtiden. Som et ledd i denne investeringen la Regjeringen i 2003 frem en strategiplan for barn og unges psykiske helse. Strategiplanen rommer strategier og 100 konkrete tiltak som faller inn under sju departementers ansvarsområder. Tittelen «Sammen om psykisk helse» gir uttrykk for en helhetlig politisk tenkning for å bedre barn og unges psykiske helse. De 100 tiltakene er organisert som generelle tiltak rettet mot barn og unge, særskilte tiltak rettet mot barn og unge i risikogrupper og mot barn og unge som har psykiske problemer. De siste ventelistetallene for barn og unge viser at antall ventende har økt, men viktigst er det at ventetiden har gått ned fra

94 dager for to år siden til nå 71. Det er imidlertid fortsatt for lenge å vente. Derfor er det i Regjeringens strategiplan for barn og unge satt et mål om å redusere ventetiden for vurderingssamtale til ti dager i løpet av opptrappingsperioden.

Jeg har imidlertid lyst til kort å nevne at årsrapportene både fra kommunene og foretakene viser at barn og unge er prioritert. Kommunene bruker nå i gjennomsnitt ca. 20 pst. av tilskuddsmidlene på barn og unge, som forutsatt. Foretakene kan på sin side vise til at antall barn som får hjelp i løpet av ett år, har økt med 60 pst. fra 1998 til 2003. Det er på den ene siden gode resultater, men det betyr ikke nødvendigvis at målene er nådd.

Hva er så de sentrale utfordringene fremover? Vi ser at det er i ferd med å avtegne seg et bilde hvor alle kvantitative mål i opptrappingsplanen realiseres, men uten at vi synes å lykkes med å skape den nødvendige tillit til tjenesten i befolkningen i sin alminnelighet. Ut fra de meldingene jeg mottar fra brukere, pårørende og fagfolk, ser det for meg ut til at den viktigste utfordringen fremover handler om å styrke kvaliteten i fagene, samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten og – ikke minst – tjenestenes relasjon til brukere og pårørende.

En fellesnevner er behovet for en endring i holdninger og behandlingsskiltur. Med dette mener jeg at tjenesten må bli bedre til å ta i bruk dokumentert kunnskap. Behandlerne må også se kritisk på sin egen eksperterolle i forhold til samspillet med brukere, pårørende og andre samarbeidspartnere.

I overraskende liten grad synes det å være konsensus i fagmiljøene om arbeidsmåte og innhold i behandlingen. Tjenesten synes etter min vurdering å preges av en tvetydighet når det gjelder holdningen til måling og dokumentasjonskrav, og dermed i forhold til nytte og effekt av de ulike behandlingsskilturmetodene.

Det knytter seg også store utfordringer til organisering og prioritering innen tjenesten. Det kommer tydelig frem i tilknytning til det jeg har sagt om de synlige problemene med «flaskehals» i tjenesteapparatet, overfylte akuttavdelinger og manglende kommunale tilbud.

Det trengs ressurser for å bygge opp et DPS til en god faglig standard. Men jeg kan ikke unnlate å peke på at svært mange av de utfordringene jeg har vist til, ikke bare handler om manglende ressurser, men om evnen og ikke minst viljen til å satse på de desentraliserte tjenestene.

Den siste av de store utfordringene jeg skal nevne her, krever utvilsomt ressurser. Det handler om et stort behov for å få etablert tilstrekkelige tiltak i kommunene, spesielt – som jeg sa – når det gjelder bolig og hjemmebaserte støttetiltak.

Hvilke strategiske grep tar så Regjeringen? På kort sikt har Regjeringen i statsbudsjettet for 2005 lansert en rekke tiltak for å sikre en riktig utvikling. Det langsiktige arbeidet med psykisk helse må ta utgangspunkt i de problemstillinger vi nå ser avtegne seg. Departementet vil derfor tydeliggjøre målbildet frem mot 2008 og utfordre sentrale aktører til å ta et større medansvar.

For kommunene vil jeg vurdere en hensiktsmessig operasjonisering for å kunne differensiere aktuelle tiltak

i henhold til målbildet for 2008 – dette fordi utfordringene i en kommune med 100 000 innbyggere vil være helt forskjellige i forhold til de mindre kommunene. For spesialisthelsetjenesten vil jeg i tillegg til å trekke opp et samlet målbilde også vurdere mål for hvert enkelt helseforetak.

Det grunnleggende arbeidet for departementet blir uansett fremover å ansvarliggjøre sentrale aktører og ledelsen i fagmiljøene. Dette innebærer også et behov for å tydeliggjøre ansvaret til kommunene og de regionale helseforetak.

Som et strategisk grep for det videre arbeidet ønsker jeg å utfordre sentrale aktører i tillegg til kommuner og regionale helseforetak til å ta et større ansvar for sine standpunkter. Jeg har lyst til i denne sammenheng å berømme Legeforeningen, som i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre fagprofesjoner har vist glimrende eksempler på at dette kan gjøres. Jeg tenker da på de såkalte gjennombruddsprosjektene, hvor det er skjedd klare kvalitetsforbedringer ved utvalgte DPS-er ved behandling av ADHD og når det gjelder redusert tvangsbruk. Jeg kan nevne noen eksempler på disse gode resultatene:

- Jæren DPS i Rogaland har redusert ventetiden fra 116 dager til 63 dager.
- Nordlandssykehuset Lofoten har økt andel pasienter med individuell plan fra 3 pst. til over 20 pst.
- Egersund barne- og ungdomspsykiatri har redusert tiden for fastsetting av diagnose for ADHD fra 72 dager til 30 dager.
- Ved Gjøvik DPS økte antallet pasienter som i det hele tatt fikk en diagnose, fra tidligere beskjedne 4 pst. til nå over 50 pst.

Dette er utrolig gode resultater på kort tid, og Legeforeningens gjennombruddsprosjekter viser hvilke potensial som ligger i tjenesten når fokus settes på faglighet og ledelse.

Jeg vil i statsbudsjettet for 2006 tydeliggjøre Regjeringens målbilde for psykisk helseområde frem mot 2008.

Jeg har i denne redegjørelsen forsøkt å gi et åpent og ærlig bilde av situasjonen slik den nå vurderes. Stortinget vil bli ytterligere orientert om boligsituasjonen i kommunene i revidert nasjonalbudsjett, slik jeg var inne på. Regjeringen vil også komme tilbake til Stortinget gjennom fremlegging av statsbudsjettet for 2006 hva gjelder målbilde og eventuelt endret budsjettbehov. Men jeg må presisere at mange av de utfordringene jeg har beskrevet i dag, ikke bare kan møtes med budsjettvedtak i Stortinget. De største utfordringene er nok først og fremst bundet til bedre ledelse, til mer faglighet og ikke minst til viljen og evnen til omstilling.

Presidenten: Presidenten vil foreslå at helse- og omsorgsministerens redegjørelse om situasjonen innen det psykiske helsevernet legges ut for behandling i et senere møte – og anser det som vedtatt.

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Ingrid Fiskaa,

May Hansen og Ingvild Vaggen Malvik om kartlegging av det reelle behovet for praktisk bistand i hjemmet til foreldre i forbindelse med fødsel i landets kommuner (Innst. S. nr. 149 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:33 (2004-2005))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 10 minutter til Høyre og 5 minutter til hver av de øvrige gruppene.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke blir gitt anledning til replikker etter de enkelte innlegg, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

Ola D. Gløtvold (Sp) [12:35:41] (ordfører for saken): Som bakgrunn for forslaget påpeker forslagsstillerne at ca. 20 000 kvinner hvert år får alvorlige bekkenløsningsproblemer, og at en tredjedel av disse kvinnene fremdeles har plager på grunn av dette ett år etter fødselen.

En samlet komite mener det er behov for en kartlegging av kommunenes tilbud om praktisk bistand til foreldrene, men vi deler oss litt i forhold til hvordan dette skal gjøres. Forslagsstillerne fokuserer spesielt på behovet for hjelp i forbindelse med at det er mange som har plager på grunn av bekkenløsning. Samtidig er det et generelt problem ikke minst å følge opp omsorgsansvar når det blir sykdom i forbindelse med fødsel og man har små barn.

Komiteen er enig i at bekkenløsningsplager er et stort problem for mange fødende, og at det er viktig at en både får en rask forebygging og hjelp i forbindelse med disse plagene. Dette dokumenteres i en stor rehabiliteringsrapport som Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager har gjennomført i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet.

Komiteen presiserer i innstillingen at de som har behov for hjelp i hjemmet, har krav på dette etter sosialtjenesteloven § 4-3, der det presiseres at den «som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp». Det vises her også til brev av 3. februar 2005 fra helse- og omsorgsministeren, der han presiserer dette med sosialtjenesteloven § 4-3 og også kommer inn på sosialtjenesteloven § 4-2.

Komiteen støtter forslaget om at det blir foretatt en nærmere kartlegging av det reelle behovet for praktisk bistand til foreldre i forbindelse med fødsel. Helse- og sosialdepartementet har vært i kontakt med Sosial- og helsedirektoratet, som vil foreta en nærmere kartlegging gjennom helsestasjonene av dette reelle behovet for praktisk bistand. Et flertall mener det er naturlig at eventuelle tiltak som sikrer at behovet blir dekket, ses i sammenheng med resultatet av en slik kartlegging.

Samtidig mener et mindretall at en bør iverksette tiltak som sikrer at familier og enkeltpersoner som har behov for praktisk bistand i hjemmet, får dette tilbudet raskt, og videre at Stortinget også foretar en kartlegging i landets kommuner av det reelle behovet for praktisk bistand i

hjemmet, bl.a. når det gjelder hjelp til foreldre i forbindelse med fødsel, hjelp til enkeltpersoner eller familier i forbindelse med alvorlig sykdom, skade, funksjonshemming og alderdom. De sistnevnte forslagene fremmes av henholdsvis Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Et flertall i komiteen mener at denne saken skal vedlegges protokollen, og at en skal komme tilbake til den senere.

Fra Senterpartiets side mener vi at en må se på disse forholdene også ut fra at det her trengs økonomisk styrking av kommunesektoren for å kunne skape et godt nok grunnlag slik at hjelp kan ytes på riktig måte. Videre er det et mindretall i komiteen, bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, som poengterer at en nå legger til grunn at en samlet organisering av Aetat, sosialtjenesten og trygdekantorene vil kunne bedre denne situasjonen og forhindre at familier blir kasteball mellom ordningene. I en situasjon der mor blir alvorlig syk samtidig som en har ansvaret for et nyfødt barn, må sosial- og trygdelovgivning framstå som et økonomisk sikkerhetsnett, slik at familien ikke får økonomiske problemer i tillegg.

Så tar en spesielt opp fedres mulighet til å yte omsorg i forbindelse med en fødsel. Et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet uttrykker at det er behov for å utvide fedres mulighet til å yte omsorg i forbindelse med fødsel, men at dette må skje uten at det går ut over mors permisjonstid, og at familien selv skal organisere når permisjonen kan og skal tas ut. Dette er et spørsmål som ikke gjelder fars fødselspermisjon, men en utvidelse av fars mulighet til å delta i praktisk bistand i hjemmet og slik sett få styrket muligheten til å være selvhjulpen som barnefamilie når det skjer problemer i forbindelse med sykdom, enten hos barnet eller hos foreldrene selv.

Jeg vil til slutt få ta opp de forslag som Senterpartiet er med på.

Presidenten: Representanten Ola D. Gløtvold har tatt opp de forslag han refererte til.

Sigbjørn Molvik (SV) [12:41:07]: Jeg kan i all hovedsak slutte meg til det som saksordføreren sa nå nettopp i sitt innlegg, men har behov for å trekke fram et par viktige punkter.

Hovedhensikten med dette forslaget fra SV er å sørge for å få en grundig kartlegging av det reelle behovet i norske kommuner når det gjelder praktisk hjelp og bistand i hjemmet i forbindelse med en fødsel. Det er særlig pekt på det bistandsbehovet som mange kvinner med bekkenløsning har, ofte i ganske lang tid etter fødselen, men det kan sjølsagt også være andre årsaker. En slik kartlegging bør omfatte både hvor stort dette behovet reelt sett er, og i hvor stor utstrekning kommunene i dag kan tilby nødvendig bistand. I mange kommuner oppleves dette som lite tilfredsstillende og langt fra godt nok til å dekke behovet.

Jeg er glad for at en samlet sosialkomite støtter at det blir foretatt en slik kartlegging, men det er altså bare Senterpartiet og SV som støtter et konkret forslag om dette i innstillinga. Og all den tid alle er enige om det, synes jo det noe merkelig. Men årsaken er vel å finne i at Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst at de har vært i kontakt med Sosial- og helsedirektoratet når det gjelder å foreta en slik kartlegging, og at den vil komme. I denne situasjonen vil det kanskje ikke være så lurt om Stortinget i dag stemmer ned et konkret forslag om en slik kartlegging. Jeg vil derfor be om at forslag nr. 3, fra SV og Senterpartiet, gjøres om til et oversendelsesforslag. Dette har jeg klarert med Senterpartiet, og jeg regner da med at denne kartlegginga av behov og ressurser raskt blir satt i gang, hvis den ikke allerede er i gang.

Så til et annet punkt i saka: Det vil ofte være slik at det mest hensiktsmessige er at far kan være den som utfører den nødvendige omsorg og de oppgaver som ligger i begrepet «praktisk bistand» i de tilfellene der mor før og etter en fødsel av helsemessige årsaker ikke kan utføre disse oppgavene. Det er sjølsagt en forutsetning at en slik ordning ikke går på bekostning av verken mors eller fars rettighetsfestede fødselspermisjon. Derfor fremmer også Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet et forslag der disse partiene ber Regjeringa sørge for ordninger som gjør dette mulig. Det er forslag nr. 2 i innstillinga.

E i r i n F a l d e t hadde her overtatt presidentplassen.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [12:43:45]:

Smerter i ryggen og bekkenet er hyppige problem blant gravide. Ifølge en undersøkelse er nesten fire av fem kvinner plaget av dette i løpet av svangerskapet. Andre undersøkelser viser at for én av tre gravide er slike smerter et betydelig problem. Etter nedkomst opphører som oftest plagene, men hos enkelte vedvarer de og blir nærmest invaliderende. Kvinner med bekkenløsningsplager som gjør dem ute av stand til å ta seg av barnet eller hjemmets gjøremål, har krav på hjelp. Det slår sosialtjenesteloven § 4-3 fast:

«Den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp.»

De sosiale tjenestene skal bl.a. omfatte «praktisk bistand og opplæring» «til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker», som det står i § 4-2. Alt fra brukerstyrt personlig assistanse, som omfatter de fleste av døgnetimer, til hjemmehjelp som gis en halvtime hver 14. dag, omfattes av denne lovhjemmelen. Det sentrale er ikke hvilken gruppe man tilhører, men at de det gjelder, ikke kan dra omsorg for seg selv, eller trenger praktisk bistand for å få hverdagen til å gå i hop. Det er med andre ord den enkeltes behov som står i sentrum. Det er kommunene der den enkelte bor, som har ansvaret for å yte denne hjelpen. Noen kommuner har fortsatt husmorvikarer, andre ikke. Det sentrale er heller ikke hva hjelperen tituleres som, så lenge den hjelpetrengende får hjelp.

Kristelig Folkeparti vil understreke at det er viktig at kommunene står fritt i forhold til hvordan de velger å organisere tjenestene. Kommunene kjenner sine innbyggers behov, og det er behov for lokale, individuelle tilpassninger. Det er selvsagt avgjørende at den enkeltes behov for praktisk bistand og personlig hjelp faktisk blir ivare tatt, og til det har vi kommunene og tilsynsmyndighetene. Kristelig Folkeparti mener det ikke er hensiktsmessig å foreta en kartlegging av det totale hjelpebehovet for alle som omfattes av §§ 4-2 og 4-3, slik som Senterpartiet og SV ønsker – altså alt fra kvinner med bekkenløsning til eldre med behov for hjemmehjelpstjenester. Tilsynsmyndighetene gir fortløpende grunnlag for hvordan en bør prioritere til enhver tid. Kristelig Folkeparti mener likevel at det er positivt at Sosial- og helsedirektoratet skal kartlegge behovet for praktisk bistand til foreldre i forbindelse med fødsel. Med tanke på den store andelen kvinner som i forbindelse med graviditet og fødsel har bekkenrelaterte lidelser, er det ut fra et kvinnehelseperspektiv nødvendig å få fram kunnskap som kan gjøre det lettere å forebygge alvorlige og langvarige bekkenløsningsplager. Det er jeg som saksordfører i forbindelse med folkehelsemeldingen spesielt glad for.

Fedres mulighet til å yte omsorg i forbindelse med fødsel har økt kraftig siden 1970-tallet, da husmorvikaren var vanlig i mange hjem, noe jeg selv hadde stor nytte av. Kristelig Folkeparti er glad for at fedre i større grad stiller krav og setter preg på hjemmets gjøremål.

Vi ser fram til at Barne- og familiedepartementet skal vurdere fedres muligheter og rettigheter videre. Kristelig Folkeparti mener at dette må skje uten at det går ut over mors permisjonstid. Vi tror familien selv best kan bestemme når permisjonen bør og kan tas ut.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 2008)

S a k n r . 3

Interpellasjon fra representanten Harald T. Nesvik til helse- og omsorgsministeren:

«Den senere tids debatt knyttet til behandling av kroniske lungesykdommer viser med stor tydelighet at det er behov for en mer helhetlig nasjonal strategi, slik at vi fra samfunnets og pasientenes side er bedre rustet til å kunne møte de utfordringer som kommer. KOLS er noe som rammer ca. 300 000 nordmenn, fører til ca. 30 000 sykehusinnleggelses årlig og medfører bortimot 2 000 dødsfall i året, i henhold til foreningen Lunger i Praksis. KOLS er en kronisk lungesykdom som gradvis ødelegger lungene og er hovedsakelig forårsaket av røyking. For sen diagnostisering gjør at tiltakene virker dårlig, gir høye kostnader og store problemer for pasientene. Det er med andre ord viktig å få en så tidlig diagnose som mulig, for raskt å få satt i gang behandling.

Vil statsråden ta initiativ til at det utarbeides en nasjonal strategi for diagnostisering, forskning og behandling av KOLS?»

Harald T. Nesvik (FrP) [12:49:33]: Jeg skal forsøke så godt jeg kan, og så lenge stemmen bærer, å framføre budskapet mitt. Hesheten skyldes ikke KOLS, bare så det er sagt, så jeg er fortsatt habil i denne saken.

Jeg forsøker med denne interpellasjonen å sette søke-lyset på behovet for å få til en nasjonal strategi for behandling av kroniske lungesykdommer. KOLS er nå en av de vanligste sykdommene på indremedisinske avdelinger ved norske sykehus, og det store antallet personer som rammes av denne sykdommen, er meget foruroligende. Det hevdes at sykdommen rammer bortimot 300 000 nordmenn, noe som igjen fører til ca. 30 000 innleggelser årlig, med påfølgende ca. 2 000 dødsfall – dette i henhold til tall fra foreningen Lunger i Praksis. Det er dessverre heller ingenting som tyder på at denne utviklingen vil snu med det første.

Hva er så egentlig KOLS? KOLS er ingen ny sykdom, men en samlebetegnelse for det som tidligere ble kalt emfysem og kronisk bronkitt. KOLS er en kronisk lungesykdom som gradvis ødelegger lungene, og skadene blir permanente. Man blir således ikke frisk av KOLS. Sykdommen utvikler seg gradvis uten dramatiske symptomer. En merker det tidlig i sykdomsforløpet med mye hosting og slim. Dette utvikler seg så gradvis og blir bare verre og verre.

Årsaken til at man blir rammet av KOLS, er i all hovedsak knyttet til langvarig røyking, og det er derfor viktig at man slutter å røyke så raskt som overhodet mulig, dersom man får konstatert at man er i ferd med å utvikle KOLS. Selv om det sikkert finnes personer som mener at sykdommen skyldes røyking og dermed er selvforskyldt, er dette med respekt å melde et fullstendig galt spor å diskutere etter, da det finnes et utall av sykdommer som skyldes nettopp livsstil eller andre selvforskyldte hendelser. Jeg vil derfor ikke her og nå legge vekt på hvordan man skal kunne få fjernet risikoen knyttet til røykingen, da dette gjøres i en rekke andre sammenhenger, planer og strategier.

Hva er det som kjennetegner de typiske KOLS-pasientene? De er alltid tungpustet, går nesten aldri på kino, teater eller lignende, da de føler ubehag ved at de hoster, har mye slim osv., og har en følelse av kvalning og angst.

Nettverket for allmennpraktikere med interesse for lungesykdommer, kalt Lunger i Praksis, har gjort et betydelig arbeid med å forsøke å kartlegge de problemene som knytter seg til denne sykdommen, og hva det bør satses på i tiden framover for å kunne møte noen av de formidable utfordringene vi står overfor. Dette er leger som har stor interesse for fagfeltet, og som har opparbeidet høy kompetanse gjennom sitt arbeid med denne pasientgruppen. Jeg vil derfor bruke noen av de innfallsvinklene som disse legene har, som et utgangspunkt for mange av de problemstillingene som jeg ønsker å sette i fokus. Jeg kan allerede nå si at jeg ikke kommer med noen hokuspokusløsninger når det gjelder hva som kan gjøres for å bekjempe denne foruroligende utviklingen, for det er nettopp mangelen på løsninger, strategier og planer for fremtiden som er selve problemstillingen som jeg tar opp i interpellasjonen.

Tidlig diagnostisering er viktig for å kunne sette inn behandling før skaden er blitt for stor. Dette kan gjøres via en enkel blåseprøve, spirometri, som kan gjøres unna på ca. 10 minutter. Dette, blir det hevdet, er tilstrekkelig for å kunne stille en diagnose. Det er derfor foruroligende at det hevdes at mange faktisk har fått diagnosen uten en objektiv undersøkelse. Det hevdes også at flertallet av pasienter og leger undervurderer graden av sykdom og alvorlet knyttet til denne.

Det er utarbeidet internasjonalt anbefalte retningslinjer knyttet til behandling av KOLS, og dette er gjort av den internasjonale GOLD-komiteen. Disse ligger tett opp til den enigheten som framkom i et såkalt terapiverksted som ble holdt i regi av SLV i 2001. I henhold til opplysninger som er gitt meg, har disse aldri blitt utgitt, og det hevdes til og med av enkelte at det kan virke som om man også motarbeides av myndighetene i denne saken. Dette er imidlertid en påstand som undertegnede ikke har noen formening om er korrekt eller ikke. Det er også grunn til å sette i fokus den legemiddelpolitikken som føres på dette området. Det er grunn til å merke seg at legemidler som brukes i astmabehandling og i behandling av KOLS, i stor grad er overlappende. Dette er det viktig at man tar med seg dersom man f.eks. velger å dele opp refusjonspunktet i blåreseptforskriften, slik at dette hensyntas.

Jeg finner grunn til å sette spørsmålsteget ved hvorfor vi i Norge ikke har valgt å følge de internasjonale retningslinjene knyttet til behandlingen av denne sykdommen. Er redselen for en viss økning i kostnadene knyttet til noen legemidler større enn ønsket om å gi pasientene en bedre hverdag? Jeg stiller bare spørsmålet. Hvis ikke, hva er da begrunnelsen?

Jeg vil be om at statsråden klart redegjør for hva som har skjedd med de legemidlene knyttet til KOLS-behandling som Regjeringen i statsbudsjettet for 2005 foreslo å overføre fra § 9 i blåreseptforskriften til § 10 a, men hvor Stortingets flertall bestemte at det ikke skulle skje – man skulle ikke overføre disse fra generell refusjon etter § 9 til individuell refusjon etter § 10 a. Jeg forventer og håper at statsråden nå kan garantere at stortingsflertallets klare vedtak er fulgt, og at refusjon skjer etter § 9. Jeg håper vi skal kunne komme til enighet om at det store omfanget av og den negative utviklingen vi ser knyttet til KOLS-problematikken, nå bør kunne ut i en nasjonal plan mot KOLS, som vil være det beste både for samfunnet og for den enkelte pasient. I den forbindelse er det også grunn til å vurdere hvorvidt man bl.a. burde sett på en ordning med et nasjonalt råd.

Også på KOLS-området er det helt åpenbart at vi i Norge ikke er flinke nok når det gjelder forskning. Jeg håper at man for fremtiden vil se på hvordan man skal kunne styrke forskningen på dette området. Jeg frykter at den utviklingen som vi ser, bare kommer til å fortsette, fordi en utvikler og forverrer sykdomsbildet sitt jo eldre man blir. Befolkningen blir eldre, og vi vet at veldig, veldig mange personer i dette landet har drevet med røyking, og mye røyking, i ung alder, noe som kommer til å få konsekvenser.

Jeg ser fram til statsrådets svar.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [12:58:10]: KOLS, kronisk obstruktiv lungesykdom, er en alvorlig lungesykdom. Den er alvorlig for den enkelte pasient som rammes, men den er også alvorlig for samfunnet fordi den faktisk rammer så mange som 10 pst. av den voksne befolkning. Og det som kanskje er enda mer bekymringsfullt: Forekomsten av KOLS er også økende i store deler av den industrialiserte verden. Årsaken er enkel, nærmest beklagelig enkel: KOLS synliggjør langtidseffekten av tobakksrøyking, særlig aktiv røyking, men også passiv. Selv om vi har hatt en gledelig reduksjon i antall røykere i Norge de siste årene, vil dette likevel ikke slå ut i forhold til antall KOLS-pasienter i denne omgang. Det tar 15–20 år eller mer før røykere utvikler KOLS.

Det er også et annet forhold som gir grunn til bekymring. Når en person først har utviklet KOLS, lar sykdommen seg ikke snu eller helbrede. Sykdommen utvikler seg imidlertid gradvis, fra forholdsvis beskjedne symptomer til svært alvorlige og nærmest livstruende tilstander. Men på den annen side vet vi at tidlig diagnostikk og behandling stabiliserer sykdommen og begrenser forverringen. Vi kan med andre ord bidra til å gi pasientene et bedre liv.

Kunnskapsgrunnlaget når det gjelder KOLS, er i rask utvikling. Det er laget veiledere og faglige retningslinjer for diagnostikk og behandling både internasjonalt og her i Norge. De norske veilederne legger hovedvekt på praktisk bruk, altså i møte med den enkelte pasienten.

Jeg vil i det følgende beskrive seks hovedutfordringer i forhold til KOLS.

For det første: Forebygging er det aller viktigste, særlig fordi det ikke finnes noen helbredende behandling. Forebyggingsaktiviteten bør ha et klart formål: å unngå at den enkelte begynner å røyke. Det er også et mål at så mange som mulig av dem som allikevel har vært så dumme å begynne, slutter å røyke.

For det andre må kunnskapsgrunnlaget som behandlingsopplegget bygger på, etterprøves, fornyes og oppdateres. Vi må sikre oss at dette benyttes av legene, og da særlig av allmennpraktikerne. Utviklingen av kunnskapsgrunnlaget forutsetter forskning, og vi har betydelig forskningsaktivitet på dette området også i Norge. La meg kort gi to eksempler på utfordringen vi står overfor forskningsmessig. For det første vet vi at en gruppe KOLS-pasienter har et særlig aggressivt sykdomsforløp, men vi vet ikke hvem disse enkeltmenneskene er. Vi vet heller ikke hvorfor akkurat disse har et mer alvorlig og dramatisk sykdomsforløp enn andre. Dette er kunnskap som det er viktig å få, fordi det kan gjøre oss i stand til å identifisere hvilke pasienter som må følges særlig opp. For det andre ser det ut til at kvinner har en mer aggressiv variant av KOLS enn menn. Vi vet heller ikke hvorfor det er slik, men det er et viktig kvinnehelseaspekt som vi trenger mer kunnskap og forskning om. Økt kunnskap vil gi bedre grunnlag for forebygging og behandlingsopplegg.

Den tredje hovedutfordringen er knyttet til tidlig og korrekt diagnostikk. Jeg har fått opplyst at tidlig diagnostikk kan være vanskelig. Det forekommer ofte at pasientene selv opplever seg som friske eller med helt beskjedne plager, samtidig som testing viser utvikling av KOLS. Det

er derfor viktig at legene benytter lungefunksjonsundersøkelser ved mistanke om KOLS. Slike undersøkelser er forholdsvis enkle å gjennomføre når legene først har utstyret og opplæring i å bruke det. Vi vet ikke i hvor stor grad slike undersøkelser gjøres ved KOLS, men tall fra Rikstrygdeverket indikerer at på langt nær alle pasienter med KOLS får gjort såkalt spirometri en eller to ganger i året. Undersøkelsen gir grunnlag for behandling og oppfølging av pasienten. Denne oppfølgingen må skreddersys for den enkelte pasient for at det skal ha en varig effekt.

Den fjerde hovedutfordringen er tidlig intervensjon. Det er viktig å ta grep tidlig for å unngå eller å bremse utviklingen av sykdom. Selv om jeg nettopp sa at det er behov for å utvikle kunnskapsgrunnlaget omkring KOLS, er vi ikke uten kunnskap. Røykeslutt, gjerne kombinert med fysisk trening, har en positiv effekt.

Det femte hovedelementet er systematisk oppfølging og kontroll av pasientene. Etter at diagnose er stilt, må pasientene følges opp med medisinske kontroller og måling av lungefunksjonen. Overvåking av sykdomsforløpet er viktig for å se om iverksatte tiltak har effekt.

Den siste utfordringen jeg vil peke på, er medikamentell behandling. Det medikamentelle tilbudet til pasienter med KOLS er begrenset. Ingen legemidler kan gjøre pasientene friske, men symptomene kan behandles og lindres. Regjeringen redegjorde for legemidler til behandling av KOLS i budsjettet for 2005. Denne redegjørelsen omfattet hvilke legemidler som er medisinsk godkjent for KOLS, og hvilken refusjonsstatus disse har. De internasjonale veilederne gir, som den norske, tilrådinger omkring medikamentell behandling av KOLS. Statens legemiddelverk har i 2004 vurdert den norske veilederen og konkludert med at det er usikkert om den er tuftet på et tilstrekkelig sikkert kunnskapsgrunnlag. Som kjent vedtok Stortinget følgende, som interpellanten var inne på, ved behandlingen av statsbudsjettet for 2005:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at de legemidler som nyttes til behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og som i dag refunderes etter § 9 i blå reseptforskriften, ikke overføres til individuell refusjon etter § 10a.»

Stortingets vedtak har reist flere spørsmål både i forhold til gjeldende regelverk og praktiseringen av dette og i forhold til de budsjettmessige konsekvenser. Derfor vil Regjeringen, som jeg tidligere har sagt, melde tilbake om dette nå i vår i revidert nasjonalbudsjett.

Representanten Nesvik spurte i sin interpellasjon om jeg vil ta initiativ til en nasjonal strategi mot KOLS. Jeg deler Nesviks oppfatning. KOLS er et vesentlig folkehelseproblem, og det trengs en bedre koordinert og mer målrettet innsats mot KOLS. Det kan derfor være hensiktsmessig at dette skjer i form av en samlet nasjonal strategi. En slik nasjonal strategi vil jeg igangsette. Hovedelementene i denne vil så langt jeg kan se, trolig være målrettede tiltak mot røyking, særlig overfor yngre kvinner, bedre kunnskap hos allmennlegene, dels for å sikre mer adekvat og tidlig diagnostikk, dels som grunnlag for kunnskapsbasert behandling. Det vil også være hensiktsmessig med

en særskilt innsats slik at forskningsbasert viten fører til konkrete tiltak mot KOLS. Dette omfatter forskningsområder som effekt av og innhold i strategi mot røyking, kvinnehelseforskning – vi må belyse hvorfor kvinnene får en mer aggressiv form for KOLS, og hva vi kan gjøre med det – og hvordan man som allmennlege kan stille en kvalitetssikret diagnose tidlig i sykdomsforløpet knyttet til bruken av spirometri.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:06:16]: Jeg vil først få takke statsråden for et veldig godt svar, og ikke minst et imøtekommende svar, så her kan vi ha forhåpninger om at vi nå skal komme i gang med en strategi for å få mer samordnede tiltak nettopp knyttet opp mot denne problemstillingen. Jeg stiller meg fullstendig bak alle de seks punktene som statsråden var inne på, også det som går på det forebyggingsmessige med hensyn til røyking. Det er mange som muligens blir litt overrasket over at nettopp jeg med mitt forhold til røykeloven griper fatt i denne problemstillingen, men det er en veldig viktig sak, særlig knyttet til den utviklingen som vi ser blant unge jenter. Her støtter jeg fullt opp om statsråden. Vi er nødt til å gjøre noe, nettopp for å få en bedre utvikling på sikt. Så det ser jeg virkelig fram til.

Informasjonsbiten er veldig viktig å få fram her nå, ikke minst en ensrettet informasjon og anbefalinger. For det er viktig å få den informasjonen ut til folk flest. Faktisk er den enkelte av landets innbyggere avhengig av å få informasjon knyttet til dette, slik at man bl.a. vet hva man skal etterspørre når man er hos legen for å få tatt de testene som skal til. Det er viktig å få dette på plass. I tillegg er det også viktig at man får kurset fastleger både om medikamentbruk og om viktigheten av at de pusteprovne som man må foreta, blir gjort på en skikkelig måte.

Selv om statsråden viser til at det gjøres en del forskning på dette området, er det viktig at vi intensiverer forskningen nå, nettopp fordi samfunnskostnadene er enorme i denne forbindelsen, og fordi det for den enkelte som blir rammet, får slike utrolige konsekvenser.

Jeg ser fram til den videre debatten og hva som kommer fra de andre partiene. Men, som sagt, jeg vil gi honnør til statsråden for at han nå vil se på dette og sørge for at det kommer en nasjonal strategi. Så håper jeg at det igjen vil medføre at vi kan få snudd den negative utviklingen som vi ser, i hvert fall på sikt.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [13:08:54]: Ja, vi får komme tilbake til dette i tur og orden. Vi setter i gang et arbeid for å gi en slik nasjonal strategi et relevant og solid innhold som skal kunne være anvendelig for dem som dette primært gjelder, nemlig de som har KOLS. Men ikke minst med tanke på møtet mellom KOLS-pasienter og legene er det viktig at vi bistår allmennpraktikerne med det som er nødvendig for å kunne være obs på symptomene, som det så vidt jeg har skjønnet, er viktig å ta tak i tidlig for å kunne stoppe sykdomsutviklingen – ikke minst slik at pasienten selv skal få én ny grunn for å slutte å røyke.

Representanten Nesvik var selv inne på røykeloven og sitt forhold til denne. Uten at jeg i detalj kan huske hva re-

presentanten Nesvik har sagt om den saken, kan jeg nesten tenke meg det. Men jeg tror at i den grad man om 10, 15 og 20 år kunne treffe alle de friske og oppegående menneskene som ikke fikk KOLS kanskje nettopp fordi vi fikk røykeloven, ville disse ha uttrykt stor begeistring.

Det andre jeg registrerte da jeg leste grunnlagsmaterialet her, var de andre faktorene som i tillegg til direkte røyking medvirker til at man får KOLS. Den største faktoren i forhold til inneklime var passiv røyking. Det betyr at dette gjelder både aktiv røyking og passiv røyking, så kanskje det viktigste bidraget i denne sammenheng er det som er gjort knyttet til røykeloven.

Når det gjelder de andre tingene, må vi komme tilbake til det. Men det er klart at det er ganske mye kunnskapsgrunnlag som mangler, i og med at man ikke vet bl.a. hvorfor vi har denne store forskjellen mellom menn og kvinner. Det er jo et perspektiv som er viktig i mange dimensjoner. Som sagt skal jeg komme tilbake på en relevant måte også i forhold til Stortinget og opplyse om denne nasjonale strategien. Men som svar på selve interpellasjonen vil jeg nå sette i gang arbeidet med å utarbeide en slik strategi.

Presidenten: Statsråden har fått en ganske ung tilhørerskare på galleriet, så det er kanskje nyttig å begynne der.

Asmund Kristoffersen (A) [13:11:51]: Ja, det er svært stor enighet i salen, så slik sett kunne vi gjerne stanset debatten her. Men jeg tror det er viktig at dette spørsmålet debatteres såpass bredt som det gjøres her, for alle parter er nødt til å ha stor oppmerksomhet på det. Det er veldig viktig at Stortinget også har det. Statsråden har jo svart meget godt og lagt fram sine planer for det arbeidet som han akter å fortsette med, og det er vi meget godt tilfreds med.

Vi har tidligere tatt opp dette problemet i forskjellige sammenhenger. Vi er også enige om, og det gikk også fram av svaret, at vi ennå i lang, lang tid framover vil ha en økende forekomst av KOLS. Det innebærer at vi vil få enda flere dødsfall enn det vi har i dag, og mange vil få dårligere helse og stadig dårligere livskvalitet. Det vil påkalle oppmerksomheten til helsemyndighetene i lang tid framover, uavhengig av de kortsiktige tiltak som må settes i verk. Vi vet jo at KOLS influerer på antall sykedager, på antall legebeseøk og på antall sykehusinnleggelses. Det er dyrt for samfunnet, og det er dyrt for den enkelte. Det viktigste er jo det som ministeren var inne på og begrunnet så godt, nemlig behovet for forebygging.

Så er det svært viktig at en kommer til behandling for å redusere risikoen for rask sykdomsutvikling. Jeg vil sette et lite spørsmålstegn ved om vårt helsevesen egentlig er forberedt på å gi disse pasientene det nødvendige tilbud. Jeg mener det kan være grunn til å spørre om vi har nok kapasitet med hensyn til spesialister, altså lungeleger, om vi enkelt sagt har nok lungeavdelinger ved våre sykehus, og ikke minst om vi har et rehabiliteringstilbud der pasienten får lov til å bruke tid på rehabilitering, og om vi som politiske myndigheter er villige til å finansiere det.

Så vil jeg bare understreke det som er mitt hovedpoeng— det er allerede nevnt, så jeg skal ikke utdype det nærmere: Det er veldig viktig at primærlegens kunnskapsnivå blir opprustet slik at pasienten kan få en tidlig diagnostisering og dermed mulighet for en tidlig behandling. Det vet vi fra forskningen vil være en betydelig hjelp for mange pasienter.

Bent Høie (H) [13:15:14]: Det er et prisverdig initiativ som representanten Nesvik her har tatt for å få en diskusjon om de utfordringene som vi står overfor når det gjelder KOLS.

Vi ser nå i stadig stigende grad resultatet av at vi for ganske kort tid siden hadde et samfunn der en ikke var bevisst nok på de negative konsekvensene av røyking. Det er ganske sjelden en innenfor helseområdet ser en så klar sammenheng mellom et livsstilsproblem og en sykdom. I så måte burde kanskje det folkelige navnet på KOLS ha vært røykelunger, slik at en raskt fikk sagt at det her er en klar sammenheng mellom egen atferd og sykdomssituasjon. Men det betyr ikke at ikke samfunnet skal stille opp og sette i gang et arbeid når det gjelder både forebygging og behandling av denne sykdommen.

Selv om representanten Nesvik i sine innlegg kom inn på forebygging, er jeg ganske overrasket over at det i utgangspunktet ikke var et tema i interpellasjonen, siden dette er et område der det må være en klar sammenheng mellom det å drive forebygging og de konkrete resultatene. Men det har vel kanskje, som Nesvik selv var inne på, med Fremskrittspartiets historie knyttet til bl.a. røykeloven å gjøre.

Jeg er glad for at helseministeren stiller seg positiv til forslaget om å ha en samlet nasjonal strategi, og jeg er også glad for at den samlede nasjonale strategien, som helseministeren var inne på, skal inneholde forebygging som et sentralt element.

Men hoveddelen av det som representanten Nesvik tar opp i sin interpellasjon, nemlig tidlig diagnose, er også utrolig viktig. Dette er en pasientgruppe som hvis de, punkt én, ikke får en tidlig diagnose, eller, punkt to, får en diagnose, men ikke god nok oppfølging, raskt kan komme i en situasjon der sykdommen i seg selv og konsekvensene av den kan føre til at en går inn i en negativ spiral. KOLS vil, som sagt, føre til både redusert lungekapasitet og ofte at en har store problemer med hoste. Det i seg selv kan føre til at en gjør det stikk motsatte av det en burde ha gjort, en isolerer seg kanskje, driver lite med fysisk aktivitet og holder seg i ro for å dempe de negative sidene av sykdommen. På den måten forsterker en egentlig sykdommens virkning. Kanskje en del også sitter i ro, røyker videre og ikke griper fatt i det grunnleggende problemet. Derfor er det viktig at en slik nasjonal strategi fokuserer både på forebygging og på tidlig diagnose.

Men det er også viktig at vi klarer å få til en konkret oppfølging av retningslinjene for medisinerings, fordi en etterfølgelse av dem både vil forbedre helsen til brukerne og ikke minst redusere kostnadene for samfunnet, slik at midlene i neste omgang kan brukes til forebyggende arbeid.

Olav Gunnar Ballo (SV) [13:18:51]: Flere har sagt det, men jeg gjentar det gjerne: Det var et prisverdig initiativ fra interpellanten og veldig klare, gode svar fra statsråden.

Kronisk obstruktiv lungesykdom er noe som svært mange plages av, og det er en tett sammenheng mellom røyking og utvikling av sykdommen. Derfor ser man at forebyggende tiltak er ekstremt viktig. Det er sjelden å se en så klar sammenheng mellom forebyggende tiltak og effekter for å hindre at sykdommen utvikler seg. Derfor var nok jeg også overrasket over at ikke interpellanten selv trakk inn at enighet om forebyggende tiltak er nødvendig, fordi det betyr jo at man må se på tiltak som har effekt.

Når det gjelder røyking, kan det ikke i dag herske noen som helst tvil om at innføringen av tobakkskadeloven i Norge under daværende sosialminister Tove Strand Gerhardsen på slutten av 1980-tallet har hatt klare positive effekter når det gjelder røykemønsteret i den norske befolkning. Mange, mange tusen har dermed som en konsekvens av det ikke utviklet denne sykdommen. Så har man altså forsterket tiltakene ved å skjerme mot røyking på utesteder, noe som i seg selv vil være et gunstig tiltak for å hindre en utvikling av sykdommen. I tillegg ser vi hvordan prismekanismer virker inn. Vi ser at man i land som har veldig rimelige priser på tobakk, har mye mer uttalte problemer i befolkningen enn det vi har i Norge. Vi ser også at forskjellen mellom kjønnene er blitt utvisket når det gjelder røyking; kvinner har begynt å røyke mer og menn mindre. Derfor er det naturligvis viktig med alle disse tiltakene som i sum kan medvirke til at færre utvikler sykdommen.

Et moment som man heller ikke skal glemme, er at det på mange arbeidsteder er en kombinasjon av røyking og det å ha spesielle yrker, f.eks. der man har en sveiseflamme, der man har røykutvikling, og der man gjennom inhalasjon av stoffer på arbeidstedet har utviklet sykdommen. Derfor er ikke dette et fenomen som bare kan isoleres til fritidsaktiviteter. Det er viktig å se på arbeidstedet, se på arbeidsmiljøloven og se på den typen tiltak som gjør at folk har rett til og krav på å kunne oppholde seg i røykfrie miljøer også når de utfører arbeid.

Som statsråden var inne på, er det naturligvis særdeles viktig at personer som ikke selv røyker, har krav på og rett til å være i røykfrie miljøer, uansett hvor man ferdes i samfunnet, uansett om det er på fritiden eller om man søker til et yrke der andre i det yrket røyker. Det arbeidstedet man har, skal være røykfritt, slik at man ikke på det grunnlaget utvikler sykdommen.

Per Steinar Osmundnes (KrF) [13:22:05]: Eg vil òg starte med å gi honnør til representanten Nesvik for at han i denne interpellasjonen har teke opp den betydelege utfordringa som KOLS er, både for pasienten som blir ramma, og også for samfunnet som heilskap.

Det blir hevda frå Verdens Helseorganisasjon at det på verdsbasis er ca. 600 millionar menneske som lid av denne sjukdommen, og at det er nærmare 3 millionar som døyr av han kvart år. KOLS er ein av dei raskast veksande sjukdommane i verda. Interpellanten sa at det er om lag

300 000 menneske over 18 år i Noreg som har denne sjukdommen, og dessverre veit vi at dette talet vil auke dei første åra.

Denne utfordringa krev ei sterk fokusering og gjerne ein heilskapleg og meir intensiv strategi utover dagens rettleingar og faglege retningslinjer, noko som også statsråden understreka på ein god måte.

KOLS-pasientane er i all hovudsak personar som har røykt lenge. Det viktigaste vi kan gjere for å demme opp mot den auken vi har sett av KOLS, er derfor å setje eit sterkt søkjelys på forebygging, slik at færre byrjar å røykje, og at ein får dei som alt har byrja å røykje, til å slutte. Heldigvis er vi inne i ein god trend på dette området. Det er særskild viktig at ein fokuserer på forebygging, då det ikkje finst lækjande behandling.

Kristeleg Folkeparti er derfor veldig nøgd med at denne regjeringa har teke eit langt og viktig steg gjennom den nye røykelova. Røykelova har ført til at færre blir utsette for passiv røyking, og at færre personar i dag røykjer. Sjølv om effekten av røykelova først kjem om 15–20 år, trur eg dette er noko av det viktigaste vi har gjort i denne salen. Ein kan kanskje undre seg over at det partiet som i dag prisverdig nok ber om at det skal lagast ein nasjonal strategi mot KOLS, er det same partiet som gjekk mot røykelova.

Forebygging er som sagt det viktigaste vi kan gjere i denne saka. Kristeleg Folkeparti er derfor glad for at statsråden var så offensiv i sitt svar til interpellanten.

Kristeleg Folkeparti er oppteke av at ein så tidleg som mogleg finn rett diagnose for å prøve å bremse eller unngå vidare utvikling av sjukdommen. Alle langtidsrøykjarar bør ha ein samtale med fastlegen om typiske indikatorar på sjukdommen. Etter at diagnosen har vorte stadfesta, er det også avgjerande at pasienten blir følgd opp på ein god og tilfredsstillande måte.

Kristeleg Folkeparti trur også at det trengst ein nasjonal strategi mot KOLS, slik at ein kan få ein meir intensivt og målretta innsats. Eg er glad for at statsråden svarte interpellanten offensivt og godt på dette. Eg stiller meg bak, eg er på same linje.

Ola D. Gløtvold (Sp) [13:24:55]: Jeg vil også først få gi honnør til interpellanten Harald T. Nesvik for et prisverdig initiativ, slik at vi fikk lov til å diskutere denne saken. Jeg har også lyst til å gi honnør til helseministeren for de klare svar og den gode redegjørelsen han hadde. Jeg har av og til fått høre fra helseministeren at jeg er vel kritisk, og det forbeholder jeg meg retten til å være også i framtiden. Men rett skal være rett: Dette synes jeg var en bra redegjørelse, og det var en god konklusjon fra helseministeren.

Det er viktig at en kan forebygge og stanse den utviklingen som har blitt påpekt av mange. Det er klart at røykeloven, kutt i røyking og det å unnlate å begynne å røyke er det aller viktigste. Det berører den private sfære i stor grad, men den offentlige sektor har et ansvar for å bevisstgjøre folk. Kanskje er det slik, som representanten Høie sa, at KOLS egentlig burde hete røykelunger, selv om jeg tror at også det ytre miljø, luftforurensing generelt kom-

binert med røyk, er en farlig kombinasjon for utviklingen av KOLS.

Så til dette med forskning. Jeg er helt enig i det som er blitt sagt om å kunne forske på dette på en helt annen måte enn det gjøres i dag, bl.a. når det gjelder aggressiv sykdomsutvikling i forhold til KOLS og utviklingen blant kvinner.

Samtidig er det viktig at det på primærhelseplanet både er forståelse og kompetanse for å handle tidlig. Allmennpraktikerne har vært trukket inn her, og jeg tror det er viktig at vi der får økt forståelse for denne sykdommen, slik at en kan få en tidlig og korrekt diagnose, slik også helseministeren var inne på. Det er da viktig at en får en oversikt over hvorvidt en stiller en konkret diagnose, og at slike undersøkelser blir tatt i bruk generelt.

Tidlig intervensjon og oppfølging av pasienten er også viktig. Som representanten Kristoffersen var inne på, er spørsmålet: Med den utviklingen av denne sykdommen som vi nå ser, har vi da for framtiden kapasitet nok og god nok kompetanse til behandling og ikke minst til rehabilitering? Det er en av de utfordringene som vi må ta tak i og klarlegge snarest mulig og eventuelt følge opp.

Med det klare svaret som statsråden her gav når det gjaldt det å si ja til en nasjonal strategi og få til en bedre og koordinert innsats mot KOLS, håper jeg at det også inkluderer en skikkelig klargjøring av den medisinske behandlingen og en oppfølging av det forslaget som ble fremmet i Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet når det gjelder bruken av § 9, og ikke bruk av § 10 a i forbindelse med medisiner av KOLS-pasienter.

Gunn Olsen (A) [13:28:08]: Representanten Nesvik har fått mye ros nå, og jeg vil gjerne slutte meg til rekken av dem som gir ham ros for å ha rettet søkelyset mot KOLS.

Som det har framkommet i debatten, er dette et stort problem for kvinner – det er det, og det kommer det helt sikkert til å bli også i framtida. Representanten Nesvik peker på årsaken, som er åpenbar, nemlig røyking. Men jeg synes det er prisverdig at interpellanten gjør det uten fordømmelse og peker på at det faktisk også er mange andre livsstilssykdommer som utfordrer norsk helsevesen.

Jeg forstår godt at Regjeringen er stolt av røykeloven, men jeg synes statsråden går langt når han i det første av de seks punktene han presenterer, sier at det viktigste er å få folk til å slutte å røyke når de har vært så dumme at de har begynt å røyke. Det reagerer jeg på.

Harald T. Nesvik (FrP) [13:29:45]: Først vil jeg takke for tilbakemeldingene på at interpellanten har fremmet problemstillingen. Så skal jeg også innrømme følgende: Jeg var ikke så veldig overrasket over tilbakemeldingene, der nesten alle stiller spørsmål ved at det er jeg som tar opp interpellasjonen, med mitt forhold til røykeloven, som jeg var sterkt imot. Det bør ikke overraske noen i det hele tatt, for Fremskrittspartiet har faktisk alltid vært for forebygging og for å få folk til å slutte å røyke, og ikke minst la være å begynne å røyke. Det er virkemidlene vi

bruker, vi har stilt spørsmål ved. Det får vi anledning til å diskutere.

Jeg har lyst til å replisere til representanten Høie, som viste til at det var ingen ting i mitt innlegg som dreide seg om akkurat hovedårsaken. Da skal jeg få lese det en gang til for representanten Høie, så han får det med seg. Jeg sa nemlig følgende:

«Årsaken til at man blir rammet av KOLS, er i all hovedsak knyttet til langvarig røyking, og det er derfor viktig at man slutter å røyke så raskt som overhodet mulig».

Så, knyttet til oppfølging og røyking, sa jeg også – til Høies informasjon:

«Jeg vil derfor ikke her og nå legge vekt på hvordan man skal kunne få fjernet risikoen knyttet til røykingen, da dette gjøres i en rekke andre sammenhenger».

Det var den biten jeg viste til – dette diskuterer vi på veldig mange felt.

Så er saken at det også er andre ting som påvirker KOLS og personer som utvikler KOLS, det er ikke bare røyking. Derfor sier jeg «i all hovedsak». I den forbindelse vil jeg referere til et skriv som jeg har fått, nettopp fra dem som jobber med dette til daglig. Der står det:

«I mange u-land er kols svært utbredt på grunn av giftige gasser fra koking over åpen ild. I England var det tidligere vanlig blant kullgruvearbeidere. I Vesten i dag skyldes kols i hovedsak sigarettøyking, men sannsynlig bidrar også andre miljøgifter til økningen.»

Så vi må ikke se oss helt blinde på akkurat den biten. Men ja, røyking er en hovedårsak. Og nei, jeg er ikke fordømmende. Det er helt bevisst at jeg ikke er nettopp det, for vi har uansett et ansvar. Vi har også en rekke andre livsstilssykdommer som denne salen overhodet ikke vil diskutere – hvorvidt man er dum fordi man spiser fet mat, f.eks. Men at man skal tenke over sine handlinger og måten man gjør ting på, er viktig.

En ting er jeg veldig glad for: Interpellasjonen har i hvert fall medført at vi får en nasjonal strategi. Jeg er veldig glad for det, og ser fram til – på vegne av pasientene som rammes av dette og deres familier – at vi får til ytterligere noe på dette området, slik at hverdagen for disse blir bedre.

Presidenten: Da er det statsråd Ansgar Gabrielsen.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [13:33:00]: Det er hyggelig at jeg får ordet, jeg hadde for så vidt ikke bedt om det. Jeg syntes representanten Nesviks avslutning for så vidt kunne stå.

Men bare en liten replikk, hvis en kan kalle det det, til representanten Olsen, så det ikke blir noen misforståelse med hensyn til at det er dumt å begynne å røyke. Det må ikke forstås som at man er dum i betydningen ikke klok eller ikke ha IQ-en. Men det er jo ikke veldig klokt å begynne å røyke. De fleste av dem som røyker, har gjort det lenge, og de av oss som har gjort det noen år, har ingen problemer med å si at man skulle ønske at man ikke hadde gjort det. Men det er ikke noen fordømmelse i det, ei hel-

ler av dem av oss som har spist for mange wienerbrød eller andre ting.

Det viktigste ved interpellasjonen synes jeg er den brede forankringen dette har. Vi kommer til å utarbeide en nasjonal strategi for dette som skal være bygd på så sikker viten som mulig, for å bistå pasienten og ikke minst sette allmennlegen, fastlegen, i stand til å yte god service på sikkert grunnlag til disse pasientene. Jeg vil også takke representanten Nesvik for denne interpellasjonen, og den muligheten det gir for å bistå nettopp denne pasientgruppen.

Presidenten: Da er interpellasjonsdebatten under sak nr. 3 avsluttet.

S a k n r . 4

Innstilling fra justiskomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Jan Simonsen om strengere straffereaksjoner (Innst. S. nr. 140 (2004-2005), jf. Dokument nr. 8:46 (2004-2005))

Presidenten: Etter ønske fra justiskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke blir gitt anledning til replikker etter de enkelte innlegg, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Anne Helen Rui (A) [13:35:26] (ordfører for saken): Justiskomiteen er enstemmig i saken vi nå har oppe til debatt. Jan Simonsen sitter ikke i komiteen, og vi har dermed blitt enige om at vi henviser debatten videre til Odelstingets behandling senere i dag av Ot.prp. nr. 90 for 2003-2004.

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

Jan Simonsen (uav) [13:36:00]: Med tre minutter til å forklare tre forslag kan jeg ikke gå i dybden. Så bare, til forslag nr. 1 om å fjerne kvantumsrabatt: Det er åpenbart urimelig at en kriminell ikke straffes fullt ut for samtlige av de kriminelle handlingene han begår.

Til forslag nr. 2: Begrunnelsen gir seg selv, men forslaget har selvfølgelig relevans kun dersom forslag nr. 1 blir vedtatt.

Når det gjelder forslag nr. 3, om en automatisk dobling av straffutmåling ved annen gangs domfellelse, tredobling ved tredje gangs domfellelse osv., skiller det seg vesentlig ut fra det amerikanske forslaget om «Three Strikes and You're Out» – altså hvor man etter tredje gangs domfellelse får livsvarig fengsel – ved at det i mitt forslag er sammenheng mellom handling og straff. Begår man et ran og får normalt tre måneders fengsel, vil man hvis det er tredje gang man domfelles, få 3x3, altså 9 måneders feng-

sel, mens man får vesentlig mindre straff hvis det er biltyveri.

Det som er oppsiktsvekkende og som jeg gjerne vil påpeke, er at en enstemmig komite avviser forslagene. En enstemmig komite viser til departementets brev hvor det bl.a. står at man med disse forslagene «forlater prinsippet om human strafferettspleie», og hvor det også argumenteres med at det vil koste penger, i form av å bygge flere fengselsplasser. Nå er ikke jeg så helt sikker på det, hvis forslagene mine forebygger og forhindrer at folk begår kriminalitet.

Det oppsiktsvekkende er Fremskrittspartiets standpunkt, for det er da vitterlig slik at både forslag nr. 1 og forslag nr. 3 tidligere er framsatt i Stortinget av Fremskrittspartiet. Det er faktisk slik at jeg har sittet på pressekonferanse ved siden av Fremskrittspartiets leder, Carl I. Hagen, og presentert forslag nr. 3 for media. I dag går Fremskrittspartiet imot disse forslagene og viser til departementets begrunnelse, at man med disse forslagene – som Fremskrittspartiet tidligere har støttet og også brukt i valgkampen for å vise den slappe kriminalpolitikken til andre partier – forlater en human strafferettspleie.

Dermed har Fremskrittspartiet gjort en gedigen snuoperasjon i kriminalpolitikken og er ikke lenger et parti som er tøft mot de kriminelle, og det får man da også håpe at Fremskrittspartiet heller ikke framstiller seg som i valgkampen.

Jeg tar med dette opp forslagene.

Presidenten: Representanten Jan Simonsen har tatt opp de forslagene han refererte til.

Jan Arild Ellingsen (FrP) [13:38:42]: Man skal sannelig lytte til tidligere partikolleger når de snakker og har gode ambisjoner på vegne av seg selv og resten. Samtidig tror jeg at hvis representanten Simonsen er bekymret for kriminalitetsutviklingen og straffenivået her i landet, har han full mulighet til å støtte forslagene fra Fremskrittspartiet under behandlingen av straffeloven senere i dag.

Jan Simonsen (uav) [13:39:23]: Selvfølgelig vil jeg stemme for alle de forslag som betyr en innstramning av dagens lovgivning, og selvfølgelig støtte de forslagene som Fremskrittspartiet kommer til å framsette under Odelstingets møte senere i dag. Men ingen av disse forslagene går i nærheten så langt som de forslagene som Fremskrittspartiet i dag stemmer ned, og som Fremskrittspartiet altså tidligere har støttet. Det står i Innst. S. nr. 140:

«Komiteen viser også til departementets vurdering av forslaget i brev til komiteen av 9. mars 2005.»

Og der blir altså disse forslagene totalt slaktet – forslag som Fremskrittspartiet tidligere har støttet. Så uansett om Fremskrittspartiet framsetter forslag senere i dag som er bedre enn flertallets forslag på enkelte punkt, har Fremskrittspartiet åpenbart snudd i kriminalpolitikken og går inn for svake tiltak mot kriminelle.

Presidenten: Presidenten viser til at det skal bli en stor debatt senere i Odelstinget.

Jan Arild Ellingsen (FrP) [13:40:40]: Nei. Man skal selvfølgelig ta med seg de fornuftige tilbakemeldingene man får, men jeg vil utfordre representanten Simonsen til kanskje å lese innstillingen som skal behandles senere i dag i Odelstinget, hvor Fremskrittspartiet i all hovedsak tar innover seg nettopp de forslag som representanten Simonsen her har. Men jeg tror at hvis representanten Simonsen ønsker å være med og farge og tydeliggjøre ting politisk, burde han kanskje ta dette som en del av straffeloven. Når man har en gjennomgang av den, er det måten å gjøre det på, etter mitt skjønn.

Presidenten: Jan Simonsen har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Jan Simonsen (uav) [13:41:29]: Det er altså slik at det ikke er hva man sier og skriver, som betyr noe i politikken, det er hva man gjør, og hvordan man stemmer i denne salen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 2009)

J ø r g e n K o s m o gjeninntok her presidentplassen.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da er vi klare til å gå til votering over sakene som er oppført på dagens kart.

I sak nr. 1 foreligger det ikke noe voteringstema.

Votering i sak nr. 2

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

- forslagene nr. 1 og 2, fra Ola D. Gløtvold på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslag nr. 3, fra Ola D. Gløtvold på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet

Forslag nr. 3 er omgjort til et oversendelsesforslag, og teksten endres i henhold til det. Forslaget lyder da i endret form:

«Det henstilles til Regjeringen å foreta en kartlegging i landets kommuner av det reelle behovet for praktisk bistand i hjemmet, blant annet når det gjelder hjelp til foreldre i forbindelse med fødsel, hjelp til enkeltpersoner eller familier i forbindelse med alvorlig skade, sykdom, funksjonshemming og/eller alderdom.»

Presidenten foreslår at dette forslaget oversendes Regjeringen uten realitetsvotering. – Det anses vedtatt.

Det voteses så over forslagene nr. 1 og 2, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som sikrer at familier/enkeltpersoner som har behov for praktisk bistand i hjemmet, får tilbud om dette.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utvide fedres mulighet til å yte omsorg i forbindelse med fødsel.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 50 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.49.29)

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:33 (2004-2005) – forslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen, Ingrid Fiskaa, May Hansen og Ingvild Vaggen Malvik om kartlegging av det reelle behovet for praktisk bistand i hjemmet til foreldre i forbindelse med fødsel i landets kommuner – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: I sak nr. 3 er det ikke noe voteringstema.

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har Jan Simonsen satt fram tre forslag.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om nødvendige lovendringer slik at en forbryter som på samme tid straffes for flere forbrytelser, idømmes straff for hvert enkelt av lovbruddene, slik at disse straffene blir summert når den samlede straffeutmålingen idømmes.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om nødvendig lovendring slik at det blir klargjort at drap på en gravid mor med et foster som er eldre enn tillatt alder for å kunne ta abort, i de tilfellene der også fosteret dør regnes som drap på to uavhengige personer.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme nødvendige lovendringsforslag for å gjennomføre en ordning der den straffeutmålingen som blir utmålt ved andre gangs domfellelse automatisk ganges med to, ved tredje gangs domfellelse automatisk ganges med tre osv.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Jan Simonsen ble mot 1 stemme ikke bifalt.

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:46 (2004-2005) – forslag fra stortingsrepresentant Jan Simonsen om strengere straffereaksjoner – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

S a k n r . 5

Referat

1. (170) Evaluering av maksimalpris i barnehager (St.meld. nr. 28 (2004-2005))
Enst.: Sendes familie-, kultur- og administrasjonskomiteen.
2. (171) Kredittmeldinga 2004 (St.meld. nr. 26 (2004-2005))
Enst.: Sendes finanskomiteen.
3. (172) Merforbruket på forsvarsbudsjettet i 2004 (St.meld. nr. 29 (2004-2005))
Enst.: Sendes forsvarskomiteen.
4. (173) Opplæringen innenfor kriminalomsorgen "Enda en vår" (St.meld. nr. 27 (2004-2005))
Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for justiskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
5. (174) Regionalpolitikken (St.meld. nr. 25 (2004-2005))
Enst.: Sendes kommunalkomiteen.
6. (175) Utbygging av E18 Bjørvikaprojektet i Oslo (St.prp. nr. 50 (2004-2005))
7. (176) Forslag fra stortingsrepresentant Jan Simonsen om en ny bil- og veipolitikk, som innebærer at staten overtar finansieringen av riksveifergene i sin helhet, og at alle bompengeprojekter avvikles samtidig som staten overtar ansvaret for finansieringen av prosjektene (Dokument nr. 8:63 (2004-2005))
Enst.: Nr. 6 og 7 sendes samferdselskomiteen.
8. (177) Årsrapport fra Stortingets delegasjon til EFTA-parlamentarikerkomiteene og Den felles EØS-parlamentarikerkomiteen for 2004 (Dokument nr. 18 (2004-2005))
9. (178) Årsrapport fra den norske delegasjon til Organisasjonen for sikkerhet og samarbeid i Europas parlamentarikerforsamling (OSSE PA) for 2004 (Dokument nr. 21 (2004-2005))
Enst.: Nr. 8 og 9 sendes utenrikskomiteen.

Møtet hevet kl. 13.52.