

Møte for lukkede dører
fredag den 20. oktober 2006 kl. 09.45

President: E i r i n F a l d e t

Presidenten: Representantene Espen *Johnsen*, Finn Martin *Vallersnes* og Ingrid *Heggø*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Dette møtet avholdes under henvisning til bestemmelsene i Stortingets forretningsordens § 13 siste ledd.

D a g s o r d e n (n r . 1) :

Sak behandlet 19. oktober 2006 i den utvidede utenrikskomité (sak 1: Afghanistan – styrkebidrag), og innbragt for Stortinget i medhold av forretningsordenens § 13 siste ledd.

Møtet hevet kl. 09.50.

Møte fredag den 20. oktober 2006 kl. 10

President: E i r i n F a l d e t

D a g s o r d e n (nr. 8):

1. Interpellasjon fra representanten Vigdis Giltun til helse- og omsorgsministeren:

«Hvert år må om lag 500 norske diabetikere amputere hele eller deler av foten fordi de pådrar seg stygge fotsår. Beinamputasjoner som følge av diabetes koster staten minimum 300 mill. kr årlig. Norge ligger langt etter Sverige i å ta vare på mennesker med fotproblemer som følge av diabetes. Sverige har redusert antallet beinamputasjoner med ca. 85 pst. ved å organisere diabetesomsorgen når det gjelder føtter. Det innebærer at de bl.a. har fotterapeuter ansatt ved landets sykehus. Stavanger Universitetssjukehus er langt framme når det gjelder forebygging av diabetesskader, og er foregangssykehus når det gjelder diabetesfoten. Diabetesforbundet foreslår bl.a. en refusjonsordning for fotpleie/behandling til denne utsatte gruppen. Forebygging koster, men det koster lite i forhold til den gevinst en oppnår både menneskelig og økonomisk ved å unngå amputasjon.

Hva vil statsråden foreslå av tiltak for å redusere antallet amputasjoner?»

2. Interpellasjon fra representanten Sonja Irene Sjøli til helse- og omsorgsministeren:

«Ifølge Sosial- og helsedirektoratet foreligger det begrenset kunnskap om hvilke skadevirkninger et barn utsettes for som følge av at mor er under behandling med metadon eller buprenorfin under svangerskapet. Det er imidlertid et faktum at de fleste barna som eksponeres for slike medikamenter i fosterlivet, får abstinenser etter fødsel, og at de har lavere fødselsvekt enn andre barn. Regjeringen Bondevik II foreslo i revidert nasjonalbudsjett for 2005 å øke be-

Presidenten: Presidenten vil foreslå:

1. Saken behandles i åpent møte i Stortinget.
2. Saken føres opp til behandling i Stortingets møte tirsdag den 24. oktober kl. 10.00 som sak nr. 1.
– Ingen innvendinger har kommet mot presidentens forslag, og denne framgangsmåten anses da som enstemmig vedtatt av Stortinget.

Presidenten vil foreslå at referatet fra dette lukkede møtet i Stortinget offentliggjøres. – Det anses vedtatt.

Protokollen ble deretter opplest og foranlediget ingen bemerkning.

Presidenten: Presidenten vil anmode representantene om å legge dagens dokumenter i den papirkasse som er satt fram på gulvet her, eller umiddelbart etter møtets slutt levere dem tilbake til ekspedisjonskontoret.

vilgningen til rusbehandling med 50 mill. kr. Innenfor denne bevilgningen skulle regionale helseforetak sikre et medikamentfritt behandlingstilbud til gravide pasienter under legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Formålet med bevilgningen var å gi gravide pasienter i LAR en mulighet for et rusfritt og medikamentfritt svangerskap.

Hva er status for arbeidet med å utvikle slike tilbud?»

3. Referat

S a k n r . 1

Interpellasjon fra representanten Vigdis Giltun til helse- og omsorgsministeren:

«Hvert år må om lag 500 norske diabetikere amputere hele eller deler av foten fordi de pådrar seg stygge fotsår. Beinamputasjoner som følge av diabetes koster staten minimum 300 mill. kr årlig. Norge ligger langt etter Sverige i å ta vare på mennesker med fotproblemer som følge av diabetes. Sverige har redusert antallet beinamputasjoner med ca. 85 pst. ved å organisere diabetesomsorgen når det gjelder føtter. Det innebærer at de bl.a. har fotterapeuter ansatt ved landets sykehus. Stavanger Universitetssjukehus er langt framme når det gjelder forebygging av diabetesskader, og er foregangssykehus når det gjelder diabetesfoten. Diabetesforbundet foreslår bl.a. en refusjonsordning for fotpleie/behandling til denne utsatte gruppen. Forebygging koster, men det koster lite i forhold til den gevinst en oppnår både menneskelig og økonomisk ved å unngå amputasjon.

Hva vil statsråden foreslå av tiltak for å redusere antallet amputasjoner?»

Vigdis Giltun (FrP) [10:02:03]: Rundt 200 000 av våre innbyggere har diabetes, og ca. halvparten av disse har sykdommen uten å vite om det ennå. Vi ser også at

diabetes 2, tidligere kalt aldersdiabetes, nå rammer yngre mennesker, og antallet med diabetes 2 er firedoblet de siste femti årene. Hvert år får anslagsvis 67 000 nordmenn diagnosen diabetes 2. Vi ser også en overrepresentasjon av denne sykdommen blant deler av innvandrerbefolkningen. Sykdommen er arvelig, men hovedgrunnen til at sykdommen bryter ut tidlig, er endringer i livsstil, lite mosjon, dårlig kosthold, overvekt – og selvsagt også at mange nå oppnår en høyere levealder.

Denne sykdommen fører dessverre med seg mange alvorlige senkomplikasjoner, som synstap, svekket nyrefunksjon, dårlig blodsirkulasjon, nevropati, fotsopp og amputasjoner. Senkomplikasjonene kommer først etter 15–20 år, og tidligere ble ikke så mange av pasientene gamle nok til å utvikle disse senskadene. I dag, da unge mennesker også utvikler sykdommen, vil vi se en sterk økning av skader. Det ser vi faktisk allerede i dag. Disse skadene kan unngås i de fleste tilfeller, og det er derfor viktig å se på alle muligheter til å forebygge.

Norge er ikke best i klassen på diabetesomsorg. Det er et stort forbedringspotensial, både når det gjelder å forebygge at sykdommen bryter ut, i neste rekke å forebygge at de som har sykdommen, ikke utvikler senplager, og sist, men ikke minst, å pleie og ta vare på de pasientene som har fått senplager, slik at de får oppfølging og riktig faglig hjelp.

Island har klart å gi en god forebyggende behandling for å unngå synstap, i dag er det på Island et unntak at folk mister synet. Eksempler på forsøk i Sverige viser at riktig forebygging fører til at man unngår amputasjoner. Kanskje vi kan kopiere gode løsninger hvor andre lykkes, i stedet for å bruke masse ressurser på å finne egne løsninger for å nå de samme målene.

I denne interpellasjonen har jeg ønsket å rette fokus mot føttene, våre undersåtter, som bærer oss gjennom hele livet, men som dessverre får altfor liten oppmerksomhet. Diabetespasienter har over 15 ganger så stor fare for å måtte amputere bein som mennesker uten sykdommen. Årsaken til at diabetespasienter må amputere, er ofte en kombinasjon av nerveskader, nevropati, og nedsatt blodsirkulasjon til føttene. Pasientene som har nedsatt følsomhet, merker ikke harde kanter på sko, gnagsår, nedgrodde negler, hudsprekker eller om de trår på spisse gjenstander. Dette kan lett føre til sår, og sykdommen er også årsaken til at sårene gror langsomt, og at det lett oppstår infeksjoner. Fotpleie og valg av riktig fottøy kan være med på å bekjempe sår og skader på føttene.

Det er forferdelig å tenke på at det hvert eneste år er opptil 300 mennesker her i landet som kunne ha unngått å amputere. En amputasjon er ikke bare smertefull og tragisk, men vil også kunne føre til problemer med gange, smerter i bein, og ikke minst ryggproblemer. Vi har sett en dramatisk økning av amputasjoner det siste året, og det er nå viktig at det innføres tilfredsstillende rutiner som sikrer pasientene i faresonen en god faglig oppfølging. Nærmere 70 pst. av amputasjonene ved diabetes utløses av fotsår som fører til dyp infeksjon og koldbrann. Amputasjonsrisikoen kan reduseres med minst 50 pst. ved regelmessige fotinspeksjoner og forebyggende fotpleie av god-

kjent diabetesfotterapeut. Det er viktig at disse har en faglig videreutdanning, og det er viktig at man får et tverrfaglig fagpersonell.

Personer med diabetes burde få undersøkt føttene sine minst én gang i året. Det burde være like naturlig å se på føttene til en diabetiker som å måle blodtrykket. Fastlegene må nå ta et større ansvar, og det må etableres gode rutiner for henvisning til spesialist og diabetesteam bestående av legespesialister, spesialister på sykepleie, fotterapeuter med spesialkompetanse og ortopediingeniører.

En amputasjon med etterbehandling kan koste opp mot 1 mill. kr. I tillegg kommer utgifter til proteser eller annet nødvendig hjelpeutstyr. For hver amputasjon man kan unngå, spares både pasienten og samfunnet. En konsensuskonferanse i Sverige har regnet ut at en bedre behandling av diabetikernes føtter kan spare landet for omkring 400 mill. kr årlig. Et forsøk som er gjort ved et sykehus i Sverige, viste at en klarte å redusere antall amputasjoner med over 80 pst. ved å ha diabetesfagteam og god oppfølging. Det viser at det nytter.

Det er viktig at de som rammes av diabetes, får bedret sin livskvalitet og unngår eller i størst mulig grad får begrenset skadene ved senkomplikasjoner. Mye av innholdet i den framlagte diabetesplanen går ut på forebygging med hensyn til hva hver enkelt skal kunne gjøre for å ta ansvar for egen helse, som f.eks. justering av kosthold, fysisk aktivitet, vektreduksjon osv. Det er selvsagt veldig viktig. Men for dem som allerede har utviklet sykdommen og fått senplagene, må helsevesenet inn med faglig hjelp.

En viktig del av forebyggingen er å styrke egenomsorgen. Men veldig mange har problemer med å stelle føttene selv p.g.a. overvekt, høy alder og/eller dårlig syn. Det viser seg at utviklingen av sår og infeksjoner oppdages for sent, og at pasienten ikke får riktig behandling i tide. Diabetesplanen svikter hvis den nå ikke følges opp med nok penger i budsjettene og klare føringer i bestillingsdokumentene til helseforetakene. Det framlagte budsjettforslaget mangler fullstendig oppfølgingsmidler, med unntak av 600 000 kr til en halv strategidirektørstilling. Det er veldig bra, den stillingen er veldig viktig, men det er ikke på langt nær nok. Diabetesforbundet anslår at det bør avsettes minst 30 mill. kr i budsjettet for 2007. Det er noe alle partiene bør ta med seg når man nå skal se videre på budsjettet, om det er mulig å få gjort noen endringer der.

Årlig brukes det ca. 10 milliarder kr på diabetes i direkte eller indirekte kostnader. Dette beløpet vil sannsynligvis øke. Spørsmålet er altså ikke om vi skal bruke penger, men hvordan vi skal bruke disse pengene. I dag går 70 pst. til å reparere dem som har fått alvorlige senkomplikasjoner, og 30 pst. til å forebygge komplikasjonene. Dette er dårlig helseøkonomi, og det er dårlig behandling av den enkelte.

Sosial- og helsedirektoratet påpekte dette store paradokset i sin utredning i forkant av diabetesstrategien. Der står det følgende:

«Det er et stort paradoks at dyr behandling for senskader og komplikasjoner er en pasientrettighet, mens rimelige forebyggingsiltak ikke er det.»

Forebygging vil med andre ord lønne seg for samfunnet rent økonomisk, når man ser regnestykket som helhet. Etter det jeg kjenner til, finnes det i dag ansatt diabetesfagteam som jobber tverrfaglig med forebygging og behandling av fotskader ved sykehusene i Stavanger og Ålesund. Dette er etter min mening noe som snarest burde opprettes ved alle landets sykehus.

Mange forventer nå at staten tar sitt ansvar på alvor for å unngå eller i størst mulig grad redusere ytterligere lidelser og funksjonstap for de mange som har en sykdom som fører med seg langt flere plager enn de fleste kjenner til.

Jeg håper at statsråden kan si noe helt konkret om hva hun vil bidra med for å sikre en funksjonsmessig god organisering, nok fagpersonell og god faglig behandling av diabetespasienter, slik at man unngår de fleste amputasjoner i framtiden.

Statsråd Sylvia Brustad [10:09:59]: Representanten Giltun tar opp en viktig sak. Det er helt riktig at Norge står overfor store utfordringer når det gjelder både forebygging, oppfølging og behandling av diabetes i årene framover. Det var på den bakgrunn at Regjeringa i juli i år la fram en plan for hvordan vi ønsker å møte disse utfordringene. Noe av målet med den er å greie både å mobilisere og å koordinere flere av de ressursene som allerede finnes, for å få et bredest mulig tilbud til alle diabetespasienter.

Så er det riktig, som representanten Giltun har påpekt, at vi har ansatt en egen direktør som skal ha ansvar for bare dette feltet. Det tror jeg er viktig, slik at vi får mer helhet på dette området. Jeg vil også sørge for at de problemstillingene som er reist i denne interpellasjonen her i dag, er blant de første sakene som Sosial- og helsedirektoratet skal ta tak i.

Type 2-diabetes er et økende problem over hele verden. Vi i Norge er ikke noe unntak. Som det er sagt: Antall personer med diabetes har økt voldsomt de siste 30 årene. Vi venter dessverre at denne økningen vil fortsette. Det er i dag omkring 120 000 mennesker i Norge som har påvist diabetes. Vi regner med at det er omtrent like mange som har uoppdaget diabetes. Grunnene til denne eksplosive utviklinga av type 2-diabetes er hovedsakelig endringer i kosthold, mindre fysisk aktivitet og en generell vektøkning i befolkninga.

Så er det også helt riktig at pasienter med diabetes mellitus risikerer alvorlige seinkomplikasjoner. Mest alvorlig er nerveskader og sirkulasjonsforstyrrelser som kan føre til diabetiske fotsår. Da er det også slik at om lag en tredel av alle med diabetes utvikler nedsatt følsomhet i føttene i løpet av 10–15 år, avhengig av hvor godt sjukdommen har vært regulert. Fagfolk anbefaler derfor at en person med diabetes som har fått påvist nevropati, bør gå regelmessig til stell og kontroll hos kvalifisert behandler 3–6 ganger pr. år for å forebygge fotsår og minske risikoen for amputasjon. Det er avgjørende viktig med god behandling og oppfølging av pasienter med nevropati for å unngå alvorlige infeksjoner, slik representanten Giltun var inne på. Uten god oppfølging kan resultatet bli en langvarig og ressurskrevende behandling, som i verste fall kan ende med amputasjon. Risikoen for amputasjon er om lag 30

ganger høyere for mennesker med diabetes enn for andre. I Norge foretas det hvert år 400–500 amputasjoner over ankelnivå hos diabetikere. Det er en alvorlig situasjon som vi ikke ønsker, og som vi ønsker å gjøre noe med.

I den diabetesstrategien som vi la fram i sommer, er det et uttalt mål å redusere antall seinkomplikasjoner ved diabetes. Da er det flere tiltak vi vurderer, slik at vi skal bli bedre på dette. Det gjelder for det første forebygging. Vi vet at forebygging er tett knyttet til generelle folkehelse-tiltak og er et veldig viktig punkt. Jeg vil nevne tiltak for å få til endringer av kosthold og tiltak for å få flere folk i aktivitet. Gode rutiner for god praksis i hele helsetjenesten er også svært viktig.

Diabetes er en sykdom som krever at pasienten sjøl også er årvåken og tar ansvar for egen helse i den grad det er mulig. Jeg tror ikke at disse pasientene ønsker å være passive mottakere av helsetjenester. Derfor er det viktig å støtte pasientens mulighet for å greie de daglige utfordringene og mestre livet med diabetes. Pasienten, pårørende og helsetjenesten må samarbeide om hvordan pasientens egne ressurser kan brukes både i planlegging og i opplæring for å mestre den nye livssituasjonen. En viktig del av dette arbeidet er opplæring i egen fotpleie for dem som har mulighet til å gjøre dette, i tillegg til det helsevesenet bør gjøre.

Det er også avgjørende viktig at diabetes diagnostiseres så tidlig som mulig for å unngå eller utsette seinkomplikasjoner. Derfor må det være gode rutiner for å oppdage dette tidlig, slik at også personer som ikke sjøl vet at de har sjukdommen, blir fanget opp tidlig av helsevesenet. Her er jeg enig med representanten Giltun i at primærhelsetjenesten og derved fastlegene har et stort ansvar både for å oppdage nye tilfeller og for å sette i gang forebygging og behandling av følgesjukdommer så tidlig som overhodet mulig.

Legeforeningen ved Norsk selskap for allmennmedisin – forkortet NSAM – har utviklet en egen handlingsplan for diabetes i allmennpraksis. Dette er et program som har høy faglig kvalitet og inneholder råd om diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene. Halvparten av allmennlegene i Norge bruker i dag dette programmet. NSAM anbefaler at alle som har fått påvist diabetes, skal få undersøkt føttene sine årlig. Handlingsprogrammet anbefaler ikke en generell screening for diabetes, men mye mer aktiv leting etter nye tilfeller av diabetes på vide indikasjoner. Regjeringa ønsker at dette handlingsprogrammet blir implementert blant alle leger i primærhelsetjenesten. Jeg har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Legeforeningen arbeide for at handlingsprogrammet blir tatt i bruk av alle allmennleger.

Det er viktig at alle pasienter får god behandling uavhengig av hvor de bor i landet. Derfor har jeg bedt Sosial- og helsedirektoratet utarbeide nye nasjonale, faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av diabetikere innen spesialisthelsetjenesten. Det skal selvfølgelig skje i samarbeid med fagmiljøene, men også med brukerorganisasjonene.

Helsepersonell i det kommunale tjenesteapparatet må også ha kunnskap om hvordan de kan støtte og hjelpe pa-

sienten helt fra sjukdommen blir påvist, ved behandling og kontroll av fotsår og ved videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. Regjeringas styrking av kommuneøkonomien skal sikre at kommunene kan rekruttere nye fagpersoner, men også sørge for videreutvikling og videreutdanning hos dem som allerede er ansatt.

Godt tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å gi et best mulig behandlingstilbud til pasienter med diabetesfot. Jeg mener at lokalsjuehusene også her har en viktig rolle i oppfølginga av pasienter med kroniske sjukdommer som diabetes, fordi dette er en sjukdom som krever langvarig og hyppig oppfølging fra helsetjenesten og tett kommunikasjon med pasienten og dennes pårørende. I Soria Moria-erklæringa slår Regjeringa fast at vi ønsker bedre arbeidsdeling mellom sjuehusene for å få god kvalitet på behandlinga. Det skal også etableres flere lærings- og mestringsentre for kronisk sjuke ved lokalsjuehusene.

Mange sjuehus har gode erfaringer med tverrfaglige diabetesteam. Disse kan bestå av lege og sjuepleier, og noen har i tillegg klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut og fotterapeut med på laget. Sverige, Danmark og Nederland har gode erfaringer med slike team, og det ser ut til at hyppigheten av amputasjoner kan reduseres med mellom 40 og 80 pst. Derfor er etablering av diabetesteam ved alle landets sjuehus og systemer for bedre samhandling mellom helsetjenestenivåene også svært viktige tiltak for å få ned antallet amputasjoner.

Interpellanten har nevnt tilbudet ved Stavanger Universitetssjuehus, der fotterapeutene har en viktig rolle, som et eksempel på et godt tiltak for denne gruppen pasienter. Jeg er enig i at man i Stavanger har utviklet et bra tilbud, som bør inspirere også andre sjuehus ellers i landet til å kunne utvikle denne tjenesten videre. Jeg synes det er spesielt interessant at fotterapeutene har en sentral rolle i behandlinga og oppfølginga av pasientene. Jeg er også kjent med at sjuehuset arbeider med å videreutvikle denne kompetansen ytterligere, og jeg vil følge denne utviklinga nøye.

Som sagt: Diabetes er et økende problem, som Regjeringa tar på største alvor. Målene i diabetesstrategien skal følges opp når det gjelder både forebygging og behandling. Med tverrfaglige diabetesteam, systemer for samhandling og opplæring av pasienter og pårørende skal vi lykkes i å redusere antallet amputasjoner. Implementering av NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis skal også sikre større oppmerksomhet overfor risikogrupperne og tidlig påvisning av sjukdommen. Jeg har store forventninger til at det arbeidet som nå er satt i gang på diabetesområdet, vil føre til en bedre situasjon for landets diabetespasienter.

S i g v a l d O p p e b ø e n H a n s e n hadde her teke over presidentplassen.

Vidgis Giltun (FrP) [10:19:24]: Jeg vil takke statsråden så veldig mye for svaret. Etter hva jeg hører, er det ikke noen uenighet mellom statsråden og meg verken når det gjelder situasjonen – hvordan den er i realiteten – eller

hvilke behov man ser for seg både når det gjelder helsepersonell og forebygging. Som vi begge sa, ser vi en sterk økning i seinplager, og det gjør at mye av de pengene som blir brukt nå, blir brukt til å behandle seinplager. I mitt innlegg sa jeg at 70 pst. gikk til det og 30 pst. til forebygging.

De forebyggingstiltakene som blir igangsatt nå etter denne planen, vil ikke ha effekt med én gang, så vi vil fortsatt se at mer av de midlene som er gitt i budsjettene allerede, vil bli brukt til behandling, enten vi ønsker det eller ikke. Nettopp derfor må vi tilføre ekstra midler i noen år framover, slik at diabetesplanen kan følges opp, så vi får effekt av den forebygging som vi planlegger når det gjelder livsstilsendring og alle de andre tiltakene som pasientene skal være med på selv.

Når det gjelder de tiltakene som det offentlige må stå for, må det bevilges mer penger for å få opprettet diabetesteamene og få skolert personale med spesialkompetanse ute i kommunene. Det er ikke slik at en diabetespasient som får et fotsår, kan stelle det selv, eller at en vanlig fotterapeut kan ta seg av det. Som regel er det en fotterapeut med spesialkompetanse som bør ta sånne oppgaver. Vi har en oppgave både med å utdanne den yrkesgruppen og med å heve deres status, så de kan få litt lettere samarbeidsforhold med de andre yrkesgruppene – det er ofte litt konflikter dem imellom. Jeg tror at vi i noen år må bidra med ekstra midler til forebygging for å kunne få den ønskede effekten. Jeg håper at alle partiene nå vil se på om det kan legges inn noe mer i budsjettet, så vi kan komme i gang med god forebygging og kanskje slippe å bruke enda mer enn vi gjør i dag, av de midlene som er til diabetes, til å reparere skadene.

Statsråd Sylvia Brustad [10:21:59]: Jeg er veldig glad for at det – i hvert fall så langt, men vi får høre videre i debatten – ser ut til å være bred enighet om hvor stor utfordring dette er i dag og kommer til å bli i framtida, så langt vi kjenner til det nå. Det er viktig å gjøre begge deler: både å forebygge og i praksis sette i verk tiltak som kan hindre at folk blir sjuke, i hvert fall så tidlig, og også sørge for at de som allerede er sjuke, får nødvendig behandling. Da er selvfølgelig penger viktig, og det er jo også en av grunnene til at Regjeringa har styrket sjuehusøkonomien kraftig for neste år, og at vi også har lagt inn penger til ulike forebyggende tiltak, som også ikke minst er rettet inn mot denne gruppen.

Men det er ikke alt som koster penger, heller. Jeg vil si at det å få til mer tverrfaglige team som kan arbeide med dette, ikke nødvendigvis trenger å koste veldig mye penger. Det handler om å samhandle og gjøre ting på en bedre måte, slik man ikke minst i Stavanger har lyktes med.

Jeg er enig med representanten Giltun i at mange av disse pasientene ikke greier å stelle sårene sjøl. Derfor er det så viktig at de er inne til kontroller og behandling i helsevesenet. Men det er nok også sann at hvis noen flere hadde fått opplæring, i hvert fall i den tidlige fasen av sjukdommen, så kunne de også ha gjort mer sjøl. Så der må vi også gjøre begge deler på én gang.

Jeg har også veldig stor tro på at det nye programmet for alle allmennleger, når vi nå får innført det – altså det å

være oppmerksom på tidligere hva du skal gjøre for å forebygge, hva du skal gjøre for å behandle, osv. – vil forhindre at så mange får så alvorlige seinkomplikasjoner som vi i dag dessverre ser eksempler på.

Så her tror jeg det er mulig å gjøre noe ganske tverrpolitisk – og det er jeg glad for – på et så viktig område, både når det gjelder å forebygge videre, behandle best mulig dem som har fått sjukdommen, og forhindre at så mange f.eks. må amputere beinet, som selvfølgelig er en forferdelig greie.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [10:24:00]: Interpellanten fokuserer på et område innen diabetesomsorgen som de fleste helst ikke vil tenke på. En amputasjon er en stor fysisk belastning, men en like så stor psykisk belastning for den som rammes. Jeg er derfor glad for at Regjeringen satser på å forebygge diabetes, satser på å få mobilisert og koordinert de ressursene som vi allerede har, gjennom den nasjonale strategien og med en egen direktør. Vi vet veldig mye om det å forebygge, vi vet mye om det å unngå, og det må komme fram til den det gjelder. Samtidig må vi ikke skape skyldfølelse hos dem som rammes, for det kan være mange grunner til at amputasjoner skjer, selv om en følger alle de råd og levereregler som gis.

Diabetes type 1 kan vi foreløpig gjøre lite for å forhindre. Også type 1-diabetikere amputerer bein, fordi mange av dem foreløpig har hatt et mye lengre forløp av sjukdommen. Type 2 har det tradisjonelt vært en seinere debut på. Type 1-diabetikerne har ofte en bedre tilknytning til lege og kan ofte nås der. Ofte har de også fått mye bedre informasjon enn det type 2-diabetikerne har fått. Seinskadene til type 2-diabetikere har derfor blitt undervurdert. Det vi nå ser med at stadig flere yngre rammes av type 2, vil jo føre til at flere vil ha sjukdommen en lengre del av livet og dermed ha større sjanse for å få seinskader.

Tidlig diagnose vil, som statsråden sier, være et forebyggende tiltak. Vi vet at veldig mange går med diabetes uten at de selv er klar over det. Et forhøyet blodsukker over tid skader de små blodårene, og det fører igjen til sår som ikke vil gro. Handlingsprogrammet som statsråden refererer til, vil derfor være veldig viktig å få i gang. Utfordringene i forbindelse med det blir hvordan en skal nå de pasientene som ikke vet at de er sjuke, og som heller ikke vet nok om hva som virker. Her må det nok jobbes på flere arenaer, og tverrfaglighet og samhandling er stikkordene.

Helsepersonell er, som statsråden nevner, viktige aktører – fra fastlegen, som tidlig kan oppdage symptomene, til pleiepersonell som har nær kontakt med pasienten, og andre grupper som jobber med pasienter. Opplæring og videreutdanning er nødvendig for alle de gruppene og må skje kontinuerlig og med god, oppdatert kunnskap. I all helseutdanning må dette være en viktig del av pensum, og det må tilbys etterutdanning og kurs til de aktuelle.

En godt regulert diabetes er også avhengig av gode tekniske hjelpemidler, som i dag finnes. Verdien av hyppige blodsuktermålinger, kunnskap om ernæring og mosjon, fotstell og kunnskap om hva som kan skje, er noe alle diabetikere bør få god informasjon om. Flere lærings- og

mestringssentre vil være bidrag til det. Ansvar for egen sjukdom er udiskutabelt, idet en diabetiker lever 24 timer i døgnet med sin egen sjukdom og best kjenner til hvordan han eller hun har det. Men jeg må igjen si: En god, oppdatert kunnskap er nødvendig. Vi vet dessverre at det finnes veldig mye gammeldags viten rundt om. Den må vi få fjernet, og så må vi få inn en god, ny kunnskap.

Diabetesforbundet er flinke til å gi informasjon til dem som allerede er diabetikere, og de har medlemmer som står på rundt om i landet for å gi andre innføring i hvordan det er å leve med diabetes, og hvordan det er å leve best mulig og lengst mulig med diabetes. Det er bra, og det er nyttig.

I den samhandlingen, som statsråden sier mye om, vil de være viktige aktører og medspillere, og det er medspillere som kan nå mange. Informasjon om å forebygge diabetes er, som vi alle her foreløpig har sagt, viktig. Men når sjukdommen først har brutt ut, må vi finne flest mulige måter å løse også det på. Interpellanten nevner én gruppe, og målet må være å nå dem før enda flere seinskader oppstår, og hjelpe dem der de er.

Igjen: Mye kan gjøres ved god egenkontroll og god kunnskap, og jeg mener at vi gjennom statsrådets svar har fått gode føringer på hvordan vi kan nå det – forebygging framfor reparasjon. Og så må vi hjelpe dem som i tillegg har vært så uheldige å få seinskader.

Karin Andersen (SV) [10:29:22]: Jeg vil benytte anledningen til å takke interpellanten for å ha tatt opp en svært god sak og statsråden for å ha gitt et veldig godt svar.

Dette er et tema som jeg har vært borti veldig mange ganger i jobben på Stortinget. Derfor er det godt å høre at man nå er i ferd med å få en helhetlig strategi for å forebygge at skader oppstår når man er så uheldig å få en sykdom, men også at man har en mye mer systematisert oppfølging når sykdommen er der og man trenger behandling. Da er det viktig at man får implementert NSAM-strategien, slik at alle leger i førstelinjetjenesten benytter en systematisk tilnærming til det. Jeg kunne tenke meg å spørre statsråden, når det nå er i overkant av 50 pst. av legene som benytter denne strategien, om man skal få alle til å gjøre det, og om man har en tidshorisont på det som er ganske kort. For det er utrolig viktig at man kommer i gang med dette arbeidet veldig fort. Det skulle jo ikke koste noe. Tvert imot burde det redusere utgiftene til helsevesenet vesentlig at man får ned antall amputasjoner med halvparten, som en slik strategi kan innebære.

Det andre er de faglige retningslinjene som spesialisthelsetjenesten skal rette seg etter. Kan statsråden også si litt om tidshorisonten på det? Her foregår det, som hun selv og interpellanten påpeker, et veldig godt arbeid, f.eks. i Stavanger. Er det mulig å få på plass også slike retningslinjer ganske raskt?

Det er de spørsmålene som jeg ønsker å fokusere videre på, for det er det å få denne jobben opp å stå veldig fort som nå blir viktig.

Til slutt har jeg også lyst til å si at jeg er veldig enig i det representanten Mandt-Bartholsen sa – og det tror jeg

også alle er enig i – at det er viktig når folk først har blitt syke og får et problem med sykdommen, at vi ikke omtaler egenbehandling på en slik måte at folk føler at de får en skyld for at de har blitt så syke at de kanskje må amputere. Det er et veldig fokus på helse i debatten rundt sykdomsforebygging i dag, og det er veldig viktig. Jeg er veldig glad for det. Jeg har veldig tro på det. Jeg har veldig tro på kampanjer for at vi skal bevege oss mer, røyke mindre og drikke mindre og i det hele tatt ta ansvar for egen helse. Men det er veldig viktig at vi greier å ha debatten på en slik måte at de som blir syke, ikke får skyld. For de aller fleste sykdommer kommer ikke av at man gjør noe galt, men man er rett og slett uheldig og får en sykdom av en eller annen årsak, som man i de aller fleste tilfeller ikke kan gjøre alt med i hvert fall.

Jeg ønsker statsråden lykke til med arbeidet både med den forebyggende strategien og med den kurative strategien, og ønsker altså litt mer tilbakemelding på hvor raskt hun mener at disse strategiene kan implementeres både i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten.

Laila Dāvøy (KrF) [10:33:18]: Det koster mye mindre å forebygge generelt enn å reparere. Det innebærer også kroner spart for den norske stat over tid både i helsevesenet direkte og også indirekte på mange andre budsjetter som det ikke er så lett å tallfeste. Men først og fremst er det de menneskelige gevinstene som er viktigst. Å forhindre lidelser og fremme livskvalitet gjennom forebygging er faktisk en av de viktigste oppgavene til de norske helse- og omsorgstjenestene, og bør få økt prioritet i årene framover. Jeg er derfor svært glad for at representanten Giltun fokuserer på forebygging gjennom denne interpellasjonen, og er også glad for det svaret statsråden har gitt fra talerstolen i dag.

Vi har hørt tidligere i dag tall som viser en kraftig økning også blant de yngre gruppene når det gjelder diabetes. Vi vet at økt fysisk aktivitet og bedre kosthold er grep som kan forebygge diabetes, og dette er også langt rimeligere enn å tilby medisiner og annen behandling når diabetes er utviklet. Siden gevinstene av forebygging merkes på mange ulike budsjetter, betyr det at det også må investeres i forebygging på mange ulike budsjetter. Det handler om styrking av sykehusene, skolehelsetjenesten, eldrecentre, frivillige organisasjoner, informasjonskampanjer osv. – tiltak som flere har vært inne på her tidligere.

Når det gjelder sykehusenes rolle i det forebyggende arbeidet, er den også av avgjørende betydning. Den undervisende oppgaven overfor pasienter og pårørende er viktig, særlig når det gjelder diabetes. Mye kan forebygges også når sykdommen er utviklet. Her spiller poliklinikkene en viktig rolle.

Komplikasjonene ved diabetes er alvorlige. Vi har hørt flere: synsproblemer, sår på føttene som ikke gror, hjerte-problemer og nyresvikt, og hjerneslag i verste fall etter lang tid. Sår som ikke gror, er f.eks. til stor bekymring først og fremst for pasienten, men selvsagt også for behandlerne personell, som får en utfordring. Å måtte amputere en kroppsdelen er et traumatisk skritt å ta for den det

gjelder. Man kunne vært spart for menneskelige lidelser dersom dette var mulig å forebygge.

I et tverrfaglig behandlingstilbud inngår særlig klinisk ernæringsfysiologi, fysioterapi og fotterapi. Riktig kosthold bidrar til god sårtilheling, vet vi, og å være fysisk aktiv øker blodsirkulasjonen, som er avgjørende for at f.eks. et sår skal gro. Det er viktig at sykehusene ser sitt ansvar for å gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud.

Når det gjelder forebygging der pasienten bor, spiller kommunehelsetjenesten også en viktig rolle. Særlig vil jeg trekke fram den rollen eldrecentre kan spille når det gjelder eldre og diabetes. Gjennom aktiviteter på eldrecenteret kan eldre mennesker få fysisk aktivitet, styrket kosthold og tilbud om rimelig fotpleie. Dette stedet kan være en arena der helsepersonell kan formidle viktig informasjon. Det skjer i nært samarbeid med frivillige enkeltpersoner og frivillige organisasjoner, som også gjør en formidabel jobb.

Oppsøkende virksomhet kan organiseres ut fra eldrecenteret. Det vil også gjøre at man kan fange opp eldre i ulike faresoner. Det samme gjelder helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Det er også en arena som egner seg for å nå foreldre, barn og ungdom med informasjon og veiledning om kosthold og aktivitet. Skolehelsetjenesten må styrkes bl.a. med å bli mer tilgjengelig. Vi har sett en utvikling, men det er ikke godt nok alle steder. Mange barn og unge mangler voksne samtalepartnere, og helsesøstre og leger i skolehelsetjenesten spiller en viktig rolle i dette.

Barn og unge utsettes for ulike typer press fra omgivelsene og fra seg selv, forventninger til å lykkes, ha en pen kropp, venner, aktiviteter, sunt kosthold osv. I denne, skal vi si, kryssilden er det viktig med forbilder, og at man har noen å snakke med. Vi mener i Kristelig Folkeparti at forebygging generelt må vektlegges på mange arenaer i større grad enn i dag, og spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar, særlig på diabetesmålet. Det vil lønne seg i det lange løp både samfunnsøkonomisk og først og fremst, og det vil jeg påpeke igjen, menneskelig.

Rune J. Skjælaen (Sp) [10:38:21]: Det har vært sagt mye klokt, synes jeg, i denne interpellasjonsdebatten hittil, både fra interpellanten og fra de andre deltakerne i salen. Det er ikke mange ukene siden det stod som en overskrift i en av avisene våre: diabetesepidemi. Det er veldig urovekkende at diabetes 2 er en sykdom som flere og flere får. Vi vet noe om årsakene, vi vet noe om at det har med kosthold å gjøre, og vi vet noe om at det har med lite fysisk aktivitet å gjøre. Når jeg sier det, er det ikke for å snakke om skyld i forhold til dette, men vi vet altså noe om årsakene, og da er det viktig å kunne lage noen strategier for å møte denne utviklingen. Det er klart at når 120 000 mennesker har diabetes 2, og like mange sannsynligvis har det uten å ha oppdaget det ennå, er det en kjempeutfordring.

Jeg var sist mandag på en folkehelsekonferanse, «Partnerskap for folkehelse», i Bergen, der Hordaland fylkeskommune inngikk avtale med fylkesmannen og kommunene i fylket for virkelig å sette støtet inn og gå sammen alle gode krefter for å gjøre noe i forhold til folkehelsen.

Jeg forstår at det er 17 fylkeskommuner som er med på dette, og det er satt av penger på statsbudsjettet også. Det er veldig viktig å forebygge, og når Regjeringen har foreslått ca. 28 mill. kr til forebygging på statsbudsjettet for 2007, synes vi det er en bra og god satsing.

Men hva så med dem som er rammet av sykdommen? Da har jeg først lyst til å si at jeg synes det er veldig bra det statsråden svarer, nemlig at en ønsker å støtte implementeringen av NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis, noe også andre representanter har nevnt. Det er viktig at allmennlegene kan diagnostisere og følge med pasientene på et tidlig tidspunkt, og at en sikrer likeverdige og gode prosedyrer uavhengig av hvilken lege en kommer til. Det er faktisk viktig. Det gjelder diabetes, og det gjelder også andre sykdommer. Dette er jo også noe som Regjeringen arbeider med i forhold til å få kvaliteten på helsetjenestene våre.

Så er det viktig at en ikke ser på diabetespasienter som ressurssvake pasienter. Det er pasienter og mennesker som har ressurser til også å kunne leve med sykdommen, og da er det viktig at helsetjenesten understøtter pasientene, understøtter de ressursene som pasienten har, slik at en kan leve med sykdommen – leve lenge med sykdommen – og unngå vanskelige komplikasjoner som skyldes at en ikke var klar over at her kunne en sette inn også egne strategier i denne kampen. Jeg synes det er positivt at Regjeringen vil understøtte det å skulle få en kvalitet hos fastlegene, slik at diabetes kan bli oppdaget og fulgt opp på en skikkelig og god måte.

Lise Christoffersen (A) [10:43:08]: Jeg vil i likhet med de andre som har hatt ordet her, takke både interpellanten for gode spørsmål og statsråden for gode svar.

Debatten her i dag har vist at forebygging er minst to ting: Forebygging er å forhindre sykdom, men forebygging er også å forhindre de tyngste konsekvensene når sykdom først har oppstått. Det har dreid seg mye i debatten her om bekymring for veksten i diabetes 2. Det er imidlertid også talere som har vært inne på den gruppen som har diabetes 1. Representanten Mandt-Bartholsen var bl.a. inne på det og viste til at her har en kanskje bedre kontroll med situasjonen enn det en har når det gjelder diabetes 2. Det er nok riktig, men samtidig kunne jeg tenke meg å benytte anledningen her til også å slå et slag for den gruppen som vi snakker om når vi snakker om diabetes 1, for jeg tror kanskje det er mulig å gjøre mer også for å forebygge konsekvenser av sykdom for den gruppen. Det handler om at alle som kan ha behov for en type legemidler, faktisk får tilgang til den typen legemidler som en kan ha best nytte av. Det finnes altså medikamenter på det feltet som en får etter individuell søknad etter § 10 a. Så vet jeg også at Stortinget, i forrige periode var vel det, bad Helsedepartementet om også å foreta en generell vurdering av hva slags typer legemidler som bør vurderes flyttet fra § 10 a og over til § 9, hvor du får refusjon etter en forhåndsgodkjenning og slipper en individuell søknadsprosedyre. Det er noen tegn som tyder på at legemidler som gir en bedre livskvalitet for personer med diabetes 1, ikke

når alle i den gruppen som faktisk har behov. Det er gjort noen anslag som viser at en antakelig har en «bestand» på ca. 10 000 pasienter med diabetes 1 som kunne hatt nytte av den typen legemidler, men at det er sånn at det er anslagsvis 3 500 som får tilgang til den typen legemidler.

Det finnes helt sikkert noen berettigede avslag, men så er det noe som tyder på at noen tusen i denne gruppen ikke kommer så langt som til å bli vurdert for den typen legemidler. Da snakker jeg om dem det aldri blir sendt noen søknad for. Når søknad først er sendt, er jeg klar over at det er gjort mye for å kutte saksbehandlingstiden, og den ligger i dag innenfor akseptable rammer på en 14 dagers tid. Men det er altså lang vei fram dit for noen, og noen kommer aldri dit.

Det finnes også noen tall fra Oslo som tyder på at det er systematiske, såkalte vestkant–østkant-forskjeller når det gjelder hvem som kommer så langt som til at det blir søkt for en. Det kan tyde på at dette i stor grad kan være avhengig av pasientens eget initiativ. Det er tegn som tyder på at det kanskje er noen leger – og jeg understreker kanskje – som vegrer seg for det papirarbeidet det fører med seg. Derfor kunne jeg tenke meg å benytte anledningen til å anmode statsråden om i hvert fall å se på og vurdere muligheten for at den typen legemidler kunne vært overført fra § 10 a til § 9 i loven. Jeg er også kjent med at Legemiddelverket har kartlagt hva som skjer når søknad først foreligger, men jeg kunne også tenke meg å be statsråden vurdere om det også bør innhentes en del kliniske erfaringer for hvordan viktige legemidler blir eller ikke blir gjort tilgjengelige for pasienter som har bruk for dem.

Første gangen jeg hørte om denne saken, var via en bekjent, og jeg tror de aller fleste av oss kjenner folk som er i diagnosegruppen diabetikere, enten det er 1 eller 2. Det var en person som hadde betalt for denne typen legemidler av egen lomme, og som hadde opplevd en dramatisk forbedring i positiv retning av livskvaliteten sin. Det førte til mindre følinger. Det ble en god kontroll på blodsukkeret, og det førte til at vedkommende gikk dramatisk ned i vekt, fordi vedkommende hadde en bedre allmenntilstand og var i stand til å drive mer systematisk mosjon. Det førte til at vedkommende hadde bruk for færre doser. Det ser også ut til at dette er legemidler som samlet sett kan gi lavere dødelighet, og som kan gi mindre bruk av uførepen-sjon og sykepengene. Så mitt ønske er at selv om det er viktig å fokusere på diabetes 2, kan en kanskje også ta med noen vurderinger når det gjelder tilgangen på legemidler til gruppen diabetes 1, som har en medfødt lidelse, og som skal – forhåpentligvis – leve lenge med den.

Vigdis Giltun (FrP) [10:48:36]: Jeg vil få takke statsråden, som jeg også takket i stad, og alle dem som har vært med og deltatt i denne debatten. Jeg synes det har vært en god debatt, en veldig viktig debatt. Den har vist at vi alle ser store utfordringer, store problemer, og at det er mye vi kan gjøre.

Kanskje det aller beste med denne saken er at vi har en del svar allerede. Vi har en del ting vi kan gjøre. Det ligger

klart, men vi må få satt det i system, og vi må, som jeg tidligere har sagt, bevilge penger.

Sykehusøkonomien er ikke god, men statsråden sier at dette er sykehusenes ansvar, og at det blir bevilget penger i deres budsjetter. Nå er det gitt klare politiske signaler om at det skal være en opptrapping på områdene psykiatri og rus, og det vil med andre ord si at det ikke blir noen opptrapping av forebygging og behandling av somatiske lidelser. Man får ikke opptrapping over alt for de samme pengene.

Det tar tid før forebyggingstiltak virker, og det er helt opplagt at vi får økte utgifter til amputasjoner den nærmeste tiden. Vi får også store ekstra utgifter i forbindelse med nyresvikt, både når det gjelder transplantasjoner og dialysebehandlinger. Det er ikke slik at man kan bruke de samme pengene om igjen og om igjen.

Når det gjelder retten til å få bedre medisiner som er nevnt her, er det veldig viktig. Det er også en del av forebyggingen. Det å kunne bruke riktig optimal medisin er noe som samfunnet må bidra med, men som vil koste litt ekstra.

Det samme gjelder kosthold og ekstra utgifter som diabetespasienter har i forbindelse med sykdommen sin. De som følger rådene til Regjeringen og de politiske signalene om å leve så riktig som mulig, og får ekstra kostnader, må få mulighet til å trekke fra på skatten. Der har man noe å se på.

Grunnen til at jeg spisset debatten, var egentlig at jeg ville vise hvor stort dette temaet er, for å vise at én av disse komplikasjonene har et stort omfang, et stort forebyggingspotensial, og at det ligger så mye i det. Det gjør det også for hver enkelt av de andre senkomplikasjonene, og det totale forebyggingsarbeidet blir stort og omfattende.

Jeg vil bare igjen oppfordre alle til å ta en titt på budsjettene. Jeg tror alle vil innse at det ikke holder med det vi hittil har bidratt med. Kanskje man kan være litt rausere, slik at vi får gjort det som alle er enige om at vi må gjøre noe med.

Statsråd Sylvia Brustad [10:51:12]: Jeg vil også takke for en god debatt. Jeg føler at det på de fleste områder er ganske brei enighet, og det borger jo bra for å kunne få til noe framover.

Først vil jeg si meg enig med de talere som har sagt at forebygging selvfølgelig er veldig viktig på alle områder, som på dette, ja ikke minst på dette området. Men samtidig vet vi også – slik at folk ikke skal ha skyldfølelse – at sjøl de som gjør alt riktig, også kan bli sjuke. Så det er ingen garanti når vi snakker generelt. Derfor skal ikke folk ha skyldfølelse når de blir sjuke, men det skal heller ikke stå i veien for at vi skal drive et aktivt, forebyggende arbeid på alle områder. Så jeg er enig med dem som har vært inne på det.

I forbindelse med denne saken er det viktig at sykdommen blir oppdaget tidlig, for at man skal kunne iverksette de tiltak som er nødvendige. Det er veldig viktig at de – kanskje 120 000 mennesker – som i dag ikke vet at de har sykdommen, får diagnosen, slik at det blir iverk-

satt tiltak, og at de som allerede er sjuke, får skikkelig behandling, slik vi har vært inne på.

Jeg mener også at fastlegen er usedvanlig viktig her. Derfor er det å få implementert det nye programmet veldig viktig. Representanten Andersen spurte om hvor fort dette skal skje. Som jeg sa i hovedsvaret mitt, er Legeforeningen sammen med Sosial- og helsedirektoratet pålagt å gjøre det. Vi har ikke satt noen bestemt dato, men de har fått beskjed om at dette skal skje raskt. Jeg har forventninger til at dette nye programmet raskt vil bli tatt i bruk av alle landets allmennleger. Det er svært viktig.

Jeg er helt enig i det representanten Mandt-Barthol森 tok opp i forhold til at det hele tiden er viktig å kunne mer, altså å bruke oppdatert kunnskap, både for dem dette gjelder, deres pårørende og ikke minst for dem som jobber i sektoren. Jeg mener også at lærings- og mestringssentra er viktige, og at vi må få bygd ut flere. Der vi har litt erfaring med det, ser vi at folk får bedre livskvalitet og hjelp til hvordan man skal leve med sykdommen, både de det gjelder, og deres pårørende.

Når det gjelder spørsmålet fra representanten Karin Andersen omkring de faglige retningslinjene, er det heller ikke satt noen fast dato for disse, men det vil ta noe lengre tid. Vi skal jo nå også sette ned et nytt nasjonalt råd som skal ta seg av kvalitet og prioritering, som er så veldig viktig. Jeg vil nok mene at de også bør ha en liten rolle i dette arbeidet, men det kan vi komme tilbake til.

Jeg er også enig med representanten Dávøy i at det først og fremst er for hver enkelt at det er viktig å gjøre dette, og at samfunnet kommer i andre rekke. Jeg er også enig i at eldresentre kan gjøre noe mer aktivt her, og at også andre kan drive med oppsøkende virksomhet.

Til representanten Skjælaaens innlegg om at det ikke er ressursvake mennesker vi her snakker om, vil jeg si at det er jeg helt enig i.

Til slutt til representanten Christoffersen: Det er helt klart at alle som trenger medisiner, skal få riktige medisiner. Derfor er det viktig at vi har et system som ivaretar det. Per i dag er det ca. 14 dagers behandlingstid på individuell behandling av søknader. Dette er jo noe vi kontinuerlig følger med på, for folk skal ha de medisiner de må ha for å kunne ha en bedre livskvalitet og dermed et bedre liv.

Presidenten: Da er interpellasjonsdebatten i sak nr. 1 over.

S a k n r . 2

Interpellasjon fra representanten Sonja Irene Sjøli til helse- og omsorgsministeren:

«Ifølge Sosial- og helsedirektoratet foreligger det begrenset kunnskap om hvilke skadevirkninger et barn utsettes for som følge av at mor er under behandling med metadon eller buprenorfin under svangerskapet. Det er imidlertid et faktum at de fleste barna som eksponeres for slike medikamenter i fosterlivet, får abstinenser etter fødsel, og at de har lavere fødselsvekt enn andre barn. Regjeringen Bondevik II foreslo i revidert nasjonalbudsjett for

2005 å øke bevilgningen til rusbehandling med 50 mill. kr. Innenfor denne bevilgningen skulle regionale helseforetak sikre et medikamentfritt behandlingstilbud til gravide pasienter under legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Formålet med bevilgningen var å gi gravide pasienter i LAR en mulighet for et rusfritt og medikamentfritt svangerskap.

Hva er status for arbeidet med å utvikle slike tilbud?»

Sonja Irene Sjøli (H) [10:56:26]: For ti dager siden, den 10. oktober, markerte vi Verdensdagen for psykisk helse. Hovedbudskapet var «se meg», og temaet rettet oppmerksomheten mot barn, familier og samfunn. I dag skal vi diskutere tilbudet til en gruppe barn og deres mødre som i aller høyeste grad trenger å bli sett, og som har behov for omsorg og tett oppfølging.

Det har vært bred politisk enighet om å utvide tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering, og kapasiteten ble mer enn doblet under Samarbeidsregjeringen. Med et utvidet tilbud om LAR-behandling har mange mennesker fått en ny sjanse til å leve et bedre liv, og de har fått en bedre livskvalitet. Med en mer stabil livssituasjon kommer også ønsket om en mer normalisert tilværelse, med bl.a. et familieliv. Blant et økende antall LAR-pasienter er også stadig flere kvinner som ønsker å få barn, eller som blir gravide uten at dette er planlagt. Dette krever at vi legger til rette for et godt svangerskap og en god omsorgssituasjon for barn og familie. Jeg vil understreke at samfunnet har et særlig ansvar for å ta hensyn til og beskytte det ufødte liv.

I dag er det praksis for at kvinner som blir gravide mens de er under LAR, blir stående på metadon eller Subutex gjennom svangerskapet. Det er liten kunnskap om langtidsvirkningene av metadonbehandling for fosteret. Det er imidlertid et faktum at mange av barna som blir født – mellom 60 og 80 pst. – har sterk abstinens, de har lavere fødselsvekt og pusteforstyrrelser. I felleskatalogen for legemidler er det advart mot disse skadevirkningene, og det heter at preparatet ikke bør brukes med mindre fordelene oppveier en mulig risiko. I en undersøkelse foretatt av Gabrielle Welle-Strand i 2004 kommer det fram at det er overhyppighet av krybbedød blant barn som har vært utsatt for metadon eller Subutex under svangerskapet. Forekomsten er 3,6 pst. hos metadonbarna, mot 8 promille blant spedbarn for øvrig. Selv om utvalget er lite og det er vanskelig å trekke vitenskapelige slutninger, er dette etter min oppfatning alarmerende.

Så langt har debatten om behandlingen av gravide LAR-pasienter i hovedsak gått i fagmiljøene. Fagfolk strides om det er mest hensiktsmessig å la gravide bli stående på metadon eller Subutex under svangerskapet, eller om man bør forsøke å avslutte behandlingen. Etter min oppfatning er dette spørsmål som også krever etiske og politiske avveininger. Kjernen i saken er hvorvidt vi er villige til å utsette ufødte barn for de betydelige skadevirkninger en LAR-behandling kan medføre, eller om vi skal forsøke å skåne dem for skade så langt som mulig.

I den øvrige svangerskapsomsorgen er det åpenbart at vi legger et føre var-hensyn til grunn. Det er en selvfølge

at offentlige myndigheter fraråder bruk av tobakk og illegale rusmidler i svangerskapet. Nå anbefales gravide totalavholdenhet fra alkohol. I tillegg fraråder Mattilsynet gravide å spise bl.a. ferskvannsrørret på over en kilo, spekeskinke og blåmuggost, samt å drikke mer enn to kopper kaffe pr. dag. Men det foreligger ingen retningslinjer som tilsier at LAR-pasienter rådes til å slutte med metadon eller Subutex før svangerskapet. Tvert imot. Mange i fagmiljøene tar til orde for fortsatt medikamentell behandling under svangerskapet, til tross for at skadevirkningene for fosteret knyttet til bruk av metadon eller Subutex trolig er betydelig mer alvorlig enn farene forbundet med å spise ferskvannsrørret på over en kilo.

Jeg mener det må være åpenbart at norske helsemyndigheter må legge til rette for at LAR-pasienter som planlegger å få barn, skal få mulighet til å gjennomføre et medikamentfritt svangerskap. Erfaringen viser at svangerskapet er den perioden i livet da vi er mer motivert enn noen gang for å endre livsstil, av hensyn til det ufødte barnet. Vi har barnets beste i fokus. Samtidig vet vi at svangerskapet og særlig tiden etterpå kan være en sårbar periode, og det er helt avgjørende at særlig disse kvinnene får et godt behandlings- og støttetilbud som gjør det trygt å avslutte medikamentell behandling.

Enkelte mener at det å slutte med metadon eller Subutex representerer en betydelig risiko for tilbakefall til rusmiddelmissbruk, som i så fall vil skade barnet mer enn metadonbehandling. Jeg synes ikke vi så lett skal akseptere at dette er et valg mellom pest og kolera. Vi må ha ambisjoner om å gi de ufødte barna og deres mødre det best mulige tilbudet. Det best mulige tilbudet må være en tett og god oppfølging under hele svangerskapet som forhindrer tilbakefall til rusavhengighet og gjør det trygt å avslutte medikamentell behandling med metadon eller Subutex. Jeg tror de aller fleste vil være motivert for dette dersom de samtidig får god støtte, ikke bare under svangerskapet, under fødselen eller i den første tiden etterpå, men gjerne gjennom hele småbarnsperioden og også mye lenger om nødvendig.

Vi bør imidlertid kunne bruke hjemlene for tvungen tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2a dersom frivillige tiltak ikke fører fram. Denne bestemmelsen ble behandlet av Stortingets sosialkomite i Innst. O nr. 68 for 1994-95. Komiteen ble den gang ledet av nåværende helse- og omsorgsminister Brustad. Det er interessant å merke seg at komiteen strammet inn departementets opprinnelige lovforslag, slik at hensynet til det ufødte barnet ble tillagt større vekt enn det regjeringen i utgangspunktet foreslo. Dette var etter min mening et eksempel på klokt politisk lederskap.

I en artikkel i Aftenposten den 6. oktober i år påpeker forskerne Helge Waal og Monica Sarfi at det kan være problematisk for fosteret å avslutte behandlingen med metadon eller Subutex under selve svangerskapet. Dette utelukker imidlertid ikke at kvinner som planlegger å bli gravide, rådes til å avslutte medikamentell behandling før svangerskapet er en realitet.

Dersom vi skal lykkes i å gi tidligere rusavhengige et rus- og medikamentfritt svangerskap, krever dette selv-

sagt ressurser, som det allerede er for lite av i rusbehandlingen. Tidligere helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen satte derfor av 50 mill. kr til ekstratiltak på rusfeltet i revidert nasjonalbudsjett for 2005 og bad helseforetakene spesielt sørge for å utvikle et medikamentfritt tilbud til gravide LAR-pasienter. Dette var et klart politisk signal om at vi ønsket et bedre tilbud for disse barna og deres mødre.

Mitt spørsmål til helse- og omsorgsministeren er hvordan dette arbeidet følges opp i helseforetakene, og hva som er status for arbeidet med å sikre et medikamentfritt behandlings- og støttetilbud til denne gruppen.

Statsråd Sylvia Brustad [11:04:16]: Jeg er helt enig med representanten Sjøli i at det er nødvendig å sikre at alle gravide i Norge får god oppfølging i svangerskapet, slik at ungen får en best mulig start. Det gjelder enten kvinnen er rusmiddelavhengig eller ikke. For rusmiddelavhengige kvinner, som jo er i en særlig vanskelig og sårbar situasjon, er det spesielt viktig med tett oppfølging både før de blir gravide og gjennom hele svangerskapet. Som representanten Sjøli påpeker, har samfunnet et særlig ansvar for å se og høre unger som ikke har stemmer i den offentlige debatten.

Føre var-prinsippet er lagt til grunn i norsk svangerskapsomsorg. I de faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at forskrivning av legemidler begrenses til de tilfellene der fordelene for kvinnen overgår risikoen for fosteret. Derfor gis det prevensjonsveiledning til alle kvinner som er i LAR, for å hindre graviditeter. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at alle gravide rusmiddelavhengige, enten de er i LAR eller ikke, tilbys medikamentfri behandling. De understreker også at mange kvinner som blir gravide etter at de er kommet med i LAR, formidler at de ønsker å trappe ned på medikamentene under svangerskapet for å redusere påvirkningene på fosteret. Disse tilbys omfattende assistanse under nedtrappinga, og det anbefales en gradvis og forsiktig nedtrapping til laveste effektive dose fram til fødselen.

Gravides psykiske tilstand er tillagt økende betydning for ungers psykososiale utvikling de senere åra, og direktoratet understreker at det selvfølgelig er viktig for tjenestene å ha god kontakt med mor under svangerskapet. For gravide i LAR aksepteres ingen bruk av rusmidler. Sosial- og helsedirektoratet har vurdert at trussel om tvangsbehandling av kvinner som ikke greier å trappe ned på legemidlene de står på i LAR, kan føre til at de ikke forteller om graviditeten før svært sent i svangerskapet. Det kan også gjelde andre gravide rusmiddelavhengige. Ved dårlig rusmestring der det er fare for barnets helse, vurderer man alltid om det skal tas initiativ til at sosialtjenesten fremmer sak om tvang etter sosialtjenestelova. Ifølge direktoratet er det, som også representanten Sjøli var inne på, uenighet i norske fagmiljøer om videreføring av LAR ved graviditet. Enkelte miljøer vektlegger fullstendig medikamentfritt svangerskap. I andre land – fortsatt ifølge direktoratet – iverksettes me-

tadonbehandling av gravide heroinavhengige sjøl om kvinnen ikke er under LAR.

Jeg er svært opptatt av at vi må skaffe oss et godt faglig grunnlag på dette området. For å styrke kunnskapsgrunnlaget ytterligere har Sosial- og helsedirektoratet bedt Kunnskapsenteret om å levere en kunnskapsoppsummering om gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Dette er for å få et best mulig grunnlag for veiledning og faglige anbefalinger til tjenestene.

Til representanten Sjølis spørsmål om status for arbeidet med å utvikle medikamentfrie behandlingstilbud til gravide som er i LAR, vil jeg først opplyse at Helse- og omsorgsdepartementet i brev av juni 2005, slik representanten helt sikkert er kjent med, bad de regionale helseforetakene følge opp dette. De regionale helseforetakene skal, innenfor bevilgningen på 50 mill. kr, sikre tilbud for gravide rusmiddelmissbrukere som er under LAR, men som ikke ønsker å benytte slike legemidler under svangerskapet. Det står videre at formålet er å legge til rette for et medikamentfritt tilbud for denne gruppen for å unngå at ungene blir skadet. Det ble også forutsatt at brukeren må sikres tett oppfølging og nødvendig skjerming mot tilbakefall til rusmiddelmissbruk.

Gravide rusmiddelavhengige er høgt prioritert. Praksis viser at alle gravide rusmiddelavhengige, også gravide i LAR, tilbys et medikamentfritt tilbud og behandling. Dette er helt i tråd med direktoratets anbefaling. Gravide i LAR får dessuten strukturert og tett oppfølging gjennom hele svangerskapet, og det er helt nødvendig.

Jeg vil også understreke at tjenestene etter loven har en plikt til å vurdere om det skal tas initiativ til å plassere en gravid rusmiddelavhengig i institusjon uten hennes samtykke. Det gjelder for hele svangerskapet.

Disse ungene og mødrene er, som sagt, blant våre mest sårbare pasienter, og de har også krav på tilbud av høy kvalitet. Både spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern må samarbeide om et langsiktig tilbud med god støtte og oppfølging, ofte over flere år. Av hensyn til barnet ser jeg det som svært viktig at svangerskapet er medikamentfritt. Jeg mener derfor at det er god praksis at vi først tilbyr et medikamentfritt tilbud til de gravide rusmiddelavhengige. I de tilfeller der LAR allikevel vurderes som det beste alternativet, mener jeg at det er særdeles viktig at en overvåker utviklingen i svangerskapet nøye, og at disse kvinnene følges tett hele veien. Jeg ser at tjenestene også her står overfor en del vanskelige valg og dilemmaer.

Som jeg nevnte innledningsvis, legger jeg vekt på at vi så snart som mulig skal få et bedre kunnskapsgrunnlag på dette området. Jeg vil også følge opp med å be om at det utarbeides nye faglige anbefalinger og veiledning til tjenestene.

Regjeringa ser det som svært viktig å bedre kvaliteten på tilbudet til gravide rusmiddelavhengige i LAR. Det er også en av grunnene til at vi har styrket det i forslag til statsbudsjett for neste år, særlig knyttet til gravide og deres unger. Det vil også bidra til å heve kompetansen i tjenestene, f.eks. ved å utarbeide veiledningsmateriell til helse- og sosialpersonell.

Jeg har fått opplyst at pr. 31. august var 4 000 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Av disse er om lag en tredel kvinner, eller 1 300 personer. De fleste av disse er i fruktbar alder. Som representanten Sjøli også er inne på, er det et helsepolitisk mål at de som har behov for legemiddelassistert rehabilitering, skal få det. Vi må derfor forvente en ytterligere økning i antall pasienter i LAR de nærmeste åra. Jeg kommer til å følge utviklinga nøye, og jeg vil vurdere nødvendige styringstiltak. Jeg vil også be om at de regionale helseforetakene rapporterer om antall gravide i LAR pr. år i sin årlige melding. Jeg vil også ha informasjon om hva slags tilbud de får, herunder hvilke tilbud om oppfølging de blir gitt, og om hvilket samarbeid som er mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevernet.

Regjeringa har med dette lagt et løp for å skaffe mer kunnskap om feltet og for å hente inn erfaringer om hva som faktisk skjer i de ulike regionene. Målet er å få bedre oversikt over behandlingstilbudet, slik at vi eventuelt kan endre det og gjøre det enda bedre, og dessuten også få et bedre utgangspunkt for veiledning til dem som jobber på dette vanskelige, men svært viktige området.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:11:47]: Jeg takker statsråden for et grundig og godt svar.

Jeg er svært tilfreds med at det arbeidet som Samarbeidsregjeringen startet på dette området, blir fulgt opp så godt av statsråden. Jeg vil også gi ros til statsråden for at hun så klart uttrykker at gravide rusmiddelmissbrukere er høyt prioritert, og at en i så stor grad legger vekt på at gravide i LAR også må tilbys et medikamentfritt tilbud og behandling.

Det er viktig å beskytte ufødt liv mot skade og sikre at mødre får god støtte og oppfølging gjennom hele svangerskapet, og, som jeg var inne på innledningsvis, også etter fødsel og kanskje i mange, mange år etterpå. Det var også statsråden veldig klar på.

Det er dokumentert at familiesituasjonen i spedbarnsperioden er avgjørende for barnas senere utvikling. Vi vet vel alle, vi som har hatt småbarn, at småbarnsperioden kan være krevende. Foreldre som tidligere har vært rusmiddelavhengige, kan være særlig sårbare i denne perioden. Derfor er det avgjørende at det settes av tilstrekkelig med ressurser innenfor rusfeltet til en tett oppfølging. Det er bra at Regjeringen også har fulgt opp det gjennom en ekstrasbevilgning for neste år.

Det er også viktig med en god og tett oppfølging av familiene til dem som tidligere har vært rusmiddelavhengige. Jeg vil spørre statsråden om hun vil sikre at familiebaserte støttetiltak blir prioritert i den varslede opptrappingsplanen på rusfeltet, slik at barn og foreldre kan få et best mulig utgangspunkt for sitt familieliv.

Da sosialkomiteen behandlet bestemmelsen om tvungen tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, mente komiteen at risiko for skade var et tilstrekkelig tvangsgrunnlag, som vi var inne på, mens departementet ikke hadde lagt hensynet til barnet så mye til grunn. Jeg vil først og fremst høre om disse familiebaserte støttetiltakene, men dessuten om i hvilken grad statsråden i retnings-

linjene som nå skal utarbeides på rusfeltet, som det har vært diskusjon om tidligere, vil følge opp og legge klare føringer spesielt for denne gruppen kvinner.

Statsråd Sylvia Brustad [11:14:52]: Jeg vil også takke representanten Sjøli for å ha satt denne saken på dagsordenen. Det er en viktig sak, som gjør at vi står overfor en del dilemmaer i det praktiske liv.

Når det gjelder spørsmålet om familiebaserte støttetiltak, er jeg helt enig med representanten Sjøli i at det er viktig å ha det. Vi vet at mange av de familiene vi her snakker om, har behov for særskilt oppfølging, gjerne over flere år. Det er et ansvar som de kommunale tjenestene har, f.eks. barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Det er veldig avgjørende at det er samarbeid mellom disse om hva som skal skje. Dette er noe Regjeringa jobber aktivt med. Det er selvfølgelig også viktig at kommunene og sjukehusene har nok penger til å gjøre det de faktisk skal gjøre.

Når vi nå styrker innsatsen for rusbehandling – vi jobber jo nå også med en forpliktende opptrappingsplan for å gå enda et stykke videre på den veien – vil vi ikke minst styrke innsatsen overfor barn av rusmiddelavhengige og/eller psykisk syke foreldre. Jeg mener det er et område som har vært viet for lite oppmerksomhet fram til i dag. For noen av disse barna blir det en vanskelig start, og mange vil få problemer senere hvis dette ikke gripes fatt i tidlig nok. Det vil i stor grad bli fokusert på dette i den varslede opptrappingsplanen for rusfeltet. Også i de retningslinjene som nå skal lages, vil det fokuseres på dette. Vi ønsker å samarbeide tett her, selvfølgelig med fagmiljøer, ansatte, pårørende og brukere, men også med frivillige organisasjoner, som jeg mener kan spille en rolle på dette området.

Når det så gjelder spørsmålet om tvang, mener jeg for det første det er veldig viktig at vi er aktive på føre varlinja. Alle kvinner som er under LAR, bør få, og får, aktiv prevensjonsveiledning for å unngå at de blir gravide. Av dem som blir gravide, er heldigvis de fleste med på frivillig nedtrapping, noe som da fordrer veldig tett oppfølging. Så er det som representanten Sjøli påpeker, også mulighet for å bruke tvangsparagrafen. Hva som skal tillegges vekt her, mener jeg det er vanskelig å være helt absolutt på, for her er det individuelle forskjeller, og det må nødvendigvis være skjønn. Men det vi må ha for øye her, er barnets beste; det er det som må stå øverst. Så vet vi at her er det snakk om sårbare folk, i vanskelige situasjoner, og det må vi selvfølgelig ta høyde for. Men det betyr at på dette området er ikke alt helt svart-hvitt.

Gunn Olsen (A) [11:17:53]: Jeg vil også starte med å berømme det modige initiativet som representanten Sonja Sjøli har reist. Barn av gravide i legemiddelassistert rehabilitering er et krevende tema, fordi det fortsatt er flere spørsmål enn svar. Som hun selv nevnte i innlegget, er det en debatt som stort sett har gått i faglige miljøer og ikke så mye i det politiske. Krevende er det fordi det berører det mest sårbare vi har, nemlig barna, og fordi det berører mødre som ofte er svært syke, og som er i en svært kre-

vende situasjon i livet. Krevende er det selsagt å være avhengig av rusmidler og i tillegg ha ansvar for et ufødt liv, og snart for et barn. Håpet om et vendepunkt i livet er i en slik situasjon veldig sterkt.

Behandlingstilbud med tanke på rusfrihet må være sentralt. Like sentralt som både interpellanten og statsråden har vært inne på, er oppfølging etter fødsel og videre framover. Jeg synes statsråden har hatt en klok og ydmyk tilnærming til dette komplekse feltet. Jeg synes det er grunn til å være fornøyd med at statsråden sier at det å ivareta barna er det mest sentrale. Samtidig understreker statsråden kvinnenes vanskelige livssituasjon, og at de må ivaretas på en helt spesiell måte og med stor omtanke.

De gravide som er under LAR-ordningen, har en jevnlig kontakt med helsevesenet. Jeg er mer bekymret for dem som ikke er det, og hvordan vi skal få fulgt opp dem. Det er derfor interessant å høre statsråden vise til de land som iverksetter metadonbehandling av gravide heroinavhengige, selv om kvinnen ikke er under LAR.

I statsrådets svar får vi et godt inntrykk av at gravide rusmiddelavhengige er høyt prioritert. Ved dårlig rusmestring hvor det er fare for barnet, fremmer sosialtjenesten sak om tvang etter sosialtjenesteloven. Jeg synes at behandling uten samtykke er et interessant spor å følge.

Det er lett å forstå, slik statsråden uttrykte det, at tjenesten her står overfor veldig vanskelige valg og dilemmaer i slike saker – en sårbar blivende mor og et ufødt liv.

Vi vet for lite om de skadevirkninger et barn utsettes for under mors behandling med f.eks. metadon. Noen fagmiljøer har mye kunnskap om mor, barn og rus. Borgestadklinikken kan nevnes, og det er sikkert flere. Jeg vil be statsråden om å høste erfaring fra disse klinikkene. Det er betryggende at statsråden holder tråden i saken både mot kompetansesentrene og mot helseforetakene. Vi kjenner dessverre til at det vil være et økende problem og en stor utfordring for norsk helsevesen i årene framover.

Laila Dāvøy (KrF) [11:21:54]: Jeg har også i likhet med andre talere lyst til å takke interpellanten hjertelig for at hun reiser denne enormt viktige debatten i Stortinget. Det er riktig at det er en krevende debatt, og på mange måter er det mye mer enn en politisk debatt. Det er også en faglig debatt, fordi det her er så stor faglig uenighet på området.

For ikke lenge siden leste vi i avisene at bare på Ullevål universitetssykehus vil det i år fødes 15 barn med metadonabstinenser. Sjøfjordmor uttalte at hun var meget bekymret, og at «den varslede utvidelsen av muligheter for å behandle yngre pasienter med metadon, vil øke antallet «metadonbarn»». Jeg synes det er skremmende signaler. Det er først og fremst barna som må beskyttes, og hvis vi vil, er det også her mulig å tenke forebyggende. Jeg nevner dette, fordi jeg mener det er en sammenheng mellom bruk av LAR og de årsklassene vi tillater bruk for. Det er en politisk diskusjon i Norge om å senke alderen for LAR, hvilket jeg ønsker å gi uttrykk for at jeg i denne sammenheng er bekymret over.

Vi vet svært lite om langtidsskader på barn som fødes av en metadonbrukende mor, eller om langtidsskader på

barn som selv må behandles medikamentelt etter fødselen på grunn av mors medikamentbruk.

Noen gravide metadonbrukere sier at de ikke får et godt nok tilbud i dag. Jeg siterer fra et medieoppslag for kort tid siden, der det ble sagt:

«Vi rammes av kunnskapsløshet, lite samarbeid og fordommer.»

Man fikk følelsen av at behandlingsapparatet var «uensartet og sprikende», og at man ikke fikk den hjelpen man trenger.

Jeg er veldig glad for at statsråden er helt tydelig på at det er nødvendig å sikre et medikamentfritt behandlingstilbud til disse kvinnene. Samtidig er det skremmende å lese disse uttalelsene. Jeg vet ikke om dette kan være enkeltepisoder – la oss håpe det. Jeg er iallfall glad for at statsråden sier at alle disse skal tilbys rusfri behandling.

Vi kjenner media. Vi vet at det ofte ikke er så mye som skal til før det blir store oppslag, men disse oppslagene – som var for svært kort tid siden – bekymrer meg likevel. Og jeg ber om at også statsråden følger godt med, at hun kanskje henter dem fram og undersøker. Jeg mener at det var i ett spesielt område disse uttalelsene kom.

Det er avgjørende at gravide kvinner som får legemiddelassistert rehabilitering, får alternativ hjelp til å slutte med disse farlige legemidlene umiddelbart etter at graviditet er kjent – om mulig. Som også interpellanten har vært inne på, er det kanskje nettopp i denne tiden at de aller fleste vil være motivert for å slutte. Og det er kanskje akkurat i denne perioden at barnet får sin sjanse – noe også statsråden påpekte i sitt innlegg. Men da er det viktig at tilbudet er der – der og da, når mor er motivert.

Helt til sist: Vi kan konstatere at det fortsatt er uenighet i fagmiljøet på dette området. Uenigheten bunner kanskje i at man ikke har nok kunnskap, rett og slett. Jeg synes det er positivt at Kunnskapsenteret har fått oppdrag knyttet til dette, for det er helt tydelig at vi her trenger mer informasjon, mer kunnskap, mer kompetanse og også – vil jeg tro – mer forskning.

Det er positivt at det skal komme en ny veileder på området. Jeg har med stor interesse lest en veileder fra Helse Øst, fra Aker universitetssykehus, som kom i 2001. Jeg antar at statsråden snakker om en mer sentral veileder, som alle kan dra nytte av. – Det nikkes i salen. Jeg tror at det på dette området er viktig at vi får en veileder som blir jevnlig oppdatert. Veilederen fra Aker universitetssykehus ble altså laget i 2001. Mye av det som står der, er veldig bra, men kanskje bør noe revideres og gjøres enda bedre – det har jo skjedd veldig mye på metadonbehandlingssiden.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:27:07]: Jeg har lyst til å takke både interpellanten og statsråden for veldig saklig og god informasjon.

Formålet med det forslaget som en gang ble fremmet, var å gi gravide pasienter på LAR mulighet til et rusfritt og medikamentfritt svangerskap.

Jeg har i den forbindelse lyst til å gå litt tilbake i tid og se på hva som faktisk var situasjonen i Norge på slutten av 1990-tallet. Da var Norge det landet i Europa som hadde

høyest antall menneskeliv som gikk tapt – hvis man tar folketallet i betraktning – på grunn av overdose.

At vi velger å hjelpe stoffmisbrukere med metadon eller Subutex, er ut fra en erkjennelse av at lar man være å hjelpe, er resultatet veldig fort en katastrofe for det enkelte mennesket dette gjelder. Å hjelpe stoffmisbrukere – uansett hvem det måtte være, om det er en gravid, et barn eller en voksen mann – er vår plikt. Kan vi på noen måte bidra til å få disse menneskene ut av deres helvete, er det vår plikt å gjøre det.

Det er også vår plikt som medmennesker særlig å følge opp dem det her gjelder, noe interpellanten også tar opp. Jeg tror vi skal erkjenne at det er så mange vanskelige valg i denne prosessen at vi vil ende opp med en meget individuell behandling av den enkelte. Hele veien i en så problematisk sak er det slik at det fort kan være en meget negativ bakside. Det er et problem vi må forholde oss til. Det er også slik at avslutter man en behandling, må man til enhver tid spørre seg: Hva blir resultatet der og da?

Vi ser i dag at de fleste med disse problemene får tilbud om et rusfritt svangerskap med LAR. Det hadde vært interessant å få greie på mørketallene relatert til dem som ikke er i LAR i dag. Det hadde vært veldig interessant med hensyn til framtiden.

Ja, vi skal hjelpe. Vi skal hjelpe så langt vi kan, og vi har et særlig ansvar. Men jeg tror også at vi skal erkjenne at uansett hvor bredt vi ønsker å favne, kan det være noen som glipper ut av favnen vår når det gjelder dette reelle problemet.

Inge Lønning (H) [11:31:25]: Dette er en meget betimelig og nyttig interpellasjon, og dialogen mellom interpellanten og statsråden var en konstruktiv dialog, som jeg tror kan føre fremover.

Jeg bad om ordet fordi jeg gjerne vil sette det problemet som vi diskuterer, inn i et aldri så lite historisk perspektiv. Det har skjedd en dramatisk endring i løpet av de siste par tiårene når det gjelder vår kunnskap om sammenhengen mellom mors adferd og barnets tilstand i løpet av et svangerskap. Går man et par tiår tilbake, var den alminnelige holdning til dette preget av sorgløshet. Det var f.eks. liten oppmerksomhet om sammenhengen mellom kosthold under svangerskapet og barnets fødselsvekt. Det var liten oppmerksomhet – praktisk talt ingen oppmerksomhet – om sammenhengen mellom røykevaner og barnets tilstand, og det var enda mindre oppmerksomhet om sammenhengen mellom alkoholbruk og det som skjer med barnet under svangerskapet. I dag vet vi umåtelig mye mer enn det man visste før, og bevisstheten om dette er blitt svært mye større. Det er en udelte positiv utvikling.

Men nettopp når man ser det i en slik sammenheng – og dette var også interpellanten inne på – blir det et tankekors at vi i noen tilfeller ikke bare aksepterer, men faktisk autoriserer, gjennom den måten vi innretter helsetilbudet på, at noen barn kan bli født med betydelige skader som følge av bruk av giftstoffer som er langt farligere enn så vel nikotin som alkohol, for ikke å snakke om forskjellige typer matvarer. Det som gjør tankekorset enda større,

er som sagt at i det ene tilfellet handler det om enkeltindividets valgfrihet når det gjelder livsstil under svangerskapet, mens det i det andre tilfellet skjer i offentlig regi og med offentlig autorisasjon.

Det er umulig å vite med sikkerhet hva som er det riktige svaret i denne situasjonen. Det synes jeg fremkom både i interpellantens fremstilling og i statsrådets svar. Men det som det helt opplagt burde være enighet om, er at vi må intensivere arbeidet med å fremskaffe kunnskap, arbeidet med å få en sikrere oversikt over risikoen – og omfanget av risikoen – i forbindelse med metadonbruk under svangerskap.

Det er selvfølgelig også riktig, som flere har vært inne på, at det å bære på et barn er en helt spesiell livssituasjon, som helt sikkert oppleves på en helt spesiell måte, som gir en helt spesiell motivasjon, også når det gjelder å se muligheten for å endre en livssituasjon i positiv retning. Jeg oppfatter også at det er full enighet i denne debatten om at man må gjøre alt som i det hele tatt er mulig for å satse på den motivasjonen, fange opp den motivasjonen, og gjøre det mulig for kvinnen som er i den situasjonen, å bruke motivasjonen på en fremtidsrettet måte – med tanke på både hennes egen situasjon og det kommende barnets situasjon.

Risikoen når man etablerer behandlingstilbud av den paradoksale typen – som så å si er basert på prinsippet om at «ondt skal ondt fordrive», altså at giftbruk skal dempes med giftbruk – er jo at man i det offentlige system satser på at dette skal virke alene, og derfor gjør for lite når det gjelder den oppfølging som helt åpenbart er forutsetningen for at metadonbehandling i det hele tatt skal gi et positivt resultat. Det ene er nemlig billig rent kostnadsmessig. Det andre er dyrt kostnadsmessig.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:36:57]: Jeg vil takke statsråden og komiteens medlemmer for en god og konstruktiv debatt.

Jeg er glad for at statsråden legger opp til at man skal følge opp det arbeidet som også Samarbeidsregjeringen gjorde på dette området. Jeg oppfatter at det er bred enighet om at gravide rusmiddelmissbrukere fortsatt må prioriteres høyt, og at det må legges spesielt vekt på at gravide som får legemiddelassistert rehabilitering, også må tilbys medikamentfri behandling. Og jeg er veldig glad for at statsråden så sterkt understreket nettopp det.

Jeg har forstått det slik at evalueringen av LAR-prosjektene ble sluttført høsten 2004, og at Helse- og sosialdirektoratet har startet arbeidet med de faglige retningslinjene, som jeg var inne på.

Det pågår også forskningsprosjekter om barn av LAR-pasienter både ved Institutt for kliniske rusmiddelproblemer og ved Aline Spedbarnsenter. Det vi allerede vet, er imidlertid at barn som eksponeres for metadon eller Subutex under svangerskapet, utsettes for skade i form av abstinenser, pusteforstyrrelser, lav fødselsvekt og alt dette vi har vært inne på tidligere, og at det også er en økt risiko for plutselig spedbarnsdød, og det er jo alvorlig. Etter min oppfatning er det mer enn alvorlig nok til å arbeide for å forhindre at stadig flere barn blir utsatt for slike skader.

Som jeg også var inne på, behandlet sosialkomiteen tidligere bestemmelsen om tvungen tilbakeholdelse av gravide rusavhengige. Komiteen mente at risikoen for skade var et tilstrekkelig tvangsgrunnlag, mens departementet hadde foreslått at det måtte foreligge fare for betydelige skader. Komiteen la med andre ord et føre var-hensyn til grunn, og det mener jeg også bør gjelde i forhold til dem som får legemiddelassistert rehabilitering.

Så et helt konkret spørsmål til statsråden til slutt: Vil statsråden ta initiativ til at de nye retningslinjene som utarbeides for LAR-behandling, sikrer at mødre som planlegger graviditet, blir rådet til å avslutte behandlingen med metadon før graviditeten inntreffer, slik at en kan unngå å påføre fosteret disse skadene? Og vil hun gi klare føringer til dem som har ansvaret for dette tilbudet ute?

Statsråd Sylvia Brustad [11:40:02]: Jeg vil også slutte meg til interpellanten i hennes syn på at dette har vært en god debatt.

Til det med kunnskap: Jeg kan love at jeg skal påse – og det er derfor vi nå har gitt oppdraget til Kunnskaps-senteret – at vi får mer kunnskap. Det er ikke veldig enkelt som politiker å vite hva som er riktig, når det faglig er såpass stor uenighet som det faktisk er. Men det står ikke i veien for at vi ut fra den kunnskapen vi i dag har – og vi vet jo noe – skal handle ut fra den. Jeg skal sørge for at dette følges opp både overfor sjukehus og overfor dem vi er satt til å styre over og samarbeide med, og ikke minst for at dette er en gruppe som blir høyt prioritert også framover.

Den forrige regjeringa la som kjent også opp til at psykiatri og rusbehandling skulle prioriteres høyere enn somatikken. Det er også et oppdrag vi følger videre. Så langt viser det seg at ut fra det vi vet fra 2005, har vi lyktes. Jeg antar at det vil bli situasjonen også i år, og at det vil bli det i åra framover. Da er det ingen tvil om at i de nye faglige retningslinjene vi legger inn, skal vi selvfølgelig følge opp det som i dag er gjeldende politikk på området, nemlig at når det gjelder disse tilfellene, skal alle bli tilbudt medikamentfri behandling.

For å vise hvor komplisert dette er – jeg er ikke ekspert på området og har overhodet ikke all kunnskap om dette, langt ifra – vil jeg si: Det er vel såpass vanskelig også for andre å slutte med noe at det er ikke bare å knipse – og så slutter en. Det er ikke som å slutte med et par kopper kaffe, ei heller som å slutte å røyke. Jeg tror det er enda vanskeligere enn det, selv om det er – nå ser jeg på presidenten at jeg ikke skal si mer om røyk – mange vanskelige valg. Det er mitt poeng. Derfor er det også veldig vanskelig å ha helt bastante oppfatninger om hva som er riktig, bortsett fra at vi skal ha barnets beste for øye – det er det som må være rettesnora hele veien i forhold til alt vi legger opp til.

Så er jeg glad for at mange i denne fasen er motivert og innstilt på å trappe ned. Vi skal følge opp det. Det er også slik at den sentrale veilederen vi nå lager, må vi sørge for hele tida er oppdatert ut fra den nye kunnskapen vi får, slik at flere får kunnskap om hva som skal gjøres. Jeg mener også det er avgjørende viktig at vi forfølger dette sporet og gjør det vi kan for å hindre at en blir gravid når en er på LAR. Men noen blir det, og slik er verden: Den er ikke alltid helt enkel.

Når det gjelder spørsmålet omkring tvang og hvor bastant eller ikke bastant en skal være i forhold til det, mener jeg at det må vi ha en løpende vurdering av. Jeg er klar over hva sosialkomiteen sa i sin tid, og jeg er også av den oppfatning at hvis ikke noe annet nytter og en ser at dette vil bære veldig galt av sted i forhold til fosteret, er det klart at det er en mulighet som ligger der, og som i høyeste grad kan brukes.

Presidenten: Sak nr. 2 er ferdigbehandlet.

S a k n r . 3

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat. Dermed er dagens kart ferdigbehandlet.

Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37 a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 11.45.
