

Møte mandag den 10. desember 2007 kl. 10

President: Thorbjørn Jagland

Dagsorden (nr. 30):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008), jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 2 (2007-2008))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Jan-Henrik Fredriksen og Per Egil Evensen om å sørge for at multipel sklerose (MS)-pasienter til enhver tid får tilbud om den behandling vedkommende har størst nytte av, herunder legemidlet Tysabri (Innst. S. nr. 49 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:74 (2006-2007))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Børge Brende og Trond Helleland om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering (Innst. S. nr. 48 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:56 (2006-2007))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Anders Anundsen, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om å fastsette krav til responstid for ambulansetjenesten i hele landet (Innst. S. nr. 51 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:81 (2006-2007))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner (Innst. S. nr. 50 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:83 (2006-2007))
6. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Åse Gunhild Woie Duesund, Laila Dåvøy og Dagfinn Høybråten om innføring av verdighetsgaranti i eldreomsorgen (Innst. S. nr. 52 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:104 (2006-2007))
7. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Ine Marie Eriksen Søreide og Gunnar Gundersen om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten (Innst. S. nr. 53 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:114 (2006-2007))
8. Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen sikre at de særskilte reglene for legemiddelassistert behandling (LAR) i forskrift fortsatt vil stille krav til at medikamentfri behandling skal være prøvd, gjerne flere ganger, og at dette bare i særskilte tilfeller kan fravikes. Reglene for LAR i forskrift må også innebære krav om kontroll til urinprøver, krav om individuell plan og krav om at pasienten skal ha langvarig bruk av narkotika bak seg, og at dagens utskrivningskriterier hjemles i forskrift.»
9. Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere en innføring av rett til å tvangsbehandle LAR-pasienter som er gravide.»
10. Forslag fra stortingsrepresentant Knut Arild Hareide på vegne av Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen foreta en kartlegging av hvordan skolehelsetjenestetilbudet rundt i landet er, og på bakgrunn av dette vurdere behovet for en nasjonal minstestandard for skolehelsetjenesten.»
11. Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge ledig behandlingsskapasitet innen barne- og ungdomspsykiatrien, og legge saken fram for Stortinget på egnet måte.»
12. Forslag oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen stortingsmelding om barns og unges helse.»
13. Forslag oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen etablere/legge til rette for en ny nettside for barn og unge med psykiske lidelser: BUP på Internett.»
14. Referat

Presidenten: Representanten Olav Gunnar *Ballo*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger tre permisjonssøknader:

- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om permisjon for representanten Asmund *Kristoffersen* i tiden fra og med 10. desember til og med 14. desember for å delta i høynivådelen av den trettede partskonferanse under FNs klimakonvensjon og det tredje partsmøte under Kyotoprotokollen, på Bali
- fra representanten Hans Olav *Syversen* om permisjon i tiden fra og med 10. desember til og med 12. desember for å delta i møter i NATOs parlamentariske forsamling, i Washington
- fra Kristelig Folkepartis stortingsgruppe om permisjon for representanten Åse Gunhild Woie *Duesund* i dagene 10. og 11. desember for å delta i møte i Europarådets parlamentariske forsamling, i Paris

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene foreslås behandlet straks og innvilget.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
For Aust-Agder fylke: Kjell Ingolf Ropstad
For Møre og Romsdal fylke: Svein Gjelseth
For Oslo: Aud Kvalbein

Presidenten: Kjell Ingolf Ropstad, Svein Gjelseth og Aud Kvalbein er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresident

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets møter i dag og for resten av inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten foreslår Sigvald Oppebøen Hansen og Gunn Olsen.

– Andre forslag foreligger ikke, og Sigvald Oppebøen Hansen og Gunn Olsen anses enstemmig valgt som settepresidenter for inneværende ukens møter.

Representanten Ketil Solvik-Olsen vil framsette et representantforslag.

Ketil Solvik-Olsen (FrP) [10:01:54]: På vegne av representantene Øyvind Korsberg, Torbjørn Andersen, Tord Lien og meg selv har jeg gleden av å fremsette et forslag om å lage en nasjonal plan for vindkraftanlegg i Norge.

Presidenten: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Før saken på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten foreslå at Stortingets møte i dag avbrytes kl. 12.15 for at representantene skal kunne delta ved utdelingen av Nobels fredspris i Oslo rådhus. Som en følge av dette vil presidenten foreslå at møtet settes igjen kl. 15.30 og fortsetter utover den reglementsmessige tid til dagens kart er ferdigbehandlet. – Det anses vedtatt.

Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen foreslår presidenten at sakene nr. 1 og 2 behandles under ett, og anser det som vedtatt.

S a k n r . 1

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2008, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008), jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 2 (2007-2008))

S a k n r . 2

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Jan-Henrik Fredriksen og Per Egil Evensen om å

sørge for at multippel sklerose (MS)-pasienter til enhver tid får tilbud om den behandling vedkommende har størst nytte av, herunder legemidlet Tysabri (Innst. S. nr. 49 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:74 (2006-2007))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 2 timer og 5 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 45 minutter, Fremskrittspartiet 25 minutter, Høyre 15 minutter, Sosialistisk Venstreparti 10 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Senterpartiet 10 minutter og Venstre 10 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg av hovedtalerne fra hver partigruppe og fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter. – Det anses vedtatt.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:05:00] (komiteens leder): Innledningsvis vil jeg få lov til å takke komiteens medlemmer for et godt og konstruktivt samarbeid knyttet til årets budsjettbehandling i komiteen. Det er ikke til å komme bort fra at når det nærmer seg innspurten av en budsjettprosess, der svært mange aktører har gitt sine innspill enten via skriftlige innmeldinger, åpne høringer eller innspill til den enkelte fraksjon, er det viktig at man nettopp fokuserer på det som er hensikten med hele prosessen, nemlig at man til slutt skal komme fram til et så godt budsjett som mulig, til beste for dem som har behov for de tjenestene denne komiteen har ansvaret for.

Det er viktig å kunne ha den daglige framdriften i komiteen i fokus, slik at produktet vi leverer fra oss, blir best mulig. Dette har komiteen etter min mening klart til fulle, og jeg åpner derfor på denne måten med å takke komiteen for et godt samarbeid i denne prosessen.

Det er nok mange som er av den formening at vi politikere er mest opptatt av å drive med verbale slagsmål og å dyrke våre uenigheter. Jeg vil våge den påstand at dersom man hadde kunnet følge komiteens arbeid i de aller fleste saker, der man faktisk forsøker å strekke seg så langt som mulig for å komme fram til enighet der dette er mulig, så hadde nok også folket hatt en annen innstilling og oppfatning av hva vi faktisk holder på med. Jeg vil våge den påstand at dette preger også den budsjettinnstillingen som vi har til behandling i dag.

Som første taler i dag tar jeg også sjansen på å ønske representanten Olav Gunnar Ballo hjertelig velkommen til komiteen. Jeg ser fram til det samarbeidet, og så får vi gjennom å følge debatten videre utover se hvordan samarbeidet vil fungere i tiden som kommer, men dette ser jeg faktisk fram til.

Jeg vil også allerede nå ta opp alle de forslag som Fremskrittspartiet enten står alene eller er sammen med andre om i budsjettinnstillingen. Dette gjelder også min-

dretallsforslaget i Innst. S. nr. 49 vedrørende MS-behandling. Alle våre forslag er dermed tatt opp.

Alle mennesker vil flere ganger i livet ha behov for tjenester fra helsevesenet, pleie- og omsorgstjenesten, rehabiliteringstjenesten, etc. Når den dagen er der og vi er som mest sårbare, er det viktig at vi får den hjelpen vi har behov for, og ikke minst at vi får hjelpen på det nivået som den skal gis.

Innenfor budsjettområdet som de regionale helseforetakene styrer, blir det for neste år bevilget mer enn 84 milliarder kr. Det er riktig som helseministeren ofte påpeker, at vi aldri før har bevilget mer penger til sykehusene enn det som gjøres for neste år. Men i forlengelsen av dette er det også viktig å ta med at vi aldri før har kunnet behandle så mange sykdomstilfeller og så mange forskjellige typer lidelser. Ei heller har den norske befolkning for hatt en så høy gjennomsnittlig levealder. Dette er en ønsket utvikling, slik at vi må slutte å omtale økningen i antall eldre som et problem. Det gir selvfølgelig en utfordring, i og med at de eldste eldre ofte har mange diagnoser der det kreves høy kompetanse for å kunne gi et optimalt tilbud. En skulle jo tro det ville være stor prestisje i å utdanne seg til spesialist innenfor dette fagfeltet, men det viser seg dessverre ikke å være tilfellet. Her er det stor tverrpolitisk enighet om at det må tas et krafttak hvis vi skal kunne møte framtidens behov for spesialkompetanse innenfor eldreomsorgen.

Hver eneste dag kan man lese i en eller flere aviser om underskudd ved sykehus, lange ventelister for å komme til behandling, trusler om nedleggelser av tilbud, manglende investeringsmidler, sommerstengte fødeavdelinger, dårlig vedlikeholdte bygninger, høyt sykefravær, etc. Dette står i skarp kontrast til det budskapet som sendes ut fra Regjeringen om at alt nå er på rett vei i spesialisthelsetjenesten. Det er selvfølgelig ikke slik at penger alene løser alle problemene innen dette fagfeltet, men at det er relativt mye å hente på å jobbe annerledes. Det er en realitet at virkeligheten der ute i sykehusene tilsier at det også er behov for flere midler.

Vi kunne sist helg se på TV 2-nyhetene at sykefraværet ved flere sykehus nå har passert 9 pst., og at dette igjen medfører tomme sykehussenger og lengre ventetider. Undertegnede har brukt denne høsten til å hospitere ved flere sykehus, slik at jeg kunne danne meg et bedre bilde av hvordan hverdagen og virkeligheten oppfattes, og hvordan man ser på den økonomiske situasjon ved hvert enkelt sykehus. Det er helt åpenbart at det som er fellesnevneren, er at de ansatte gjør en fantastisk jobb hver eneste dag for å hjelpe pasientene. Men det er også helt åpenbart at svært mange plasser nå har en så lav bemanning at det er grunn til å stille seg spørsmålet: Hvor lenge vil dette gå? Vi må ta inn over oss at de ansatte i en lengre periode har vært stilt overfor omstillinger, innsparinger og nedskjæringer. Før eller siden går dette også ut over arbeidsmiljøet.

Vi kunne i Dagsavisen fredag lese om at Sykehuset Buskerud i løpet av åtte sommeruker brøt loven 463 ganger. Samtidig med at sykehusene varsler om milliardunderskudd og får dagbøter som følge av brudd på arbeidsmiljøloven, blir de av myndighetene pålagt å spare ytter-

ligere midler neste år. Helseministeren har på vegne av Regjeringen gitt uttrykk for at det i neste års statsbudsjett skal gis rom for å kunne behandle 1,5 pst. flere pasienter enn det som er tilfellet i år. Dette sier man ut fra at man øker bevilgningen til sykehusene med 1,79 milliarder kr. Det man ikke snakker like høyt om, er at det i budsjettet i tillegg ligger et effektiviseringskrav på 1 milliard kr som må tas inn, før man vil kunne få ut denne effekten neste år. Videre påfører man sykehusene nye finansieringsoppgaver, bl.a. til MS-medisiner, som etter alle solemerker ikke er fullfinansiert gjennom neste års statsbudsjett, og sykehusene ligger an til å få et høyere driftsmessig underskudd enn det som ligger til grunn i budsjettet for neste år. Dette må også tas inn, all den tid balansekravet står fast.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten gir grunn til bekymring. Det er etter Fremskrittspartiets mening på høy tid å få til en pakke med tiltak som vil kunne hjelpe sykehusene, ikke bare på kort sikt, men over lengre tid. Dagens situasjon tilsier også at det på kort sikt bare er én måte å komme i havn på når det gjelder budsjettbalansen, og det er å redusere pasientbehandlingen, all den tid den innsatsstyrte finansieringen nå bare utgjør 40 pst. og basisbevilgningen 60 pst. Dette, sammen med det faktum at Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å redusere bruken av private sykehus, medfører nå at køene bare siste år har økt med 20 000 flere pasienter.

Fremskrittspartiet har i sitt alternative budsjett lagt opp til en betydelig økning i bevilgningene til de regionale helseforetakene, samtidig som vi også tar en rekke andre grep for å bedre den økonomiske situasjonen på lengre sikt. Vi foreslår at finansieringen av både TNF-hemmere og MS-medisiner tas ut av sykehusene, og at de igjen blir refundert på vanlig måte av folketrygden. Vi overfører midlene fra prosjektet raskere tilbake til NAV-systemet, slik at også private i sterkere grad kan være med og bidra. Vi øker bevilgningene knyttet til kjøp av rehabiliteringsplasser betydelig, slik at man kan utnytte den ledige kapasiteten som finnes ved allerede eksisterende institusjoner, på en skikkelig måte. På denne måten vil vi kunne hjelpe Regjeringen i å nå sitt mål i Soria Moria-erklæringen om rehabilitering til alle som trenger det. Det er langt fram til dette målet i dag, ja sågar er vi i den situasjonen at vi bare det siste året har sett at hver sjettede rehabiliteringsseng har stått ledig grunnet mangel på avtaler og kjøp av disse plassene.

Fremskrittspartiets alternative budsjett legger opp til en økning for de regionale helseforetakene på ca. 1,7 milliarder kr i basisbevilgningen. I tillegg kommer økte investeringsmidler. Selv med denne økningen vil det fortsatt være behov for endringer innen dette feltet, og det er all mulig grunn til å jobbe videre nettopp med å se på det å kunne jobbe annerledes.

Det er mye å hente på å få til en bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ikke minst vil det kunne være mye å hente dersom man klarer å heve kompetansenivået betydelig innen kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, slik at man i mye større grad enn i dag faktisk kan behandle pasienter ute i det enkelte sykehjem. Dette fordrer imidlertid en mye

høyere legedekning, et større samspill mellom sykehusene og det enkelte sykehjem og, ikke minst, mer ressurser til eldreomsorgen.

Gjentatte ganger har vi fått høre fra denne regjeringen at det aldri har blitt bevilget mer penger til sykehusene enn det som er tilfellet nå. Dette er, som jeg tidligere har sagt, selvsagt riktig, all den tid Norge heller aldri før har hatt så store inntekter som vi har nå. Det er også slik at lønnsnivået i helsesektoren aldri tidligere har vært høyere. Jeg tror faktisk at de aller fleste regjeringer i årene som kommer, vil kunne si det samme: Aldri før har noen bevilget mer penger til helsesektoren enn det denne regjeringen gjør. Det skal bli spennende å se om det er noen regjering i framtiden som ikke kan si det.

Det som imidlertid er en rekord – og en rekord som denne regjeringen ikke burde inneha, men som den nå har – er at man aldri tidligere har hatt høyere egenandeler i helsevesenet enn det det blir neste år. Dette står i sterk kontrast til Regjeringens egen erklæring, der det heter at egenandelene skal reduseres og holdes på et lavt nivå. Med denne formuleringen som et bakteppe blir økningen i neste års egenandelstak 1 – til 1 740 kr – svært underlig. Den eneste reduksjonen i egenandeler som denne regjeringen faktisk har fått til, er at den fjernet egenandelen for fysioterapi for dem som stod på diagnoselisten – for øvrig en egenandel de selv innførte samme år.

Man skal ikke bare svartmale. Det er veldig mye bra som skjer i det norske helsevesenet. Det er veldig mye som går rett vei. Aldri før har flere pasienter blitt behandlet. Det jeg også vil påpeke som svært positivt, er at det nå bevilges penger til etablering av et stamcelleforsknings-senter ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Her kan man se begynnelsen til noe som forhåpentligvis vil kunne utvikles over tid, og Norge kan skape et enda større forskningsmiljø innenfor dette fagfeltet, som mest sannsynlig kommer til å få meget stor betydning for behandling av sykdommer i tiden som kommer.

Jeg vil også berømme Regjeringens medlemmer i komiteen, som til slutt fikk på plass noen midler til oppfølging av diabetesplanen og -strategien. Riktignok er jeg ikke like fornøyd med at man ikke fikk til friske midler – man måtte omprioritere bl.a. fra de regionale helseforetakene – men det er viktig når vi lager planer og strategier, at vi også viser at vi vil følge disse opp i praksis og ikke bare i ord. Det vil jeg faktisk gi honnør til komiteens medlemmer fra regjeringspartiene for at de klarte å få til.

Noe vi imidlertid er nødt til å ha enda større fokus på i tiden som kommer, er nettopp forskningsmidler. Fremskrittspartiet er svært misfornøyd med at vi ikke har klart å få på plass mer midler til medisinsk forskning enn det vi faktisk har. Norge er et av verdens aller rikeste land. Det å kunne forske og drive med utvikling, slik at vi kan være med og bidra til både å behandle sykdommer og utvikle nye medisiner og teknologier – ikke bare på vegne av den norske befolkning, men også for folk i andre land – er et område hvor jeg godt kunne tenkt meg at Regjeringen gikk inn i en lederrolle. Jeg håper at man ved senere års budsjett bokstavelig talt vil fokusere mye mer på nettopp dette temaet.

Det er ett tema i budsjettet som jeg er svært skuffet over, og det er at Regjeringen ikke har funnet rom for å innføre en såkalt HPV-vaksine for jenter. Dette er en vaksine som har vært i salg i Norge siden 2006. Utviklingen viser, når man ser på levekår og hvor den enkelte bor, en helt klar tendens til at de som har relativt store lommebøker, har anledning til å kjøpe denne vaksinen, mens de som har dårligere råd, ikke har samme mulighet. Dette øker de sosiale helseforskjellene i Norge i stedet for å minske dem, som har vært Regjeringens uttalte målsetting. Jeg forventer at man her raskt kommer på banen og får dette på plass.

Det har vært vist til at enkelte har stilt spørsmål ved hvorvidt denne vaksinen har den effekten som man ønsker, og at man vil se litt mer på utfordringene i andre land. Det er underlig å høre på den argumentasjonen når man faktisk har gitt vaksinen markedsføringstillatelse. Vaksinen er til salgs i apotekene – til salgs hver eneste dag. Å bruke den argumentasjonen finner jeg litt underlig, det må jeg bare få si.

Det er mye mer man kunne sagt om årets budsjett, men jeg nøyer meg foreløpig med dette og ser fram til den videre debatten.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har tatt opp de forslag han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Dag Ole Teigen (A) [10:21:59]: Det er to uker til julaften, og i god fredsånd vil jeg begynne med å takke komitelederen for en ryddig prosess i forbindelse med komiteens budsjettinnstilling.

Jeg er enig i betydningen av å holde egenandelene lave, men jeg minner om at Fremskrittspartiet også stemmer for prisjustering av egenandeler der de selv har makt, som i Ålesund bystyre, der Nesvik selv er bystyremedlem.

Spørsmålet mitt går likevel på sykehusøkonomi. Fremskrittspartiet bruker totalt 15 milliarder kr mer i sitt alternative statsbudsjett. Samtidig vil de i regjering sammen med Høyre, som har sagt at de nekter å kompromisse på handlingsregelen. Realveksten til sykehusene i 2008 ser ut til å bli større enn noen realvekst Fremskrittspartiet selv oppnådde under sitt samarbeid med den forrige regjeringen. Hvorfor skal velgerne tro på at Fremskrittspartiet vil få til mer i forhold til sykehus i et eventuelt regjerings-samarbeid med Høyre enn hva de gjorde i samarbeid med den forrige regjeringen?

Harald T. Nesvik (FrP) [10:22:51]: Først til innspillet knyttet til Ålesund. Ålesund skal behandle sitt budsjett på torsdag, og jeg kan berolige representanten Teigen med at en der bl.a. sørger for at personer med trygghetsalarm med inntekt under 3 G slipper egenandeler. Det er i den retningen det går i Ålesund, og Teigen er hjertelig velkommen til Ålesund for å se på budsjettet. Men la oss holde oss til der vi er nå, altså i stortings salen.

Fremskrittspartiet fremmet et budsjett i år som faktisk ligger innenfor det som tidligere har vært omtalt som handlingsregelen. Fremskrittspartiet følger altså opp den

biten. Når det gjelder om man skal ha tiltro til Fremskrittspartiet: Ja, hvis man ser på de budsjettavtalene som Fremskrittspartiet inngikk med de forrige regjeringspartiene, kontra den budsjettavtalen som Arbeiderpartiet inngikk med Bondevik-regjeringen, viser det etter alle solemerker at Fremskrittspartiet nettopp prioriterer helse.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [10:23:53]: De regionale helseforetakene har i dag avtaler med private sykehus, slik at private sykehus, både kommersielle og ideelle, kan være med og løse de oppgavene som det offentlige ønsker skal bli løst. Jeg vil vise til en merknad der Fremskrittspartiet foreslår å øke sykehusenes budsjett med 1,7 milliarder kr utover Regjeringens forslag, og så står det videre: «samtidig som private tilbydere likestilles med det offentlige helsevesen». Hva menes med at private sykehus skal likestilles med det offentlige helsevesen?

Harald T. Nesvik (FrP) [10:24:42]: Fremskrittspartiet har, som jeg sa i mitt innlegg, overført en del penger knyttet til tiltaket «Raskere tilbake» fra de regionale helseforetakene og over til NAV-systemet nettopp fordi man skal kunne kjøpe tjenester også av private. For det som er tilfellet i dag, er at over 400 mill. kr av disse midlene er kjørt inn mot de regionale helseforetakene, slik at styringen skjer der. Ved å overføre dem til NAV-systemet vil man i mye større grad kunne kjøpe også ved de private, der det faktisk er ledig kapasitet. Undertegnede har selv vært i kontakt med en rekke private sykehus som kan melde at de i løpet av ikke veldig mange måneder bl.a. vil kunne ta unna alle de 20 000 ekstra som er kommet i helsetilstand under denne regjeringen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Jan Böhler (A) [10:26:05]: Før helgen fikk jeg en SMS fra en bekjent som nylig var hjerteoperert ved Ullevål sykehus, der det het: Jeg har aldri følt meg så godt ivaretatt, med egen sykepleier og oppkoblet til et overvåkingssystem 24 timer i døgnet. Samme kveld så jeg i NRK-nyhetene en dame som sa at hun følte seg som en statsråd når hun på morgenen ble hentet for å få dialysebehandling på grunn av nyresvikt. Dagen før det sa en nær bekjent av meg, og jeg konstruerer det ikke, at han ble ringt opp utpå kvelden av legen, langt etter legens arbeidstid, som lurte på hvordan det stod til med ham etter den behandlingen han hadde hatt. Like før det igjen var det en som kom til meg og skrøt over at han hadde hatt rehabilitering ved en institusjon etter en hofteoperasjon som hadde vært så intens og utmerket at han var i stand til å starte å jobbe mye før han trodde. Og vi så i helgen reportasjer fra rehabilitering etter hjerneslag ved Stavern rehabiliteringssykehus, der vi står fram som internasjonalt ledende.

Så bildet av det norske helsevesenet – og jeg tror mange her kan fortelle lignende historier – er at det store flertallet, som vi leste om i en bred brukerundersøkelse i Dagbladet i går, opplever veldig mye positivt ved helsevesenet, og at stadig flere pasienter får stadig bedre behandling. I 2006 var det 245 000 flere pasientbehandlinger enn

ved sykehusreformen i 2002 og nesten 400 000 flere som fikk poliklinisk behandling. Antallet behandlinger har økt jevnt og trutt under forskjellige regjeringer, og til neste år legges det opp til en økning på 18 000 behandlinger på sykehus.

Selv om ventetiden har ligget nokså stabilt siden annet tertial 2004 etter et jump ned i ventetid fra sykehusreformen i 2002, er hovedbildet at langt flere behandles langt bedre. Da blir det viktig ikke å la beklagelige enkeltepisoder, som media alltid vil kunne finne og alltid vil fokusere på, prege helsedebatten. Man skaper utrygghet blant folk og vanskelige forhold for dem som står i første linje i helsevesenet dersom man stadig hiver seg begjærlig over negative trekk og tragiske eksempler og bidrar til å blåse dem opp, så folk kan tro at det er slik det er. Noe av det viktigste vi politikere kan gjøre for å hjelpe helsevesenet til å gjøre en god jobb, er å si nei til å være i media i en ensidig jakt på det negative. Vi burde både i opposisjon og i posisjon bli flinkere til å fortelle folk at vi f.eks. i de senere år har kunnet redde langt flere pasienter med hjerteinfarkt og andre hjertesykdommer. Vi burde fortelle høyt og tydelig at nå ser vi endelig at antall donasjoner og transplantasjoner øker kraftig, slik at vi nå på ett år minst er halvveis til måltallet vårt. Og neste år legger departementet opp til nye tiltak, som DRG-finansiering også av donasjoner og frikjøp av donorleger, som skal hjelpe oss videre. Vi burde fortelle at vi her i landet har en avansert og verdensledende kikkhullsteknologi som vi kan bruke til å foreta store inngrep uten omfattende operasjoner og lange sykehusopphold for folk. Det gjelder alt fra ulike kreftformer til at vi nå endelig kan hjelpe folk som lider av sykkelig fedme, mye bedre med avanserte fedmeoperasjoner.

Vi deler gjerne æren for alt dette med den forrige regjeringen. For alt som skjer i helsevesenet, er et resultat av langsiktige satsinger. Det gjelder også økonomi- og ressursituasjonen. Budsjettene har økt jevnt og trutt siden 2002, og korrigerer vi for nye oppgaver, for pris- og lønnsstigning osv., er realveksten under den rød-grønne regjering medregnet 2008 på 3,6 milliarder kr, ifølge departementets beregninger. Vi er særlig fornøyd med at man til neste år legger opp til å fase inn en økning på nær 1,7 milliarder kr til investeringer og vedlikehold. Dette er likvide midler som er med i basisbevilgningen, slik at man får en langt gunstigere situasjon i forhold til tidligere år når det gjelder dette området.

Vi troner i verdenstoppen her i Norge, og over våre nordiske naboland, når det gjelder offentlige midler brukt på sykehus og helse. Likevel sliter altså deler av sykehusene og foretakene med underskudd og problemer med å komme i balanse. Og det er vel opposisjonens privilegium å foreslå mer penger – alt fra Fremskrittspartiets ustoppelige papirpengemaskin til de mer målrettede, begrensede forslag fra de øvrige partiene.

Diskusjonen om hvem som vil bringe oss enda høyere, på toppen av verdenstoppen, når det gjelder helseutgifter, vil sikkert fortsette. Men jeg tror det er mer meningsfylt å konsentrere seg om å rette diskusjonen mot hvilke grep og hvilke strategier som trengs for å bruke ressursene bedre,

og for å gi pasientene enda bedre kvalitet i behandlingen. Jeg tror for det første at vi må innse at vi i dagens medisinske verden, med stadig mer avansert og kostbar teknologi og høyere krav til kompetanse og utdanning, må bli flinkere til å konsentrere den høyspesialiserte behandlingen på færre steder. Ellers vil vi ikke greie å følge med på den medisinske kunnskaps- og kostnadsutviklingen. Vi vil ikke ha råd til å investere i det utstyret som trengs på en stor mengde steder, og vi vil ikke ha nok pasienter til å bygge opp nødvendig erfaring og kompetanse, dvs. vi vil ikke kunne sikre pasientene den beste behandling hvis vi insisterer på f.eks. fortsatt å operere tykktarmskreft på 55 steder i landet, eller brystkreft på 25 steder. Vi bør gå videre med å sortere hvor i landet og hvor mange steder vi skal drive høyspesialisert behandling av ulike typer – først og fremst på grunn av kvalitet og trygghet for pasientene, men også for å oppnå bedre ressursbruk og en dreining av ressursene i retning av forebygging og rehabilitering.

Vi bør også sortere bedre hva vi skal gjøre og bygge opp ved de lokale sykehusene og ved de lokale medisinske sentraene. En del av behandlingen når det gjelder langtidsoppholdene og en del lokalsykehusfunksjoner som vi i dag har ved høyspesialiserte sykehus, bør kunne flyttes ut til lokalsykehusene. Vi bør her bygge opp det feltet Stortinget har sagt skal bli det neste store løftet i helsevesenet, nemlig rehabilitering og habilitering og tiltak for å hjelpe alle kronikergruppene bedre.

Det er viktig med supplementet utenfor offentlig sektor, som i høy grad kan gi god rehabilitering. Men det er først og fremst når rehabiliteringen får sin rette plass og betydning innenfor det offentlige totale helsevesenet at det virkelig store løftet for rehabilitering kan komme. Vi bør følge nøye med på hvordan det i dag altfor høye antall svingdørs pasienter utvikler seg i årene framover, for å se om satsingen på rehabilitering gir synlige resultater.

Det andre hovedgrepet vi må gjøre, er å få til et bedre samspill mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Dette gjelder alt fra overføring av pasienter som blir liggende altfor lenge på sykehusene, til – den andre veien – at foretakene må kunne stille med flere behandlingsplasser i rusomsorgen istedenfor å peke på og skylde på hverandre når det oppstår kriser på det området.

En annen del av spillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gjelder psykiatrien, der det de senere år kan virke som om det er overført en god del pasienter som det ikke er faglig grunnlag for å si kan integreres i et nærmiljø. Med det siste mener jeg at hvis man bare skaper isolerte tilværelser ute i kommunene, med dårlige aktivitetstilbud og svak faglig oppfølging, fordi det skal bygges opp ett og ett tilbud i ofte små kommuner med små ressurser, bør man huske på at hvis man er ute etter integrering, må dette være mulig, og det må være mulig å oppnå dette til beste for pasienten. Her bør man høre på de faglige rådene og kommunenes synspunkter, og man må i oppfølgingen av psykiatriplanen passe på at man tar høyde for dette når det gjelder å ikke legge ned for mye kapasitet i behandlingsapparatet, og når det gjelder å bygge opp felles botilbud, som kan være bedre egnet enn at man bor hver for seg.

Bedre samspill mellom kommunene handler også om å kunne bygge opp lokalmedisinske senter med dialyse, og med lysbehandling, som regjeringspartiene legger inn ekstra midler til i dette budsjettet – 2 mill. kr som en start på noe som kan gi en stor kvalitetsforbedring for psoriatikere landet rundt. Alle psoriatikere kan ikke være i sola i Syden hele tiden, og for dem vil en godt utbygd lysbehandling i hele landet få stor betydning og koste lite for det offentlige.

Også ved hjelp av telemedisin kan vi bygge opp et bedre samspill mellom kommunehelsetjenesten og foretakene. I Finnmark har man f.eks. etablert lokale telemedisinske legekonsultasjoner styrt fra det telemedisinske sentret i Tromsø, men totalt har vi i vårt langstrakte land i liten grad greid å realisere det telemedisinske potensialet. Det skyldes i stor grad at det ikke er opprettet egnede takster og finansiering på tvers av forvaltningsnivåene.

Da er jeg over på et tredje hovedgrep som trengs i helsevesenet, nemlig en forbedring av finansieringssystemet. Det må utformes slik at det bedre ivaretar hele behandlingsforløpet ut til rehabilitering og oppfølging i kommunene. Det må skapes løsninger slik at vi unngår interessekonflikter mellom kommunene og helseforetakene som er til skade for pasientene og samfunnets ressursbruk. Videre må finansieringssystemet utformes slik at vi unngår en feil vridning av tilbudene innen helseforetakene. Det gjelder bl.a. forholdet mellom poliklinisk behandling og sengeopphold på sykehusene. I dag kan det se ut som om DRG-poengene her fungerer slik at det i stor grad lønner seg først å fylle opp sengene uansett. Det gjelder også finansieringen av rehabilitering, der det kan virke som om DRG-belønningen fungerer slik at det ikke lønner seg å drive spesialisert rehabilitering på samme sykehus i forlengelsen av inngrep og behandling. Det er svært viktig og riktig at departementet nå har nedsatt en arbeidsgruppe som jobber med disse og andre utfordringer ved finansieringssystemet, og det har komiteen uttalt seg positivt til.

For å få til et bedre samspill mellom helseforetakene, mellom dem og kommunene og dem og ulike spesialister, røntgeninstitusjoner osv. trengs også et fjerde hovedgrep, nemlig å realisere IKT-potensialet i helsesektoren. Det handler om å øke pasienttryggheten, at man skal kunne få den beste behandling bygd på nødvendig pasientinformasjon hvor som helst i landet. Det vil også øke personvernet om man sikrer felles gode standarder og rutiner i alle deler av IKT-systemet i helsevesenet. Vi har svært mange dyktige miljøer som jobber på dette området, men vi har ikke greid å realisere potensialet godt nok. Det krever bl.a. en endring av helseregisterloven § 13, som statsråden har varslet at det arbeides med, som vil gjøre at man kan starte å kommunisere pasientinformasjon mellom foretakene og alle deler av helsevesenet og partene vi samarbeider med, på en bedre måte.

Det femte grepet er likevel hovedsaken i helsevesenet, nemlig å vri ressurser fra reparasjon og over til forebygging. Regjeringspartiene gjør en ørliten start på dette når vi i innstillingen flytter 17,7 mill. kr til forebygging fra de regionale helseforetakenes rammer. Vi bruker 5 mill. kr til tiltak for tidlig oppdagelse av diabetes og til tiltak som

kan hjelpe de berørte med å holde sykdommen i sjakk. Vi bruker 2 mill. kr på lysbehandling for psoriasis. Vi styrker innsatsen for den lidelsen som berører folk flest, nemlig de ulike muskel- og skjelettlidelser, og satser 7 mill. kr på fysisk aktivitet og på å gjenoppta finansiering av prosjektet Sykle til jobben.

Ikke minst legger vi inn 3 mill. kr til en bedre skolehelsetjeneste som en start på å satse på den i utsatte områder som Groruddalen, deler av Drammen, Finnmark osv. Dette er en kommunal oppgave, men komiteen har til de grader understreket viktigheten av denne i budsjettinnstillingen og i innstillingen til St. meld. nr. 20 for 2006-2007 om sosiale helseforskjeller, og vi mener det er avgjørende å kunne gi et signal ut til kommunene om at her skal det satses mer ved å gi et statlig bidrag til start på denne satsingen.

En svært viktig del av statsbudsjettet er Omsorgsplan 2015 og utfordringene i eldreomsorgen, som komiteen har brukt mye tid på å arbeide med. Jeg mener at den avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre, slik det framgår av innstillingen, vil bety et svært viktig skritt i retning av samarbeid og forbedringer av eldreomsorgen i stedet for en endeløs krangel som er politikken til liten ære.

Denne avtalen innebærer forpliktelser for våre partier og Regjeringen og utgjør et langt og viktig løp fram mot 2015, og det skiller seg på denne måten fra det som er de vanlige merknader og anmodninger fra Stortinget til Regjeringen. Vi mener at punktene i avtalen tilfører omsorgsplanen viktige elementer, som Venstre og Kristelig Folkeparti i stor grad skal ha ære for at de har vært med på å legge inn. For eksempel å bygge opp statistikk i hver kommune over den enkeltes behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester og for sykehjemsplasser vil gi oss et bedre grunnlag nasjonalt og lokalt for å utvikle disse tjenestene. Å skape en verdighetsgaranti med nye og klare standarder og krav til kvalitet og også noen nye rettigheter vil gi eldreomsorg og -pleie en sterkere stilling i samfunnet.

Det samme vil tiltakene for å bygge ny kompetanse som finansiering av fagskole for helse- og sosialfag innen 2009 og arbeidet med å dimensjonere behovet for og utbyggingen av sykehjem og heldøgns opphold, slik vi legger opp til, og slik at vi kan vurdere det måltallet som er stilt, nemlig 12 000 sykehjemsplasser innen 2015, på nytt hele veien.

Vi ser fram til så snart som mulig å starte arbeidet med å gjennomføre denne avtalen og håper denne typen forpliktende samarbeid kan utvikles også i forhold til andre store utfordringer i Helse-Norge, som tiltak for rusavhengige og bedre utforming av samspelet mellom kommuner og helseforetak.

Jeg anbefaler hermed komiteens innstilling.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:41:26]: Jeg synes det er hyggelig at representanten Bøhler på slutten av sitt innlegg ramset opp forskjellige forslag i det såkalte eldrefor-

liket man har inngått. Der åpner man for det som har med statistikk i kommunene å gjøre, og jeg synes det var svært hyggelig, for det var noe som jeg i en tidlig fase spilte inn i de forhandlingene. Så det var svært hyggelig.

I sitt innlegg påpekte Bøhler det som har med sosiale helseforskjeller i Norge å gjøre. Norsk institutt for by- og regionforskning konkluderte i notat 2007:117 på følgende måte:

«Konklusjonen blir dermed (...) at ordningen med individuell refusjon fører til økte sosiale skjevheter i det medisinske behandlingstilbudet.»

Videre har vi også sett av undersøkelser når det gjelder salg av livmorhalskreftvaksine, at det er enorme forskjeller mellom Oslo vest og Oslo øst, at bl.a. borgerne i Oslo øst ikke har råd og mulighet til å kjøpe denne vaksinen. Spørsmålet mitt til Bøhler er: Hvordan ser Bøhler på det faktum knyttet til bl.a. medisiner at man overfører flere medisiner fra generell til individuell refusjon enn man gjør motsatt?

Jan Bøhler (A) [10:42:36]: Jeg vil først si til det som representanten Nesvik nevnte angående statistikk over behovet for kommunene og utbygging av eldreomsorgen, at det er nettopp et eksempel på at vi prøvde å ivareta synspunktene til alle partier da vi bygde opp denne avtalen. Vi hadde et ønske om å få alle partier med på å underskrive den, også Fremskrittspartiet.

Når det gjelder det med individuell refusjon og sosiale utslag, er jeg i likhet med representanten Nesvik svært opptatt av det. Vi har markert det sammen både i innstillingen om sosiale helseforskjeller og nå i innstillingen til statsbudsjettet. Det første skrittet vi vil ta der, og som ministeren har bekreftet, er at Sosial- og helsedirektoratet vil gjennomføre undersøkelser på bred basis, slik at vi kan sikre oss at vi har et godt faglig og nøytralt grunnlag for å trekke konsekvensene av det vi har sett noen tegn til i ulike undersøkelser som er foretatt til nå. Jeg er bekymret når det gjelder spørsmålet om sosiale vridninger. Stortinget har jo sagt ved behandlingen av legemiddelmeldingen at man i hovedtrekk vil gå den andre veien og bringe flere ting over på blå resept. Det er også gjort et arbeid for å spesifisere kravene nærmere når det gjelder blå resept, noe som kan være interessant i den sammenhengen.

Inge Lønning (H) [10:44:00]: Jeg lyttet med stor interesse til Jan Bøhlers innlegg. Den første halvdel tegnet et overmåte lyst og positivt bilde av situasjonen i norsk helsevesen. Man kunne nesten få inntrykk av at alt var fullkomment, og at det ikke gjenstår noe som helst. Den siste halvdel viste jo imidlertid at det fremdeles er mange uløste problemer. Men det er ett hovedområde som representanten Bøhler overhodet ikke berørte, og det forbauser meg. Det er den lenge omtalte opptrappingsplanen når det gjelder rusfeltet, som omsider er kommet i årets budsjett. Lederen for Bergensklubben, en av de største institusjonene på dette området, sier at satsingen er den svakeste noen regjering har lagt frem, med ett unntak, nemlig det budsjettet den samme regjering presenterte i fjor.

Hvorledes ser Bøhler på det forhold at rusfeltet blir nedprioritert så iøynefallende som det skjer i dette budsjettet?

Jan Bøhler (A) [10:45:05]: En nedprioritering er vel mildt sagt feil ordbruk når man legger fram en opptrappingsplan – når man nå har brukt 350 mill. kr på å øke innsatsen innenfor eldreomsorgen og legger opp til 100 flere millioner.

Det er behov for en kraftig satsing utover dette. Jeg trakk fram behovet for å skaffe kommunene behandlingss plasser fra helseforetakenes side. Jeg sa avslutningsvis at jeg håpet vi kunne inngå et bredere samarbeid om dette i komiteen i en satsing på linje med det vi har diskutert når det gjelder eldreomsorgen. Jeg er enig i at det trengs en stor opptrapping her i årene som kommer, og jeg håper det er den stafettspinnen vi kan bringe videre nå når opptrappingsplanen innenfor psykiatrien har nådd siste fase, at det da er rusomsorgen som står for tur.

Laila Dāvøy (KrF) [10:46:03]: Jeg er veldig enig med representanten Bøhler i at forebygging er utrolig viktig, og er glad for at det blir brukt såpass mye tid på akkurat det punktet. Det var også sagt at man har startet – ørlite – med 17,7 mill. kr ved å ta midler fra helseforetakene og overføre på en del forebyggende tiltak.

Jeg tror at finansieringssystemet i sykehusene er en veldig stor utfordring i dag, bl.a. når det gjelder både prioritering og helhet. Jeg skal komme litt tilbake til det senere i dag.

Jeg tror at den største utfordringen vi har, er hvordan vi skal forholde oss når det gjelder samspillet mellom kommuner og helseforetak. Kommunene har et skrikende behov for kompetanse, for hjelp, i en del faglige sammenhenger. Mitt inntrykk er at det bør igangsettes en bred utredning av selve systemet for sykehusfinansiering som bedre enn dagens stykkprissystem fanger opp behovet for helhet i tjenestekjeden. Spørsmålet er: Mener ikke representanten Bøhler at det kanskje var på tide at man tok en slik gjennomgang?

Jan Bøhler (A) [10:47:14]: Jeg tror det er behov for betydelige endringer i finansieringssystemet for å ivareta hele behandlingsforløpet. Jeg nevnte jo også at vi må få til et bedre samspill mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene, som ett av de fem grepene jeg gikk inn på i innlegget mitt. Det innebærer jo store muligheter til å diskutere bl.a. forholdet forebygging/repasasjon, hvis vi går inn på hvordan vi finansierer også forebyggingsdelen og rehabiliteringsdelen ute i kommunene. Så jeg mener at det fra vår side nå er lagt opp til en prosess rundt dette, med hensyn til kortsiktige endringer både i ISF-systemet og i DRG-finansieringen på noen punkter som jeg nevnte i innlegget mitt, og jeg mener vi bør se videre på forholdet mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene.

Jeg mener i hvert fall at vi skal arbeide grundig med dette framover. Å kalle det en helhetlig omlegging, eller

ikke, har jeg ikke behov for å bestemme meg for nå, men det er i hvert fall store spørsmål som ligger her.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Inge Lønning (H) [10:48:37]: Norge befinner seg på verdenstoppen, konstaterte forrige taler. Ja, hvis jeg hørte riktig, gikk han enda et lite skritt videre og sa «på toppen av verdenstoppen» – og da begynner det å bli høyt.

Problemet med den type sammenligninger er selvfølgelig det store spørsmålet: Hva er det vi sammenligner? Det kan det være grunn til å stanse ved når man har den årlige budsjettdebatt, hvor alle tall øker fra år til år.

Hva er det egentlig vi er i stand til å sammenligne? Jo, det vi er i stand til å sammenligne, er tallstørrelser, og de tallstørrelsene dreier seg om hvor store materielle ressurser vi pumper inn i helsevesenet. Da er det riktig at Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder ressursbruk i forhold til befolkningens størrelse. Vi ligger ikke bare på verdenstoppen, men vi skiller oss også ganske klart ut fra våre nærmeste naboland, som i de fleste henseender har samme samfunnsform som Norge har. Jeg tenker på våre nordiske naboer. Når det gjelder f.eks. spørsmålet om legedekning, antall legeårsverk i forhold til befolkningens størrelse, ligger Norge desidert på topp. Men jeg vil advare mot den kortslutning at det betyr at helsetilstanden er bedre, eller at helsetilbudet kvalitativt sett er bedre, for det vet vi ingenting om.

Politikk er noe mer enn en konkurranse om hvem som kan bruke mest penger, eller hvem som kan foreslå å bruke mest penger. Hadde det vært så enkelt, hadde politikk vært en oversiktlig geskjeft. Det dreier seg jo ikke primært om hvor mye man putter inn, men om hvor mye man får ut. Den store utfordring i Norge både på helsesektoren, skolesektoren og de fleste andre sektorer, er at det kan se ut til å være et iøynefallende misforhold mellom de pengene vi pumper inn, og de resultatene vi klarer å få ut. Det kan se ut som om det er for mye av ressursene som går med til å drive systemene, til å administrere dem og organisere dem, og for lite som kommer ut i form av målbar kvalitet for brukerne. Det er jo det siste som er det avgjørende kvalitetskjennetegn.

Vi behandlet for kort tid siden her i salen Riksrevisjonens gjennomgang av ett bestemt område innenfor psykiatrien, nemlig barne- og ungdomspsykiatrien. Den gjennomgangen var uhyre interessant og lærerik, og litt forenklet kan man vel si at den viste at vi vet nesten ingenting om kvaliteten på de tjenestene som ytes. Kunnskapsgrunnlaget er rett og slett ikke til stede når det gjelder å evaluere hva vi får igjen for de ressursene vi putter inn.

Det er den virkelig store utfordring for alle politiske partier når det gjelder fremtidens helsepolitikk: å sørge for at vi får et langt bedre kunnskapsgrunnlag når det gjelder resultatsiden – ikke hvor mye penger vi pumper inn på de forskjellige nivå, men hva vi får ut i form av målbar gode resultater for brukerne.

La meg bare reise noen grunnleggende spørsmål. Jeg la merke til at representanten Bøhler reiste spørsmålet om vi har et finansieringssystem som er hensiktsmessig. Det

er et viktig spørsmål, og jeg er enig i at det bør vi bruke mer krefter på å finne ut av. Men det kan spesifiseres: Aner vi noe om det er et riktig forhold mellom den andelen av de totale ressursene som vi bruker på førstelinjetjenesten – primærhelsetjenesten – og den andelen vi bruker på spesialisthelsetjenesten? Det er nesten alltid spesialisthelsetjenesten som tiltrekker seg den store oppmerksomhet når vi behandler statsbudsjettet hvert år. Men tross alt, den viktigste del av helsetjenesten foregår ikke i sykehuse, den foregår i primærhelsetjenesten. Vi vet pr. i dag fint lite om hvorvidt vi burde flytte en større del av de totale ressursene fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, men det kan være mye som tyder på at vi burde det.

Aner vi noe om omfanget av feilbehandling, fra rene uhell til mer alvorlige feil? Og aner vi noe om hvor mye unødvendige ressurser det binder opp? Svaret er nei. Det eneste vi har, er helt generelle estimater som er basert på undersøkelser fra andre land. Har vi et helsesystem som virker etterspørselsskapende mer enn det virker egentlig kurerende og helbredende og forebyggende?

Det grunnleggende holdningsproblem med tanke på fremtiden i et samfunn som ligger på toppen av verdens-topp, er hvorledes vi kommer bort fra den innstilling som tror at helsetjenester er det høyeste gode, og at jo mer man kan forbruke av dem, desto bedre blir livet – altså hvordan vi kan få snudd det til den motsatte holdning, nemlig at det optimale liv er et liv hvor man ser en jordmor ved inngangen og en prest ved utgangen og for øvrig klarer seg uten profesjonell hjelp hele veien. Det er jo ikke helsetjenesten som er et gode. Det er helsen som er et gode. Helsetjenesten er, litt tilspisset sagt, et nødvendig onde for å hjelpe folk til å få del i det som er et gode, nemlig god helse.

Det interessante ved årets budsjettinnstilling er at opposisjonen i nær sagt alle hovedprofileringsspørsmål er samlet og etterlyser helt klart en sterkere profilering innenfor det totale budsjett i retning av hovedfeltet habilitering–rehabilitering. Det gjorde komiteen i fjor også i en enstemmig merknad, men det har satt relativt lite spor i Regjeringens budsjettforslag i år. Det er ingen markert prioritering av rehabiliteringsfeltet, og den såkalte opptrappingsplanen for rehabilitering er – det sier absolutt alle brukerorganisasjonene – en betydelig skuffelse i forhold til det man hadde forventet.

Når det gjelder innsatsen innenfor rusfeltet, og særlig kombinasjonen psykiatri–rus, som er årsaken til den absolutt mest utsatte og sårbare gruppen i hele velstandssamfunnet, er det ganske oppsiktsvekkende, som jeg siterte i replikkordvekslingen med Jan Bøhler, at lederen for den største behandlingstjenesten på området karakteriserer årets budsjettforslag som det nest svakeste noen regjering har lagt frem. Det svakeste var det den samme regjering la frem i fjor.

Vi hadde en helseminister i forrige periode som profilerte meget sterkt et ønske om å snu ressursstrømmen i helsevesenet aldri så lite bort fra den velstående middelklasse – nå snakker jeg om middelklasse i helseforstand og ikke nødvendigvis i pengeforstand – og i retning av de

svake og utsatte gruppene. I den anledning brukte han en retorikk som gikk ut på at de som sitter nederst ved bordet, omsider må bli flyttet litt høyere opp, få litt mer av oppmerksomheten og få en litt større andel av ressursene for å kunne få en levelig tilværelse fra dag til dag.

Det er merkelig at en rød-grønn regjering, som i sin regjeringserklæring bruker ganske sterke ord nettopp om omfordeling til fordel for de svakeste, innenfor helsepolitikken viser så liten vilje og så liten evne til å få til nettopp den omtalte omfordeling til beste for de aller svakeste.

Høyres alternative budsjett har den samme profil som vårt alternative budsjett hadde i fjor. Økningen utover Regjeringens budsjettforslag på til sammen 550 mill. kr dreier seg primært om rehabilitering, og innenfor rehabiliteringsfeltet ganske særlig de svakeste, nemlig rusmisbrukerne og tiltak til beste for dem. Og så har vi til sist foreslått å bruke 100 mill. kr utover budsjettforslaget til å løfte kompetansen innenfor eldreomsorgen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jorodd Asphjell (A) [10:59:20]: Dagens regjering har styrket kommunenes økonomi betydelig siden regjeringsskiftet i 2005 med tanke på å gi et bedre omsorgstilbud til innbyggerne i kommunene.

Jeg ser at Høyre i sine generelle merknader mener det er et stort behov for et kvalitetsløft i omsorgstjenestene. Mitt spørsmål blir derfor: Hvorfor støtter ikke Høyre da regjeringspartienes, Venstres og Kristelig Folkepartis invitt til å ha en verdighetsgaranti innenfor eldreomsorgen som skal styrke bl.a. kompetanseløftet ute i kommunene?

Inge Lønning (H) [11:00:01]: Grunnen til det er ganske enkelt at den omtalte avtalen som er tatt inn i budsjettinnstillingen, praktisk talt er innholdstom. Vi mener at det er egnet til å føre folk bak lyset, når man kaller noe som er så lite forpliktende som den målsettingslisten som er tatt inn i budsjettinnstillingen, for et tverrpolitisk forlik.

Når det gjelder den omtalte verdighetsgarantien, så er det egentlig bare ordet som er avtalefestet – innholdet er helt i tåka. Man sier at man i forbindelse med det videre arbeidet med sosiallovgivningen skal komme tilbake til en verdighetsgaranti som bl.a. skal «hensynta» et Dokument nr. 8-forslag, som senere i dag blir vedlagt protokollen, og som ikke blir vedtatt. Når den tid kommer at et slikt forslag materialiserer seg, så vil selvfølgelig Høyre vurdere det og ta stilling til det. Men vi tar ikke stilling til forslag som vi ikke har sett.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:01:22]: Jeg synes det var et perspektivrikt innlegg Lønning holdt, helt til han avslutningsvis var en smule krass overfor den sittende regjering. Det må jeg si overrasker meg, for hvis man sammenligner det tidligere statsråd Ansgar Gabrielsen gjorde, med en del av de grepene Regjeringen tar, er det ikke ulikt. Gabrielsen gikk jo inn for å redusere den innsatsbaserte finansieringen, og det er videreført i budsjettet fra Regjeringen begge år.

Så ser man at man styrker psykiatrien med 940 mill. kr i opptrappingsplanen for 2008, og man ser at man på samme måte som Ansgar Gabrielsen gjorde, skjærer psykiatrien, men også rusfeltet, i forhold til å sikre en mer relativ økning der enn innenfor den somatiske helsetjenesten. Kan det være at Lønning her har tatt vel hardt i i forhold til de tiltak man faktisk har satt i verk – en styrking overfor dem som sitter nederst ved bordet?

Inge Lønning (H) [11:02:20]: Jeg skulle ønske at representanten Ballo hadde rett i det, men jeg tror ikke han har rett. Problemene knyttet til den såkalte opptrappingsplanen for rusfeltet er for det første at den kom veldig sent i forhold til det som var lovet. Det behøver jo ikke være noen ulykke hvis noe kommer sent, men godt. Men jeg har registrert at det er full enighet hos absolutt alle som arbeider innenfor rusfeltet, både den offentlige delen og den private ideelle delen. De gir uttrykk for en formidabel skuffelse over at det som fremstilles som en opptrappingsplan, er så puslete i forhold til den totale ressursbruken innenfor feltet. Det er riktig at statsråden i sitt tildelingsbrev har videreført de formuleringene som den forrige statsråd introduserte, men problemet ved det er at noe virker første gangen øvelsen blir gjennomført, men hvis den bare gjentas med samme ordlyd, så blir effekten svakere og svakere for hver gang – hvis man ikke i budsjettforslaget viser at man mener alvor med å øke ressurstilgangen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Olav Gunnar Ballo (SV)[11:04:01]: Jeg vil først få takke komiteens leder for en hyggelig hilsen. Jeg har ikke deltatt i selve komiteen i den budsjettprosessen som har vært, men har med interesse studert budsjettinnstillingen og også lest den til dels som jeg vil tro andre leser den. Mitt inntrykk er at det er en god prosess man har hatt i komiteen. Avdøde Jon Lilletun uttrykte en gang om et statsbudsjett at et godt budsjett er blitt enda bedre, og det er det inntrykket man kan sitte igjen med når man leser innstillingen, også fordi man har evnet å ta inn over seg de innspillene som har kommet fra ulike høringsinstanser. En av de tingene jeg har reflektert over de siste årene, er at det i utgangspunktet er en stor styrke at vi har en flertallsregjering, men når saker skal behandles i Stortinget og ulike engasjerte organisasjoner melder inn sine behov, så står man i utgangspunktet i fare for ikke å kunne ta hensyn til det fordi budsjettet allerede er lagt. Men det ser jeg at komiteen i fellesskap har evnet å gjøre noe med, ikke ved at man har flyttet veldig mye penger, men ved at man på en del områder, som diabetesbehandling, i forhold til psoriasis-pasienter, i forhold til fysisk inaktive voksne – for å nevne noen – og også overfor røykere, har funnet midler for å kunne styrke disse områdene.

Ser man på budsjettet samlet, ser vi at det dreier seg om en utgift i størrelsesorden 115 milliarder kr. Hvis man da skjeler til andre budsjetter – justisbudsjettet er vel i størrelsesorden 20 milliarder kr, samferdselsbudsjettet kanskje omtrent det samme, kanskje litt mer – ser man at helsebudsjettet uansett er et betydelig budsjett, der det forde-

les betydelig med midler. Dermed blir det også viktig å se på den måten midlene brukes på.

Så langt jeg kan se, er utgiftene når det gjelder spesialisthelsetjenesten, oppe i størrelsesorden ca. 84 milliarder kr. Da må jeg si at jeg er veldig enig i den innfallsvinkelen Inge Lønning hadde innledningsvis i sitt innlegg, nemlig at man er nødt til å gjøre vurderinger av spesialisthelsetjenesten når det gjelder bruken av de midlene som ikke bare handler om å øke bruken, men som også handler om kritisk å vurdere hva man får igjen etter at midlene er bevilget.

Vi ser at befolkningen er svært opptatt av spesialisthelsetjenesten. Det kunne man se av oppslag i Dagbladet i går, der man har sammenlignet landets 63 sykehus og bedt befolkningen vurdere om man er fornøyd, med utgangspunkt i at man har brukt tjenestene selv eller har vært pårørende. En slik liste er naturligvis ikke objektiv, den er preget av en rekke subjektive tilnærminger, men man ser at den medfører et engasjement som også selger aviser.

Jeg må si at etter å ha fulgt spesialisthelsetjenesten på relativt nært hold, også som helsepersonell gjennom mange år, slår det meg at det er to ulike utviklingstrekk som er innbyrdes motstridende. Det ene er at tjenestene blir stadig mer spesialisert, og at behovet for å redusere antall behandlende enheter for deler av tjenestene i aller høyeste grad er til stede. Et godt eksempel på det er kreftbehandlingen, der man har erkjent at man ved å spre tjenestene på veldig mange lokalsykehus risikerer å redusere kvaliteten, fordi en del av de kirurgene som foretar inngrepene, foretar for få.

Det har altså vært nødvendig å se på sentraliseringen av en del tjenester for å sikre kvaliteten på dem.

Så har man en motsatt utvikling – som kan synes paradoksal – og det er at ny teknologi muliggjør undersøkelser nærmere pasienten, til dels i hjemkommunen. Det man kan oppleve, er at man helt ute hos den enkelte primærlege på vei til sykehus gir behandling for hjerteinfarkt med streptokinase, og man kan monitorere pasienten i en ambulanse underveis til sykehus, noe som gjør at sykehuspersonell kan se hvordan infarkt utvikler seg.

Denne typen teknologisk utvikling stiller sykehusene overfor helt nye utfordringer. Det skjer med utgangspunkt i en sykehusstruktur som ble bestemt for veldig mange år siden, og hvor mange av de aksjonene vi ser mot den, preges av kampen for det bestående – i frykt for å miste det man har.

I forbindelse med valgkampen var jeg på et lokalsykehus der de – prisverdig nok – hadde sett på antall innleggelser ved den ortopediske akuttavdelingen, og det viste seg at det i gjennomsnitt var én innleggelse hvert tredje døgn. Dette skjer ved et lokalsykehus der man har døgnkontinuerlig bemanning innenfor ortopedi, slik at man må få tak i vikarleger, til dels fra utlandet, for å klare bemanningen – med en enorm kostnad og med et krav i befolkningen om at disse tjenestene må bestå. Og det er forståelig, fordi befolkningen vil føle utrygghet når tjenester forsvinner. Men jeg kommer fra en kommune som er flere ganger større enn den jeg besøkte, og som aldri har hatt

den typen akuttberedskap. Jeg kan heller ikke huske at det har skjedd noe dramatisk som en konsekvens av det.

Dette betyr at på en del felter der man har akuttberedskap, må man i dialog med befolkningen diskutere: Kunne disse ressursene ha vært brukt mer hensiktsmessig – på andre måter og mer målrettet – for å få mer helsetjenester igjen, ikke ved å nedlegge det lokale sykehuset, men ved å fylle det med nye og andre oppgaver?

Det vi ser, er at en del store sykehusenheter har god rekruttering, mens lokalsykehus ikke har det. Ordninger med ambulerende mellom større enheter og mindre enheter gir helt andre muligheter for å kunne bemanne også lokalt, i stedet for å ta i bruk dyre ordninger med import av utenlandske leger.

2008 er det siste året med Opptappingsplanen for psykisk helse. Jeg husker godt da vi i sin tid vedtok denne opptappingsplanen, og det er gledelig å se at den har ført til en betydelig styrking av psykiatrien – ikke minst har det skjedd nær brukerne: i mange pasienters hjemkommuner. Men det vi må erkjenne, er at når tiden for opptappingsplanen ved utgangen av neste år er over, er det likevel behov for å videreutvikle tjenester i det psykiske helsevernet – både fordi vi ser at forekomsten av den typen sykdom har økt i befolkningen, og fordi vi fortsatt ikke er i mål når det gjelder å sikre gode nok tjenester.

Det vi dessverre ser når det gjelder både det psykiske helsevernet og tiltak overfor rusmiddelavhengige, er at disse pasientene ikke har sterke interesseorganisasjoner som kan stille krav om ytterligere utvikling. Det er ikke slik at det er de stemmene som høres best i det offentlige rom, som det alltid er mest verdt å lytte til.

Jeg må si at jeg har stor forståelse for pasienter med multipel sklerose og deres krav om å få tilgang til den beste medisinen. Men når et medikament som det Fremskrittspartiet har fremmet forslag om, koster 225 000 kr på årsbasis – 17 000 kr pr. behandling, 13 injeksjoner – vil det bli stilt krav om å kontrollere virkningene.

Vi har gang på gang sett at Stortinget har engasjert seg når det gjelder enkeltpreparater, gjerne ved å navngi produsenten – det er nærmest ren reklame for enkeltpreparater. Så går det noen år, og vi erfarer at preparatet slett ikke har den virkning man tenkte seg. Det har vi opplevd når det gjelder preparater for Alzheimer, for beinskjørhet og for diabetes.

Det er absolutt grunn til å rette en advarende pekefinger mot Stortinget som et slags overprøvende organ når det gjelder virkning og bivirkning av medikamenter, fordi viljen til å se seg tilbake er i liten grad til stede: Var det vi tok til orde for for fem-ti år siden, i realiteten fornuftig, eller burde vi i sterkere grad ha hørt på faginstansene?

Utviklingen innenfor helsevesenet de neste årene er det – når det kommer til stykket – vi som i stor grad kan være med på å bestemme. Det som da blir viktig innenfor de rammene vi opererer med, er å evne å prioritere slik at ressursene når flest mulig – på en målrettet måte.

Når jeg er inne på dette med medikamenter, må jeg si at det er tankevekkende å se at medikamenter som ofte koster lite, i liten grad er framme – de som produserer dem, vil gjerne ha dem ut av markedet – og hvordan enkle

tiltak innenfor rusomsorgen, som f.eks. at man har en hånd å holde i, ofte blir fokusert lite på, mens de enormt kostnadskrevene tiltakene er de vi diskuterer i salen. Derfor er dette en av de viktigste debattene vi kan ta: Hvordan kan vi styrke tiltakene overfor de svakeste – uten å fokusere kun på de enormt teknisk krevende tiltakene, som media ofte vil være mest opptatt av?

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [11:14:07]: Regjeringen sier i Soria Moria-erklæringen at egenandelene på medisin og på helsetjenester ikke skal økes. Allikevel ser vi at Regjeringen bryter med intensjonene i Soria Moria-erklæringen, og for andre år på rad øker egenandelene, nå til 1 740 kr. Dette skaper sosiale helseforskjeller i Norge.

Er representanten Ballo fornøyd med økningen i egenandeler, at dette – i hvert fall slik jeg ser det – er en skatt på sykdom?

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:14:46]: Det er en vanskelig balansegang, for skal man få et budsjett til å gå i hop, må man hente midler fra noen steder. Men opposisjonen leser budsjettet på en spesiell måte, for hvis man ser på hvor store egenandeler som faktisk blir refundert av staten, har de tallene aldri vært høyere – tak 2-ordningen har aldri vært bedre. Det er innført skjermingsordninger som Regjeringen har styrket, og som gjør at man i dag i sum aldri har hatt bedre ordninger for å hindre at de mest utsatte gruppene får dekket sine merkostnader. Det går derfor ikke an å se på en relativt beskjeden økning av egenandeler isolert. Man er nødt til å se på alle de ordningene som faktisk finnes, og det er altså ordninger som aldri har vært bedre utviklet enn med denne regjeringen.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:15:40]: For ett år siden gikk en enstemmig komite og et enstemmig storting inn for at rehabilitering skulle bli det neste store satsingsområdet. Både pasienter, fagmiljøene og Høyre hadde store forventninger til en forpliktende opptappingsplan, men løftet om opptapping er dessverre blitt til nedtrapping. Korrigert for lønns- og prisvekst i dette året er det ikke en krone mer til rehabilitering.

Det er forståelig at pasientorganisasjoner og fagmiljøer reagerer. I forrige uke fikk komiteen overlevert 225 000 underskrifter fra pasienter rundt omkring i det ganske land som en protest mot manglende satsing fra Regjeringens side når det gjelder rehabilitering. Mener representanten Ballo at pasienter og fagmiljøer innenfor rehabilitering har urimelige forventninger og krav?

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:16:42]: Nei, det mener jeg ikke. Men man kan ikke forvente at pasientorganisasjoner skal komme med inndekning når det gjelder de forslagene de reiser.

For min egen del er jeg glad for at man i komiteen har klart å styrke innsatsen på rusfeltet, for det er et av de mest alvorlige feltene. Vi trenger bare å gå ut av Stortinget, så

ser vi hvordan folk er i ferd med å gå til grunne, uten at vi har nok tiltak for å hjelpe dem.

Jeg både håper og tror at det skal være mulig i et litt lengre perspektiv å få til gode rehabiliteringstiltak. Men alt er ikke mulig i ett enkeltstående statsbudsjett, selv om opposisjonen også har store forventninger til denne regjeringen.

Laila Dávøy (KrF) [11:17:27]: Først har jeg lyst til å ønske Olav Gunnar Ballo hjertelig velkommen til komiteen. Det blir svært hyggelig å få jobbe sammen med ham. Det er første gang fra min side, så det ser jeg fram til.

Det jeg ønsker å spørre representanten Ballo om, dreier seg om de private sykehusene og pensjon. Representanten Ballo har sikkert fulgt med på den debatten som har vært. Jeg har stilt et spørsmål, og opposisjonspartiene har skrevet en merknad om dette i budsjettinnstillingen. Jeg stilte finansministeren et spørsmål i spontanspørretimen sist hun var her – det er ikke lenge siden – og hun gav uttrykk for at hun ikke kjente til denne problemstillingen. Hun hadde fått vite det nå, som hun sa. Derfor har jeg hatt et håp om at det kanskje var en liten glipp at man ikke klarer å løse dette for de private sykehusene store problemet, med 150 mill. kr i forbindelse med salderingen.

Mitt enkle spørsmål er: Ut fra dette, er det mulig å tenke seg at SV i Stortinget vil bidra til at disse private sykehusene får dekket pensjonskostnadene sine før jul? Det er et stort behov for det.

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

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:18:34]: Det er mulig at Laila Dávøy synes at spørsmålet er enkelt, men jeg synes ikke at svaret er det.

Når det gjelder oversikten over konsekvensene av endret pensjonsordning, som vi ser også innenfor de regionale helseforetakene, har det vært en enorm utvikling på kostnadssiden på grunn av pensjonsavtalene. Jeg – på linje med finansministeren – overskuer ikke konsekvensene henimot de private sykehusene.

Det som jeg tror er viktig, er at der staten går inn og gjør avtaler – det vil i stor grad også være ideelle organisasjoner, som Feiringklinikken i regi av LHL, eller andre – må vi selvfølgelig sikre at det som følger med av midler, gir en forutsigbar drift over tid, slik at man ikke det ene året inngår en avtale, og så har man ikke en videreføring neste år. Men å overskue alle enkeltheter i forhold til pensjonsavtalen, kan ikke jeg, og det vil jeg ikke gi meg inn på eller begynne å spekulere i.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Laila Dávøy (KrF) [11:20:05]: Kristelig Folkepartis mål for helsepolitikken er likeverdige helsetjenester, uavhengig av bakgrunn, hudfarge, funksjonsevne, kjønn, alder og bosted. Fem år etter at sykehusreformen ble innført, har dette ennå ikke blitt en realitet. Vi ser fortsatt store forskjeller i helsetilbudet, avhengig av hvilken helsere-

gion man bor i. Vi hører at hudfarge kan avgjøre helsehjelpen, at sykmeldte prioriteres til rehabilitering i stedet for like muligheter til rehabilitering for alle, og vi hører at funksjonshemmede ikke tas på alvor.

Nå kommer det også signaler om at finansieringssystemet i sykehusene påvirker prioriteringen av pasientene. I stedet for å vurdere hvem som har behov for behandling ut fra individuelle medisinske behov, viser rapporter fra Sosial- og helsedirektoratet og fra Legeforeningen at også fokusering på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene er styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenestene.

Innsatsstyrt finansiering var ment som et styringsverktøy for de regionale foretakene, og ikke som et prioriteringsverktøy for lønnsomme og ulønnsomme pasienter. Finansieringssystemet brukes til krav om inntjening ved den enkelte tjenesteytende avdeling. Jeg mener at Regjeringen nå bør vurdere om det er behov for endringer i finansieringssystemet for å unngå at fokus på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene fortsatt er styrende eller blir enda mer styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenestene. Saken om MS-medisinen Tysabri, som også inngår i denne debatten, kan være et eksempel på at pasienter som ut fra prioriteringsforskriften har behov for denne medisinen, ikke får den fordi sykehusene prioriterer noe annet.

Fokus på økonomi kan være til hinder for et helhetlig pasienttilbud og dermed for bedre samhandling mellom avdelinger og nivåer i helsetjenestene. Dette er etter min mening en av de største utfordringene i helsetjenesten i dag. Det er også en frykt for at sykehus og kommuner prøver å unngå ansvaret for lite lønnsomme og ressurskrevende pasienter.

Eldre mennesker, mennesker med langvarige psykiske lidelser og rusmiddelavhengige er grupper av pasienter som krever sammensatte tiltak over lang, lang tid. Altfor mange eksempler viser at nettopp disse pasientgruppene blir dårligst ivaretatt i dag.

Det er grunn til å frykte at finansieringssystemet særlig rammer de små sykehusene, siden disse har fått en oppgavefordeling som ikke utgjør en helhet i behandlingstilbudet. De små sykehusene kan dermed, slik en del sier, sitte igjen med svært ressurskrevende pasienter, og ikke blir kompensert tilstrekkelig gjennom det finansieringssystemet vi har i dag.

Det bør etter min mening igangsettes en bred utredning av systemet for sykehusfinansiering som bedre enn dagens stykkprissystem fanger opp behovet for helhet i tjenestekjeden. En forutsetning for økt effektivitet i sykehusene er å satse på bedre kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten. Ifølge evalueringen av sykehusreformen i regi av Forskningsrådet har det ikke vært en slik utvikling i forbindelse med reformen. Tilstrekkelig tilgang på korttidsplasser og rehabiliteringsplasser i sykehjem, tilstrekkelig med ressurser i hjemmetjenestene samt helsepersonell med høy fagkompetanse må prioriteres høyere. Kristelig Folkeparti er derfor glad for avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre om å øke kvaliteten i eldreomsorgen. Vi er allerede

utålmodige etter å se resultater av avtalen, og ser fram til at Regjeringen raskt følger opp de planer som er varslet i avtalen. Det er et mål at avtalen om et løft for omsorgen vil gi bedre helsetjenester for eldre mennesker både i sykehus og i kommunehelsetjenesten.

Det bør også foretas en gjennomgang av sykehusenes samlede driftsunderskudd for 2007, akkumulert gjeld og økonomisk styring. Det er, slik Kristelig Folkeparti ser det, ønskelig at Regjeringen presenterer for Stortinget en slik gjennomgang med aktuelle forslag til tiltak, og gjerne allerede i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett neste år. Situasjonen med stor gjeld kan være med på å presse sykehusene til økt inntjening. Det er uheldig dersom krav om effektivisering og bedre økonomistyring medfører prioritering av lønnsomme pasienter.

En annen utfordring er at det i 2006 ble foretatt feilkoding på en rekke sykehus, bl.a. ved at dokumentasjon og rapportering i journalene var feil. Feilkodingen gikk ut på at opplysninger om hvilken behandling som var utført, manglet, eller at feil diagnose var satt. Særlig rammet feilkodingen rehabilitering. Gruppebehandling av pasienter ble kodet som individuell behandling, og poliklinikkbehandling ble kodet som dagbehandling. Selv om regelverket hevdes å være komplisert, må det likevel være mulig å skille dagbehandling fra poliklinisk behandling og gruppebehandling fra individuell behandling. I verste fall medfører en slik gal praksis at pasienter ikke får det tilbudet de har krav på. Hele 88 mill. kr ble utbetalt feil i 2006. Sykehusene forvalter store summer av samfunnets midler, og det er av stor betydning at sykehusene har tillit i befolkningen, og at de prioriterer riktig og ikke gjør slike feil.

Riksrevisjonens Dokument nr. 1 viser dessuten til at sykehusene ansatte langt flere leger enn de hadde lov til.

Evalueringen av sykehusreformen fra Forskningsrådet i januar i år viser at prioriteringspraksis har blitt forverret. Pasienter med lavest prioritet har fått størst reduksjon i ventetid, mens pasienter med høyest prioritet har fått minst reduksjon i ventetid.

Vi står også nå foran gjennomføringen av Helse Sør-Øst. Vedtaket om sammenslåingen var begrunnet i at en ved samordning av kompetanse, drift og investeringer ved 15 helseforetak i de to regionene kunne oppnå mye mer for pasientene, for økonomien og for forskningen. Men dette vil bero på i hvilken grad den nye helsegiganten vil la seg styre. Hvilke funksjoner skal samordnes, og hvilken funksjonsfordeling vil skje, særlig mellom de store sykehusene som Ullevål og Rikshospitalet-Radiumhospitalet? Jeg imøteser statsrådets tilbakemeldinger framover om status i dette arbeidet.

Et annet trekk som har preget behandlingstilbudet de siste årene, har vært at ideologi settes foran pasienten. Private ideelle sykehus er et viktig supplement og korrektiv til de offentlige sykehusene. Vi har sett at med Regjeringens politikk føler de ideelle sykehusene at de kveles. For 2007 har flere av disse store utfordringer, ikke minst med økte pensjonsutgifter. Regjeringen har nå muligheten til å løse dette ved å støtte et forslag om å bevilge 150 mill. kr

i forbindelse med salderingen av 2007-budsjettet, hvor dette forslaget vil bli framsatt.

Oppbyggingen av egne behandlingstilbud på bekostning av allerede eksisterende tilbud, som avrusning i Helse Sør-Øst og LAR-behandling i Helse Vest, er langt fra å spille på lag med viktige ideelle institusjoner. Dette går langt utover Soria Moria-erklæringen, slik jeg leser den. Går de ideelle sykehusene, som Lovisenberg og Diakonhjemmet i Oslo og Haraldsplass i Bergen, over ende, eller noen institusjoner må redusere ytterligere, slik flere private og ideelle institusjoner allerede har måttet gjøre – jeg tenker på områdene rehabilitering og rusbehandling – vil svært viktig kompetanse og kunnskap gå tapt, og tusenvis av pasienter vil kunne miste sitt helsetilbud.

Pensjonsspørsmålet må løses.

Jeg er bekymret for at de riktige grepene ennå ikke blir tatt. Jeg er bekymret for at når det gjelder sammenhengen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er det fortsatt store barrierer. Jeg er også bekymret over det store kompetansegapet og den mangel på logistikk mellom første- og andrelinjetjenesten vi i dag ser på viktige områder.

Til sist tar jeg opp alle Kristelig Folkepartis forslag som framkommer i innstillingen, både dem vi står alene om, og dem vi står sammen med andre om.

Presidenten: Representanten Laila Dāvøy har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Rune J. Skjælaen (Sp) [11:30:12]: Regjeringens budsjettforslag som Stortinget skal vedta med noen små justeringer, har aldri vært så ekspansivt tidligere. En legger opp til en pasientvekst på 1,5 pst., sykehusøkonomien styrkes med 1,79 milliarder kr, bygg og utstyr med 1,67 milliarder kr, psykisk helse med 940 mill. kr, Omsorgsplan 2015 med 136 mill. kr, rusfeltet med 100 mill. kr osv.

Men også i år ser helseforetakene ut til å gå med store underskudd. Verst er utviklingen i Helse Nord og Helse Sør-Øst. I Helse Midt-Norge og Helse Vest forstår vi at økonomien er noenlunde under kontroll, og resultatet der ser ut til å bli bedre enn tidligere år. Men det er et demokratisk problem at helseforetakene bruker langt større ressurser enn det Stortinget bevilger. Det virker også som om dette faktisk ikke er godt nok forankret på alle ledernivå i helseforetakene.

Ny beregning av pensjonskostnader fører til økte pensjonsutgifter på 3,2 milliarder kr i 2007 og 2,7 milliarder kr i 2008 for de regionale helseforetakene. Disse økte utgiftene holdes utenfor resultatkravet. Når det gjelder de private ideelle sykehusene, som Haraldsplass Diakonale Sykehus – det er bl.a. lokalsykehus for 125 000 bergensere og striler, og det er et sykehus som er drevet kostnads-effektivt og godt – har de fått tilsvarende utgifter som det ikke er dekning for på budsjettet for 2007 eller for 2008, noe som kan innebære tap av egenkapital og mulig konkurs. Jeg er glad for at en samlet komite ber Regjeringen finne en løsning på disse utfordringene, slik at sykehusene ikke taper egenkapital eller styrer mot konkurs.

Senterpartiet står for en politikk der vi tilrettelegger for at folk skal bo i hele landet. Dette fordrer helsetjenester der folk bor. Vi har en sykehusstruktur som er krevende. I Senterpartiet er vi opptatt av trygghet for at helsetjenestene skal være tilgjengelige for alle der folk bor. Lokalsykehusene er derfor viktige. Det betyr ikke at alt skal være som det alltid har vært når det gjelder innhold eller oppgaver i lokalsykehusene. Noen oppgaver bør sentraliseres ut fra behovet for kvalitet. Andre oppgaver som ikke av faglige grunner må skje på våre store mest høyteknologiske og spesialiserte sykehus, kan og bør overføres til lokalsykehus. Jeg mener det siste kanskje er det mest krevende, fordi de store og komplekse sykehusorganisasjonene har vansker med å gi oppgaver fra seg.

Det er gledelig at kommunene når målet om minst 10 000 nye årsverk i denne stortingsperioden – ikke minst fordi det nesten utelukkende er personell med helsefaglig utdanning som tilsettes, ifølge SSB. Dette er med på å styrke kvaliteten på tjenestene sammen med kommunenes arbeid for kvalitetsutvikling. 71 pst. innen pleie og omsorg hadde helsefaglig utdanning i 2006.

Men det trengs flere folk. Kampen om arbeidskraften er stor og vil øke. Viktig blir det å gi mulighet for større stillinger for dem som ønsker det. Det er interessant i denne sammenheng å nevne en nylig avsagt dom i Hardanger tingrett, der tre arbeidstakere i Granvin kommune gikk til sak og krevde større stillinger på bakgrunn av at de gjennom flere år hadde hatt ekstravakter som tilsa større stillinger. De fikk medhold og vant saken. Retten avviser ikke at Granvin kommune har behov for å sette inn ekstravakter, men mener at dette langt på vei kan unngås ved bedre planlegging av turnusene. En lærdom av denne dommen bør være at ledelse og organisering bør ha en langt sterkere fokusering innenfor pleie- og omsorgssektoren, noe som også ble understreket da vi avgav omsorgsmeldingen. Videre må antall årsverk fortsatt økes. Det innebærer at store økonomiske ressurser må tilføres kommunesektoren i årene som kommer.

Regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre har inngått en avtale på svært viktige områder i Omsorgsplan 2015. Det er Senterpartiet tilfreds med og opplever at Kristelig Folkeparti og Venstre har vært konstruktive samtalepartnere, noe som har ført fram til denne avtalen. Lovverket skal forbedres, kompetansen skal styrkes, behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester skal følges opp, tilrettelegging for dem som ønsker å bo hjemme, ved hjelp av tilskudd til ombygging og en økning i kulturtiltak er noe av avtalens innhold. Det er viktig at Omsorgsplan 2015 gjennom avtalen mellom disse fem partiene sikres progresjon og stabilitet over år, slik at målene om kvalitet og kapasitet kan nås.

I budsjettet har regjeringspartiene omdisponert 17,7 mill. kroner i forhold til Regjeringens forslag. Det utgjør 0,02* promille som omdisponeres fra reparasjon til forebygging. Jeg synes det er interessant at også de andre partiene i debatten har bemerket dette, men det dreier seg altså om 0,02 promille, som går fra reparasjon til forebygging.

Hvis en for 20 år siden hadde hatt våre økonomiske muligheter og samtidig hatt dagens kunnskaper om forebygging, ville vi ikke hatt den enorme veksten når det gjelder diabetes, kreft, fedme, astma, uføretrygging og sykefravær. Levealderen ville ha vært høyere, og flere ville ha holdt seg lenger i fin form. Folk ville ha hatt det bedre. Det ville ha vært enklere å være politiker i dag om en for 20–30 år siden hadde visst bedre og bestemt klokere.

I dag vet vi at økt fysisk aktivitet og sunnere kosthold forebygger effektivt, at mindre bruk av tobakk og rusmidler berger liv og forbedrer livskvaliteten, og at god oppfølging av de aller minste gir aller best effekt. Vi vet at forebygging er bedre enn reparasjon, og at tidlig forebygging er best. Derfor styrker vi arbeidet med å oppdage udiagnostisert type 2-diabetes, styrker arbeidet overfor inaktive voksne med hensyn til lokale aktiviteter gjennom Partnerskap for folkehelse, styrker arbeidet for å få redusert røyking i arbeidslivet, med røykesluttkurs osv. – små grep, men viktige signaler om at folkehelsearbeidet er et viktig arbeid for regjeringspartiene når det gjelder å redusere galopperende reparasjonsutgifter.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Vigdis Giltun (FrP) [11:39:25]: Representanten Skjælaaen skryter av og er veldig fornøyd med Regjeringens eldresatsing, ikke minst det såkalte eldreforliket, som skal gi eldre en verdighetsgaranti i årene som kommer.

Innholdet i dette forliket er helt diffust, og det framstår ikke som noen satsing på de eldre. Innholdet er omtrent akkurat det samme som i dagens kvalitetsforskrift, og det ligger ikke noe løfte om økonomiske satsingsmidler. Det er heller ingen nye lovbestemte rettigheter om sykehjems plass eller andre boformer. Det er heller ikke noen nasjonale normer, verken når det gjelder bemanning eller legedekning. I grunnen er det ikke noe som helt konkret vil sikre de eldre en verdig alderdom, slik jeg ser det.

Kan Skjælaaen forklare hva det er helt konkret i det forliket som er inngått, som vil sikre eldre verdighet i alderdommen?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:40:29]: Dette er en avtale som går på kompetanse, som går på kapasitet, og som går på å forbedre lovverket innenfor pleie- og omsorgssektoren. Det er faktisk de viktigste grepene for å styrke kvaliteten, slik at en unngår å se oppslag i media om at eldreomsorgen mange steder ikke fungerer godt nok. Det å satse på kvalitet er svært viktig, og viktige grep her er å gi folk en helsefaglig utdanning og ansette folk som virkelig har kompetanse innenfor pleie og omsorg.

Sonja Irene Sjøli (H) [11:41:40]: Jeg har lyst til å følge opp det som forrige representant var inne på.

Alle forslagene i denne avtalen ligger også i innstillingen, men i innstillingen vil verken regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti eller Venstre støtte forslagene.

*Senere rettet til 0,2, jf. side 1200.

Mitt spørsmål er da: Mener representanten Skjælaaen at en avtale mellom partier er mer forpliktende enn et enstemmig anmodningsvedtak gjort her i Stortinget?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:42:17]: En avtale mellom fem partier, og som strekker seg langt utover dette budsjettåret, mener vi faktisk er svært viktig og har langt mer konsistens enn et forslag fremmet av Høyre og Fremskrittspartiet i Stortinget. Jeg er jo glad for at Høyre og Fremskrittspartiet ønsker å støtte deler av det som ligger i vår avtale, og vil for så vidt ønske dem velkommen etter.

I Bergen har vi et uttrykk for folk som kommer etter, og som ikke deltar helt og fullt. I Bergen kaller vi dem for rævdiltere. Det er faktisk et uttrykk som det er lov å bruke i bystyret i Bergen. Men for å si noe om det: Vi synes det er meget bra at Høyre er med og støtter noen av de forslagene som ligger i den avtalen som vi har inngått.

Gunvald Ludvigsen (V) [11:43:30]: Venstre er enig i at høgspesialisert medisin skal sentraliserast. Det har vore nemnt i debatten her før av representanten Ballo at f.eks. kreftkirurgi skal sentraliserast.

Men lokalsjuehus må vi ha. Det meiner vi i Venstre, og det veit eg at Senterpartiet også er tilhengar av. Vi skal ha gode lokalsjuehus med innhald. Ein av dei mest normale ting i verda som har gått føre seg til alle tider, er å føde barn. Det er enkelt å lage barn, og det er normalt å føde barn. Det er kanskje det mest alminnelege. Venstre meiner at vi treng eit desentralisert fødetilbod. Senterpartiet signaliserer jo alltid at dei har ein distriktsprofil.

Mitt spørsmål til Skjælaaen er: Vil Senterpartiet vere ein garantist for at vi framleis skal ha eit desentralisert fødetilbod?

Rune J. Skjælaaen (Sp) [11:44:31]: Representanten Ludvigsen kan være sikker på at Senterpartiet skal være en garantist for at vi skal ha et desentralisert fødetilbud.

Det som er avgjørende, er jo at de som er der for å ta imot barn, er godt kvalifisert for den oppgaven. Derfor mener jeg at ved fødeavdelinger der det ikke er tilstrekkelig antall fødsler, kan faktisk personalet, gjennom hospitering osv., kvalifisere seg, slik at en kan opprettholde gode fødetilbud sjøl om en ikke nødvendigvis når måltallet. Vi mener det er svært viktig at folk skal få føde i nærheten av der de bor.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Gunvald Ludvigsen (V) [11:45:51]: Alle skal ha høve til å bruke sine evner til beste for seg sjølv og samfunnet. Liberal politikk er derfor eit utålmodig arbeid for rettfærdige løysingar, som gir alle menneske fridom, tilhøyr og ansvar. Det er i fellesskap med andre den enkelte kan finne sin eigen veg til det gode liv. Venstre sitt fridoms- og fellesskapsslagord omfattar også framtidens generasjonar. Venstre vil føre ein ansvarleg økonomisk politikk og ein miljøpolitikk som sikrar livsgrunnlaget og velferda også for dei.

I Venstre sitt alternative budsjett gjer vi framlegg om å auke forskjellige tiltak for å redusere fattigdom, med vel 1 milliard kr utover Regjeringa sitt framlegg. Hovudsatsinga til Venstre er rusomsorg, forsøk med borgarlønn, offentleg finansiert tannhelse og omsorgslønn til foreldre med funksjonshemma barn.

Politikk handlar om å prioritere, og Venstre prioriterer meir til dei som treng det mest innanfor helse- og sosialpolitikken. Det er eit aukande gap mellom våre forventningar om det som er medisinsk mogleg, og tilgjengelege økonomiske ressursar. Dette er ei problemstilling som i framtida kjem til å trenge store og krevjande avgjerder og prioriteringar både frå regjering og ikkje minst frå storting. Sosial ulikheit i helse er eit veksande problem og heng nøye saman med fattigdom. Det er svært viktig for å motarbeide fattigdom at det blir satsa på helsehjelp og behandling til dei som altfor ofte fell utanfor også i helsevesenet. Rusmisbrukarar må få ei betre behandling og nødvendig helsehjelp.

Dei som er avhengige av rusmiddel, treng behandling. Målet må ikkje berre vere rusfriheit, men også eit verdig liv. Derfor må vi også tenkje skadereduksjon for dei som ikkje klarer å bli rusfrie. Det må vere eit skikkeleg behandlingstilbod, m.a. gjennom auka bruk av legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Mange klarer ikkje å takle kvardagen utan å ruse seg. Venstre vil ha auka fokusering på rusproblema, fordi rusproblem ofte har samanheng med psykiatriske lidningar. Det er derfor viktig med eit nært og godt samarbeid mellom psykiatrien, institusjonar, etatar og helsevesen – alle som arbeider med rus og psykiatri. Dette er jo samhandling i ordets rette mening.

Alkohol er framleis det rusmiddelet som er opphav til flest problem, som for tidleg død, sjukdom, vald, kriminalitet og store utgifter for helsevesenet. Det er bekymringsfullt at talet på blandingsmisbrukarar synest å auke, og at forskarar trur det også må kunne forventast å auke i framtida, dessverre. Vi har teke det ad notam i vårt alternative budsjett, og vi har eit framlegg om å auke løyvingane til ulike tiltak for rusmiddelmissbrukarar med 240 mill. kr.

Vi har hørt mykje om sjukehus før i debatten her, og eg skal ikkje seie så mykje om det. Eg har lyst til å snakke litt om førebygging.

Vi kan ikkje førebyggje at folk blir eldre, men vi kan førebyggje nokon skadar og fall som er ei stor årsak til at folk hamnar på sjukeheim eller sjukehus. Eit tilbod om enkle vaktmeistertenester er eit ledd i det førebyggjande arbeidet som set eldre menneske i stand til å leve eit verdig liv i sin eigen heim så lenge helsa tillèt det. Ei styrking av tilbodet om hjelp til enkle daglegdagse gjeremål vil vere skade- og fallførebyggjande og ei moglegheit til å hindre lårhalsbrot og andre fallulykker, som ikkje minst rammar svært mange eldre.

Eg såg nettopp i avisa at ein bydel i Karlstad kommune i Sverige har teke førebyggingsaspektet på alvor. Dei har i ein periode prøvd ut gratis hjelp til å fikse småsaker i heimen til dei over 75 år. Prosjektet har vore så vellukka at kommunen no har bestemt seg for å satse på «fixarservice» i heile kommunen. Hjelparane kan t.d. bytte lypærer og hengje opp gardiner, men skal ikkje utføre arbeid

som høyrer inn under heimhjelparane sitt felt. Målet med servicen er altså å redusere talet på fallulykker, slik at dei eldre kan bu i eigen heim lenger, og at ein kan redusere presset på kommunale sjukeheimar. Det svenske forsøket er heilt i tråd med framlegget om å leggje til rette for enkle vaktmeistertjenester for eldre som Venstre fremja tidlegare i år. Eg må seie at det var veldig overraskande at framlegget berre fekk våre egne og Kristeleg Folkeparti sine stemmer. Men vi gir oss ikkje, vi trur det er ein god idé, og vi meiner at den må materialiserast. I vårt alternative budsjett har vi sett av 20 mill. kr til dette føremålet.

Eldre er minst like ulike som oss andre i befolkninga. Derfor må hjelpetilboda vere ulike og varierte. Kultur- og aktivitetstilbodet må styrkjast, det må leggjast til rette for turgåing, og ein må prioritere friluftsliv, noko som vi veit styrkjer helse og trivsel for alle. Og så må vi bidra til at dei mange eldre som har helse og kapasitet til å delta aktivt i samfunnslivet, ikkje blir utestengde av kunstig aldersgrense eller fordommar. Det siste kostar ikkje pengar i det heile, det er berre ei haldningsendring som må til.

Eg har vore inne på eit viktig moment for å løyse utfordringane innanfor eldreomsorga, og det er å satse på forebygging. Eg må også nemne rehabiliteringsbiten. Mange pasientar opplever eit mangelfullt tilbod om habilitering og rehabilitering i etterkant av sjukehusbehandling, og eit helsevesen som ikkje tek på alvor habilitering og rehabilitering, er ikkje eit heilt helsevesen. Det er dårleg for den enkelte pasient, og det er dårleg samfunnsøkonomi. Venstre er med på ein merknad i budsjettinnstillinga saman med Kristeleg Folkeparti, Høgre og Framstegspartiet som seier at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet, og at ein forpliktande opptrappingsplan må på plass. Desse partia er òg samde om at helseforetaka no må setjast i stand til å kjøpe fleire rehabiliteringsplassar for å hjelpe dei mange som står i kø.

Venstre meiner at eit sterkt offentleg helsevesen under demokratisk styring er den beste garantien for at dei tilgjengelege helseressursane blir brukte best mogleg. Men i tillegg til eit offentleg helsevesen må det vere rom for private aktørar.

Venstre er oppteken av at lokalsjukehusa skal vere ein tryggleiksbase for befolkninga, ikkje minst i distrikta. Lokalsjukehusa må ha eit tilstrekkeleg og avklara innhald som bidreg til at dei kan vere ein slik tryggleiksbase. Dei stadige omstillingskrava, eller rettare sagt kuttkrava, som sjukehussektoren er utsett for, har mange negative sider – ikkje minst er det svært negativt for arbeidsmiljøet på sjukehusa. Arbeidstilsynet sin «God vakt»-kampanje i 2005 avdekte heile 292 brot på arbeidsmiljølova. Kutt betyr i praksis nedbemanning, som igjen betyr utrygge arbeidsplassar og utrygge tilsette. Det vil igjen føre til at heile tilbod og institusjonar kan rakne. Dette inneber at mange, særleg i distrikta, blir utrygge på om dei får eit spesialisthelsetestetilbod i rimeleg nærleik i framtida. Eg vil oppmode statsråden om å vere på vakt mot nedbygging av tilbod, spesielt på sjukehusa i distrikta.

Regjeringa har lagt fram ei stortingsmelding om framtidens tannhelsetenester, St.meld. nr. 35 for 2006–2007. Den store debatten om tannhelsetenestene får vi ta i sam-

band med at Stortinget skal behandle meldinga like over nyttår, men eg vil likevel gi uttrykk for nokre av Venstre sine synspunkt. Vi har sagt i budsjettinnstillinga at vi meiner at det er urimeleg at tannbehandling er åtskild frå anna medisinsk behandling. Vi ønskjer ei offentleg refusjonsordning på lik line med fastlegeordninga. Vi meiner at dårleg tannhelse kan vere medverkande årsak til alvorlege sjukdomar, f.eks. hjarte- og karsjukdomar. Men ein ting er iallfall sikkert, og det er at det er veldig sosialt stigmatiserande. Venstre går inn for ein gradvis overgang til ei offentleg refusjonsordning der utsette grupper blir prioriterte i første omgang. Vi har sett av 170 mill. kr i vårt alternative budsjett.

Til slutt vil eg ta opp forslaget frå Venstre som er teke inn i budsjettinnstillinga.

Presidenten: Representanten Gunvald Ludvigsen har tatt opp det forslaget han refererte til.

Statsråd Sylvia Brustad [11:56:15]: Helse- og omsorgstilbudet har sjølsagt stor betydning for den enkeltes levevilkår og for livskvaliteten. Det som vedtas i Stortinget i dag, betyr mye for veldig mange mennesker i dette landet. Det er interessant å se at i slike store debatter er media ganske fraværende, mens når det er noe negativt å hausse opp, er de hjertelig til stede – og vi trenger faktisk tilstedeværelse i begge tilfeller.

Dette området er også høyt prioritert i Regjeringas budsjettforslag. Det kommer til uttrykk gjennom en historisk satsing på sjukehus for neste år. Det kommer til uttrykk gjennom en opptrappingsplan for psykisk helse, gjennom Omsorgsplan 2015, gjennom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og en opptrappingsplan for rusfeltet.

Jeg tror ikke det kan være noen tvil om at sjukehusa neste år styrkes vesentlig. Det er aldri før blitt satset så mye i ett enkelt år på sjukehussektoren som det gjøres neste år hvis Stortinget vedtar Regjeringas forslag. For første gang etter 2002 budsjetteres det med aktivitetsvekst.

Det legges bl.a. til rette for, noe flere talere har vært inne på, en økning i all pasientbehandling med 1,5 pst. fra 2007 til 2008. Det er altså lagt inn midler slik at vi neste år kan tilby om lag 18 000 flere behandlinger.

Regjeringa mener at sjukehusa ikke skal være nødt til å ta opp dyre lån for å gjenanskaffe helt nødvendig bygg og utstyr. Det er bakgrunnen for vårt forslag om 1,67 milliarder kr, slik at vi neste år totalt kan bevilge 5,3 milliarder kr til dette formålet. Hvis Stortinget slutter seg til disse forslagene, vil vi få på plass en svært viktig forutsetning for hele sjukehusreformen. På den måten vil sjukehusa betale mindre i renteutgifter, og dermed vil de også få mer penger direkte til pasientbehandling.

Til tross for det meget gode økonomiske opplegget for neste år, er det heller ingen tvil om at sjukehusa fortsatt står overfor store utfordringer. For å oppnå økonomisk balanse for neste år må kostnadene reduseres med om lag 1 milliard kr sammenliknet med i år. Helseforetakene verken kan eller bør bruke mer penger enn det Stortinget til

(Statsråd Brustad)

enhver tid stiller til disposisjon, og det håper jeg alle er enig i. Jeg vil derfor forsterke oppfølginga av de regionale helseforetakene for neste år på mange områder. Samtidig er det også viktig, slik jeg ser det, at helseforetakene får nødvendig handlingsrom innenfor politisk bestemte rammer for å kunne gjennomføre omstillingstiltak på en god måte. Og jeg er hjertens enig med de talere i denne debatten, bl.a. representanten Bøhler og representanten Ballo, som har understreket at det førende må være god kvalitet. Derfor er vi også, som representanten Skjælaaen og flere andre har sagt, nødt til å fortsette arbeidsfordelinga mellom sjukehusa, og det er klart at i den omstillinga som jeg mener er helt nødvendig for å få en enda bedre kvalitet, så vil det stå noen slag. Det er det jeg mener med at det også, slik jeg ser det, må bli gitt handlingsrom til å gjennomføre den type omstillingstiltak til beste for pasientene.

Stortinget er tidligere informert om at helseforetakenes pensjonskostnader vil øke med om lag 3,2 milliarder kr for inneværende år og med om lag 2,2 milliarder kr for neste år. Regjeringa legger til grunn at de økte pensjonskostnadene ikke skal inngå i resultatkravet for de regionale helseforetakene verken for i år eller for neste år. Som kjent er pensjonskostnadene også en betydelig utfordring for private ideelle institusjoner som er etablert innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Det er ingen tvil om at disse sjukehusa utgjør et svært viktig supplement til foretakenes egne virksomheter, og det betyr sjølsagt mye for behandlingstilbudet til enkeltmennesker. De private situasjon inngår sjølsagt i det arbeidet som Regjeringa nå er i full gang med. Vi vil komme tilbake til Stortinget med forslag til løsninger, herunder også til de private ideelle institusjonene, seinest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett neste år.

Regjeringa er, sikkert i likhet med alle her i Stortinget, opptatt av at mennesker skal vente kortest mulig tid på å få nødvendig behandling. Om lag 66 pst. av alle pasienter – eller sagt på en annen måte, om lag to av tre pasienter – får øyeblikkelig hjelp og står ikke på noen venteliste i det hele tatt.

Det er sjølsagt en forutsetning at ventelistetallene som offentliggjøres av Norsk pasientregister, gir en så riktig beskrivelse av den reelle ventetidsutviklinga som overhodet mulig. En gjennomgang som NPR har gjort av ventetidene, viste likevel at feil og mangler i innrapporterte ventelistedata har påvirket ventetidsstatistikken. NPR er derfor i gang med å rette opp de feilene og sette inn tiltak for å sikre korrekt ventetidsinformasjon.

Det som i alle fall er sikkert, er at etter at sjukehusreformen ble gjennomført i 2002, er gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått behandling, redusert med 14 dager. Under Stoltenberg II-regjeringa har ventetida vært ganske stabil, men med en liten økning, på to dager. Også det siste året har det vært stabilt, med en reduksjon på én dag. Det er riktig at antall personer som står på venteliste, har økt noe den siste tida, men hovedproblemet er ikke at folk står i kø – utfordringa er sjølsagt at de skal stå der i kortest mulig tid.

En stø politisk kurs og forutsigbare rammer er viktig for kommunenes innsats for en bedre omsorgstjeneste. Sjøl om veldig mye er bra innenfor eldreomsorgen og i omsorgen for andre som trenger det – det trur jeg ikke det kan være noen tvil om – har vi de siste ukene sett eksempler på det motsatte. Vi ønsker en verdig og trygg omsorg for eldre og andre som trenger det, og Regjeringa er svært glad for avtalen som er inngått her i Stortinget mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre for å styrke Omsorgsplan 2015 ytterligere. Jeg mener at den planen omfatter flere viktige områder: en verdig eldreomsorg, kompetanse – som jeg hører flere partier er opptatt av – dimensjonering og en aktiv omsorg. Omsorgsplanen har en helt konkret målsetting om 12 000 nye omsorgsplasser fram til 2015, med en samlet kostnad over statsbudsjettet på om lag 6 milliarder kr. Vi skal vurdere utbyggingsrammene løpende, bl.a. ut fra omfanget av søknader som kommer inn til kommunene. Jeg vil også understreke at det nye tilskuddet ikke er en del av en kortvarig handlingsplan, med hastverk og først til mølla for kommunene, men et ledd i en langsiktig plan for å sikre at kommunene er godt forberedt på veksten i antall eldre som inntreffer fra rundt 2020. Det Stortinget forhåpentligvis vedtar i dag, er god samfunnsøkonomi. Jeg vil også understreke at 12 000 omsorgsplasser fram til 2015 er en første fase i en langsiktig tenkning. I tillegg har vi behov for om lag 12 000 flere ansatte fram mot 2015.

Regjeringa vil på bakgrunn av avtalen som er inngått her i Stortinget, komme tilbake med en ny og bedre finansiering av fagskolene. Vi vil prioritere utdanninga av geriater. Vi vil, helt konkret, iverksette kompetansetiltak for ansatte uten fagutdanning. Vi vil øke satsinga på etikk og undervisningshjemmetjenester. Jeg vil også bekrefte at Regjeringa årlig vil komme tilbake med en vurdering av behovet for bemanning og nye omsorgsplasser, slik det også er avtalt.

Tilbudet innen psykisk helse er avgjørende viktig for veldig mange mennesker. Jeg er glad for at vi gjennom dette budsjettet får på plass det siste året når det gjelder den økonomiske målsettinga for opptrappingsplanen for psykisk helse. Mange mennesker har fått en mye bedre hverdag, men det er også helt riktig som flere talere har vært inne på, at det betyr ikke at vi er i mål med det. Så jeg vil også fra Regjeringas side si at sjøl om utløpsdatoen for opptrappingsplanen er neste år, betyr ikke det at vi skal slutte å arbeide med å gjøre riktige ting for dem som trenger en innsats innenfor psykisk helse, spesielt gjelder det barn og unge.

Jeg deler komiteens vurdering av behovet for å sikre mennesker med alvorlig psykisk sjukdom og langvarig tjenestebehov et godt og varig tilbud. Jeg vil komme tilbake med en nærmere vurdering av andre aktuelle tiltak for denne gruppa i budsjettet for 2009.

Avslutningsvis er det viktig for meg og for Regjeringa å understreke at vi mener at opptrappingsplanen for rus, med de pengene vi nå har foreslått, er en start. Det betyr at vi har ambisjoner om å styrke det videre i åra framover, ikke minst av hensyn til de mange mennesker som trenger å få enda bedre hjelp. Det samme gjelder habilitering og

rehabilitering, hvor vi skal styrke også den innsatsen videre. Men jeg deler ikke oppfatninga til representanten Lønning om at det Regjeringa har lagt fram for neste år, er det dårligste – hvis jeg har forstått det riktig – som noensinne er lagt fram. Det er det ikke. Men det betyr heller ikke at vi er i mål i og med neste års statsbudsjett. Vi skal sjølsagt videre på den veien.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:06:34]: Statsråden sa i sitt innlegg, knyttet til de private ideelle sykehusene, at man ville komme tilbake også for deres del senest i revidert nasjonalbudsjett for 2008, med en løsning på pensjons situasjonen man har kommet opp i. De private, ideelle sykehusene er organisert som AS og må forholde seg til et regelverk knyttet til både regnskapsloven og aksjeloven. Det vil si at hvis ikke disse selskapene på et eller annet vis får tilført penger før nyttår, vil de være insolvente og faktisk ha krav på seg til å varsle sine eiere om det, og eventuelt også legge ned virksomheten. Vil statsråden sørge for at det kommer på plass også en kortsiktig løsning for disse, slik at de ikke faktisk risikerer å måtte legge ned virksomheten? Det er det første spørsmålet.

Spørsmål 2: Man har vært veldig oppmerksom på at man ikke skal bruke penger fra regjeringens side utover et visst beløp angitt i statsbudsjettet, i St.prp. nr. 1. Likevel ser vi nå at man for neste år får en økning på 2,2 milliarder kr bare i pensjonsutgifter for helseforetakene. Spørsmålet mitt til statsråden er: Hvordan gir dette seg utslag i renter og i statsfinansene?

Statsråd Sylvia Brustad [12:07:56]: Når det gjelder pensjonskostnadene: Det er ikke noe Regjeringa har bestemt, det kommer som følge av regnskapsloven – som representanten er godt kjent med – og det systemet vi har. Når det gjelder de regionale helseforetakene, har jeg redegjort for at disse kostnadene skal holdes utenfor, etter det Regjeringa foreslår; at de skal ikke telles med på den måten.

Når det gjelder spørsmålet om private ideelle sjukehus, er jeg sjølsagt veldig klar over den alvorlige situasjonen som flere av disse sjukehusene er inne i. Jeg vil igjen understreke at de gjør en storstilt innsats for mange mennesker. Nå er det nok allikevel slik at isolert sett har det ingen likviditetsmessig effekt, men det vil bli et underskudd i regnskapene for 2007 og 2008. Jeg må bare gjenta at vi sjølsagt ser alvorlig på saken. Vi jobber under høytrykk med den saken, også i dialog med representanter for disse sjukehusene. Regjeringa kommer tilbake så fort vi har et svar utover at de kan få lov til å ta opp lån hos de regionale helseforetakene for neste år. Men vi kommer tilbake senest i revidert nasjonalbudsjett.

Inge Lønning (H) [12:09:05]: Jeg tillater meg en ørliten presisering først. Jeg sa ikke at budsjettforslaget i sin alminnelighet er det dårligste, men jeg siterte lederen for Bergensklinikken da han uttalte seg om rusfeltet alene, og han sa – til oppmuntring for statsråden – at dette er det

nest dårligste en regjering har presentert. Det dårligste var det budsjettet statsråden la frem i fjor.

Så til mitt spørsmål. Den omtalte avtalen, eller eldreforliket, som noen til og med har kalt den, har et underlig lavt ambisjonsnivå. Jeg vil sitere ett punkt, som jeg gjerne vil spørre statsråden hvordan hun tolker, og det er: Dagens utdanningstilbud for høyskole helse og sosial videreføres på om lag dagens nivå frem til 2015.

Altså: Her lover man, forplikter seg til, å holde stillstand på en viktig del av utdanningsfeltet. Behøves det noen avtale for å love at det ikke skal skje noe?

Statsråd Sylvia Brustad [12:10:18]: Jeg kan orientere representanten Lønning om, når han i sin framføring viste til lederen for Bergensklinikken, at det budsjettet som i fjor skulle være det dårligste, altså var høyere enn det budsjettet som Bondevik II, der Høyre hadde helseministeren, la fram. For noe av det første vi gjorde da vi overtok regjeringmakta, var å plusse på mer penger til bl.a. ulike rustiltak.

Så vil jeg med en gang erkjenne at sjøl om vi har gitt 350 mill. kr mer fra vi overtok til nå, inkludert neste år, betyr ikke det at vi er i mål. Vi skal videre, det er det ingen tvil om. Men i redelighetens navn håper jeg en kan holde seg til fakta og ikke skape et svartere bilde enn det som er tilfellet.

Når det gjelder avtalen omkring eldreomsorgen, opplever jeg at det er en meget offensiv avtale, og jeg mener at den avtalen omfatter betydelig mer enn det som dreier seg om hvilket utdanningsnivå og antall plasser vi skal ha framover. Jeg mener den er svært forpliktende. Den vil bety svært mye i positiv forstand for alle de mennesker som trenger en tryggere og mer verdig eldreomsorg i tida framover.

Laila Dāvøy (KrF) [12:11:26]: Jeg er glad for tilbakemeldingen på eldreavtalen vi har inngått med Regjeringa, og ser fram til oppfølgingen. Jeg er enig med statsråden i at det her er mye konkret. At det kommer til å skje mye innenfor denne avtalen, også i forlengelsen av Omsorgsplan 2015, er jeg ganske trygg på.

Mitt spørsmål gjelder psykiatri. Statsråden nevnte barn og unge som en viktig gruppe som vi må ha fokus på etter opptrappingsplanen. Mitt spørsmål gjelder en annen gruppe, nemlig de langtidssyke i psykiatrien. En fersk tilsynsrapport har slått fast at tilbudet i dag er utilstrekkelig for denne gruppen, og at det heller ikke er tilpasset behovene. Regjeringspartiene sier nei til å være med på et forslag i budsjettet om at man skal ha en egen handlingsplan utover opptrappingsplanen for denne gruppen. Spørsmålet mitt er: Hvordan ser helseministeren for seg at man kan følge opp denne gruppen, for den er nødt til å bli fulgt opp videre?

Statsråd Sylvia Brustad [12:12:39]: Representanten Dāvøy peker på en veldig viktig problemstilling. Jeg har jo også merket meg hva komiteen sier om dem som er langtidssyke innenfor psykiatrien eller psykisk helsevern.

La meg først si at Regjeringa er veldig opptatt av at vi skal videreføre, eventuelt forsterke – litt avhengig av hvilke grupper vi snakker om – tilbudet til mennesker som trenger det, også etter 2008. Det vil også gjelde denne gruppa spesielt, i tillegg til barn og unge.

Jeg ser for meg at det er behov for en del organisatoriske endringer i tjenestetilbudet generelt. Da tenker jeg på både behandlingsplasser, behandlingssteder og kanskje også innhold når det gjelder hvordan vi organiserer det. Regjeringa jobber med dette, og vi jobber generelt sett nå med alt som har med psykisk helsevern å gjøre, i veldig nær dialog både med brukerorganisasjoner og med ansattes organisasjoner. Og jeg er helt sikker på at det også i tillegg til det som Stortinget, Kristelig Folkeparti og andre spiller inn, vil komme gode innspill på hvordan vi skal finne bedre løsninger for mange av de pasientene vi her snakker om, og som ikke alltid får et godt nok tilbud – det er jeg helt enig med representanten i.

Gunvald Ludvigsen (V) [12:13:52]: Representanten Skjælaaen fra Senterpartiet var i innlegget sitt bekymra for utviklinga i økonomien i helseforetaka. Han nemnde spesielt Helse Nord og Helse Sør-Øst, og det har han jo god grunn til. I år vil budsjettsprekken i Helse Nord bli på 160 pst, og den vil vere på 100 pst., ei dobling, i Helse Sør-Øst, ifølgje det som Aftenposten skreiv i førre veka.

Den 21. november hadde statsråden og underteikna ein liten runde her i salen der vi snakka om styring, eventuelt manglande styring, av helseforetaka. Det er jo ikkje berre prosentane som er store her. Kronebeløpa er formidable. Vi snakkar om milliardar. Summa summarum, om ein tek med pensjonspengane, er underskota like store som den norske regnskogsatsinga. Så mitt spørsmål til statsråden er: Er statsråden fornøgd med den økonomiske styringa vi no er vitne til?

Statsråd Sylvia Brustad [12:14:57]: Det er klart at det er et stort beløp når det skal omstilles eller effektiviseres for om lag 1 milliard kr neste år. Hvis en omregner det til prosent, snakker vi om om lag 1 pst. når vi har over 80 milliarder kr totalt til disposisjon. Men det er grunnleggende udemokratisk at noen helseforetak tar seg til rette og bruker mer enn det Stortinget har bevilget. Det står jeg fast på.

Vi hadde tilsvarende utfordringer i Helse Midt-Norge, for å bruke det eksempelet, for kort tid siden, særlig knyttet til St. Olavs Hospital. Det ble tatt strammere grep, det ble byttet ut folk, og nå er St. Olavs Hospital, og for den saks skyld Haukeland Universitetssykehus, som også var ut å kjøre, på rett kurs. Det gir resultater.

Nå er det i Helse Nord det er store utfordringer. Jeg kommer til å gå inn der like målrettet som jeg har gjort i Helse Vest og i Helse Midt-Norge. Det betyr at vi vil vurdere det mannskapet vi har. Det vil bli tatt mye sterkere grep når det gjelder økonomisk kompetanse. Jeg kan også som ett stikkord si at vi nå har alle helseforetakene inne hver måned hvor de må rapportere hvor de står i forhold til det som Stortinget har bestemt skal være målsettingen.

Det er også veldig mange andre ting som vi allerede er i gang med, og som kommer til å bli forsterket neste år.

Harald T. Nesvik (FrP) [12:16:19]: Det forebyggende perspektivet er viktig, men også behandlingsspektivet i helsevesenet er av avgjørende betydning. Vi vet at vi i Norge, i likhet med mange andre vestlige land, er i ferd med å få et enormt fedmeproblem i befolkningen, knyttet til inaktivitet, feil kosthold etc. Derfor er det viktig at man har på plass et bredt spekter av tilbud i Norge knyttet til dette.

Den 24. oktober i år stilte jeg et spørsmål til statsråden vedrørende en slik klinikk i Tingvoll kommune i Møre og Romsdal. Statsråden svarte da til slutt:

«Det siste innspillet fra initiativtakerne og kommunen er nå i en siste, avsluttende runde, og vi vil fra vår side komme med en endelig beslutning i den saken i løpet av kort tid.»

Dette var i spørretimen 24. oktober. Spørsmålet mitt til statsråden er: Det foreligger ennå ikke et svar til disse initiativtakerne, og da lurer jeg på om statsråden kan fortelle meg hva hun mener med at man skal komme tilbake «i løpet av kort tid», når vi nå nærmer oss to måneder etterpå.

Statsråd Sylvia Brustad [12:17:24]: For det første deler jeg fullt og helt representanten Nesviks mening om de utfordringene vi har, knyttet til de livsstilsproblemer vi pådrar oss i måten å leve på – stillesitting, mat mv. Det er ingen tvil om at fedme er et økende problem også hos oss. Jeg er også helt enig i at vi må ha mange ulike tilbud for å gjøre noe med det, alt fra livsstilsendringer til operasjoner, alt avhengig av alder og hvor stort problemet er, og i alle deler av landet.

Når det konkret gjelder Tingvoll kommune, handler det om at det har tatt noe tid, også fordi en måtte få en bedre oversikt over det totale tilbudet. Så vidt jeg vet, er vi nå ikke veldig langt unna å gi et svar, og jeg skal sørge for at representanten Nesvik også får det svaret så fort vi er klare til å melde det.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed over. Stortinget tar nå pause, og møtet settes igjen kl. 15.30.

Møtet avbrutt kl. 12.20.

Stortinget gjenopptok sine forhandlinger kl. 15.30.

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

Presidenten: Stortinget fortsetter behandlingen av sakene nr. 1 og 2 på dagsorden nr. 30.

Gunn Olsen (A) [15:30:42] (ordfører for sak nr. 2): I forbindelse med budsjettet til helse- og omsorgskomiteen behandler vi også representantforslag nr. 8:74 for 2006-2007, som omhandler MS-pasienter og bruk av legemiddelet Tysabri.

Vi har over lengre tid registrert at det er noen forskjeller i praksis i de ulike helseforetakene med hensyn til

medisinbruk, også overfor pasienter med MS. Medisinbruken har variert noe ettersom hvor i landet man bor, og bl.a. gjelder dette medisinen Tysabri, som en del sykehus har begynt å bruke i behandlingen av MS-pasienter. Den ulike praksisen har forståelig nok skapt stor usikkerhet hos mange pasienter. Det er avgjørende viktig å vite om man får den riktige medisinen, når man har en alvorlig sykdom.

Hele komiteen er enig med forslagsstillerne i at MS-pasienter må få tilbud om den behandlingen som de etter medisinsk-faglige vurderinger har størst nytte av, uavhengig av hvor i landet man bor. Det er svært betryggende for denne pasientgruppen at Regjeringen nå legger opp til at alle som trenger det, skal få denne medisinen. Statsråd Brustad har vært svært klar i sine uttalelser om Tysabri, nemlig at «alle som trenger det, skal få det». Det har komiteen tatt til orientering i sin behandling. Vi må ha tillit til helseforetakene og til at de legene som nå behandler MS-pasienter, gjør den riktige medisinske vurderingen som baserer seg på at pasienter skal få den beste behandlingen. Når både en enstemmig komite og Regjeringen har vært så klare, må vi ha den tilliten. Og når vi har vært så klare, er jo det fordi vi er svært opptatt av at den pasientgruppen må få den beste behandlingen.

I komiteen har det vært noe ulik oppfatning med hensyn til finansieringsordningen. Jeg regner med at Fremskrittspartiet, som har en annen oppfatning enn resten av komiteen, selv kan redegjøre for det. Men jeg tror ikke det er så viktig for pasientene om vi her i Stortinget diskuterer finansieringsordningen, bare de blir forsikret om at de får den beste behandlingen. Vi skal love at vi skal følge godt med.

Komiteens flertall, alle unntatt Fremskrittspartiet, viser til St.prp. nr. 1 for 2007-2008, der dette er omtalt inngående. Komiteens flertall viser også til at Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene har utarbeidet kriterier for indikasjon, for oppstart, oppfølging og avslutning av behandling med legemidlet Natalizumab – et meget vanskelig ord!

Når finansieringsansvaret overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene, skal dette gi en lik behandling innenfor finansieringsordningen.

For øvrig er jeg enig i det prinsippet som representanten Ballo framførte her tidligere i dag, at det er grunn til å advare mot at Stortinget i mange sammenhenger diskuterer medisiner, slik som vi gjør i denne saken.

Så vil jeg si noen ord om rusfeltet. Det er ingen som har så mye å skryte av når det gjelder rusfeltet. Vi har ikke lyktes med så veldig mye, og det har vi et felles ansvar for. Vårt felles ansvar gjelder faktisk også framtidens ruspolitikk, for vi har ikke lyktes med å forebygge, og vi har ikke lyktes med tilstrekkelig behandling, og vi har faktisk heller ikke lyktes tilstrekkelig med oppfølgingen av de pasientene som kommer ut av behandling, eller ut av fengsel, for den saks skyld. Blant annet i erkjennelse av det har Regjeringen nå lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet. Den skaper store forventninger og gir svært mange rusmiddelmissbrukere og deres pårørende et nytt håp.

Jeg skal komme tilbake til rusfeltet ved en senere anledning i dag.

Vigdis Giltun (FrP) [15:35:30]: Regjeringen har også i årets budsjett fulgt opp økonomisk den planlagte opptrappingsplanen for psykisk helse med øremerkede midler, men fremdeles gjenstår det betydelige utfordringer, både når det gjelder kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonens undersøkelse, som ble behandlet i Stortinget i forrige uke, avdekket store mangler og svakheter på alle tjenesteområdene, også når det gjaldt måleindikatorer som er benyttet for å måle kvalitet og utvikling av tjenestene.

Stortinget vedtok tirsdag i forrige uke at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser, eller som er rusavhengige, skal ha kortere ventetidsgaranti for vurdering og behandling. Fremskrittspartiet ser dette som et stort skritt i riktig retning. Gode måleindikatorer må fange opp hvor mange som avvises, om det skjer en vridning i tilbudet med hensyn til alder, og også om konsultasjonsfrekvensen økes.

For å unngå at kortere ventetid for de unge skal føre til svekket tilbud til de som er over 23 år, har Fremskrittspartiet styrket sitt alternative budsjett med 100 mill. kr, spesielt rettet mot barn og unge med psykiske lidelser. I tillegg er det foreslått en styrking på 20 mill. kr til rusomsorgen rettet mot barn og unge. Det akuttpsykiatriske tilbudet oppfattes som lite tilfredsstillende mange steder, noe som kan få alvorlige konsekvenser. Vi ser også store forskjeller i tilbudet fra kommune til kommune, og nedleggelse av institusjonsplasser har ført til at mange av de aller dårligste med alvorlige sinnslidelser nå bor hjemme. Dette fører til at det må stilles større krav til kompetansen i kommunene, og det må også stilles krav til å bygge flere tilrettelagte boliger. I dag bor mange psykisk syke i ordinære sykehjem, mens kommunen må opprette egne boliger, avdelinger eller institusjoner, hvor bemanningen har nødvendig psykiatrisk kompetanse. Fremskrittspartiet foreslår derfor at Regjeringen oppretter en egen tilskudsordning for bygging av 2 800 boliger til mennesker med psykiske lidelser. Vi ser også at det må tilføres øremerkede midler til å bemanne boligene med 1 800 stillinger. Disse stillingene må komme i tillegg til de mye omtalte 10 000 årsverkene som skulle gått til eldreomsorgen.

Målet om 50 pst. produktivitetsøkning ved DPS i løpet av opptrappingsperioden er nådd når det gjelder barn og unge, men når det gjelder voksne, har økningen kun vært på 6 pst. Dette må ses på som et stort og alvorlig avvik i forhold til målsettingen.

Fremskrittspartiet vil også uttrykke en sterk bekymring over at opptrappingsplanens måltall når det gjelder døgnbehandling av barn og unge, nå er redusert fra 500 til 400 plasser. Det opprinnelige måltallet på 500 plasser er i dag kun oppfylt med 335 plasser. Vi ber om at det opprinnelige måltallet på 500 opprettholdes. Vi kjenner til at mange unge ikke får egnet tilbud om døgnbehandling. Jeg vil i den forbindelse vise til de mange med anoreksi, og at Capio Anoreksi Senter fremdeles har høy ledig kapasitet og en uforutsigbar framtid.

Når det gjelder lavterskeltilbud, er skolehelsetjenesten og den faglige kompetansen i kommunene helt avgjørende. Men ved utgangen av 2006 så vi at kun 89 av måltallet på 184 psykologstillinger var opprettet. Fremskrittspartiet vil ikke legge de øremerkede opptrappingsmidlene i rammefinansieringen fra 2009, men fortsatt øremerke tilskuddet for å sikre at psykisk helse ikke blir taperen i kampen om midlene.

Så vil jeg avlegge dette århundrets største og viktigste sak i Østfold en visitt. Østfoldingenene har vært tålmodige. De har ventet i flere år. De har gjort jobben med å samle seg om lokalisering av nytt sykehus. De har nedlagt lokalsykehus, enkeltavdelinger, omorganisert og omorganisert igjen. Etter hva vi kunne lese i Dagbladet i går, er det også grunn til bekymring. Det er liten tvil om at den store usikkerheten rundt bygging av nytt sykehus har ført til problemer med rekruttering og en uhensiktsmessig organisering. Det nedslitte sykehuset i Østfold kan også være en medvirkende årsak når sykehuset nå oppnår laveste score hos pasientene. Innbyggerne i Østfold fortjener at det planlagte sykehuset på Kalnes bygges i ett byggetrinn, og at det står ferdig i 2014. Finansieringen må også avklares. Nå er tålmodigheten slutt. Jeg antar at statsråden har registrert at et flertall i komiteen i merknads form uttrykker utålmodighet når det gjelder en avklaring på framdriften i byggingen av sykehuset i Østfold.

Jeg håper at statsråden tar med seg de sterke signalene som jeg vet kommer fra egne partifeller i fylket, for dette er en sak som det er tverrpolitisk enighet om. Jeg håper også at vi slipper å ta opp igjen dette kravet i neste års budsjett.

Jorodd Asphjell (A) [15:40:38]: I dag skal vi bevilge nærmere 116 milliarder kr til ulike formål innen helse- og omsorgsfeltet. Det er en vekst på 4,6 pst. i forhold til 2007. Sykehusenes økonomi styrkes med 3,46 milliarder kr utover lønns- og prisstigningen i forhold til saldert budsjett for inneværende år.

Dette gir grunnlag for å behandle flere pasienter, holde ventetiden nede og samtidig fornye sykehusbygg og utstyr. Til tross for at Regjeringen har satsset mer enn noen gang og mer enn andre regjeringer for å bedre tilbudet og økonomien innen helsevesenet, er det alltid nye utfordringer å ta fatt på.

Når man ser tilbake til 2005 og hva som preget overskriftene i Trøndelag, var det krise ved St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge. I dag har vi en helt annen situasjon, der ledelse og ansatte i samarbeid og i samhandling med Regjeringen har greid å snu fokus fra krise til optimisme. Så vidt jeg fikk med meg, nevnte ikke Harald Tom Nesvik St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge med ett eneste ord. Under debatten i fjor ble Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital nevnt 51 ganger. Det sier noe om at vi har hatt en tydelig endring innen dette området. Fortsatt er det økonomiske utfordringer – nye store grupper med pasienter som skal ha behandlingstilbud, og behovet for stadig fornying av medisinsk utstyr. Disse utfordringene kan ikke løses kun ved stadig større bevilgninger, men gjennom utvikling av samarbeids- og samhandlingsstrategier

med kommunehelsetjenesten, mellom helseforetak og mellom helseregioner. Det er meget viktig at man har både kortsiktige og langsiktige mål innenfor helsevesenet.

Vi har sett at de iverksatte tiltakene nå virker. Nye styrever, nye ledere, mer styring, bedre kostnadskontroll, bedre oppfølging, bedre forankring, mer åpenhet og forutsigbarhet har gitt bedre resultater i Helse Midt-Norge. Når det gjelder St. Olavs Hospital, har vi sett at det vi i Trøndelag kaller hestekur, nå virker på en god måte. Med færre senger og færre ansatte behandles i dag langt flere pasienter enn tidligere. Ventetiden holdes nede, men antallet i kø har gått noe opp. Til tross for dette ser man at sykefraværet har gått ned, som er meget positivt. I en artikkel i Dagbladet i går var det godt fornøyde sykehuspasienter. Nesten 11 000 innlagte pasienter har vært med på en undersøkelse som sier noe om kvaliteten, både i det offentlige og det private helsevesenet i Norge.

Helse- og omsorgskomiteen er meget godt fornøyd med at folketrygdens høye vekst i utgifter til medisiner på blå resept i de siste årene nå er snudd. Det faller sammen med at Regjeringen har gjennomført en rekke tiltak for å dempe utgiftsveksten. Helse- og omsorgskomiteen er enig med Regjeringen i at det fortsatt er rom for nye kutt i prisene, slik at man reduserer kostnadene ytterligere for det offentlige og den enkelte bruker. Samtidig er det viktig at man fortsetter å holde egenandelen lav, slik at den som har store lidelser, blir skjermet best mulig.

Jeg er glad for at en samlet komite og Regjeringen ønsker å fokusere sterkere på den alvorligste muskelsykdommen vi har i dag, Duchenne. Det er bare gutter som blir rammet av denne alvorlige og sjeldne muskelsykdommen. Gutter med Duchenne slutter å gå i 8–12-årsalderen, og sykdommen er hurtig framskridende. Derfor må barn og omgivelser, dvs. foreldre, familie og skole og andre, tilpasse seg stadig nye situasjoner. Organisasjonen Tid for Livet gjør en viktig jobb for å samle inn midler til kliniske forsøk i Norge. Regjeringspartiene ønsker å støtte dette arbeidet med å bevilge 700 000 kr til forskning på området. Forskning på embryonale stamceller forventes å gi viktig kunnskap og har behandlingspotensial for genetisk relaterte sykdommer.

Hvert år tar mer enn 500 mennesker sitt eget liv. Det er mer enn dobbelt så mange som dem som blir drept i trafikken. Dette er en av de største samfunnsutfordringene vi nå står overfor. Mye positivt har skjedd gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, men det står fortsatt en del igjen for å sikre god kvalitet og samhandling i tjenestetilbudet. Det er derfor svært gledelig at vi nå får en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år som har psykiske lidelser. Det skal nå gå maksimalt ti dager før pasienter kan få vurdert sin tilstand etter henvisning fra førstelinjetjenesten.

Internasjonale tall viser at vi nordmenn lever lenge og har god helse. Men bak de positive tallene skjuler det seg sosialt skapte og urettferdige helseforskjeller. Etter å ha hatt gleden av å være utsending til FN's høstsesjon og fått sett og lært mye om amerikansk helsevesen er det ingen tvil om at helse- og omsorgstjenestene må være fellesskaps ansvar, basert på et godt offentlig tjenestetilbud.

Sonja Irene Sjøli (H) [15:45:58]: Først vil jeg vise til at Høyre ved en inkurie er blitt stående utenfor en merknad om at det planlegges oppstart av et kurs-, behandlings- og attføringssenter for personer med sykelig overvekt, i lokalene til Tingvoll distriktspsykiatriske senter, når dette planlegges avvirket i 2008. Høyre støtter selvsagt dette tiltaket.

Takket være Samarbeidsregjeringens økonomiske politikk gjennom fire år har den rød-grønne regjeringen i budsjettet for 2008 over 130 milliarder kr mer å rutte med i økte skatteinntekter enn den forrige regjeringen hadde i 2005. Allikevel evner ikke Regjeringen å gi mer til de menneskene som trenger det mest. Det gjelder både rusfeltet og rehabiliteringsområdet. Høyre og Samarbeidsregjeringen prioriterte disse områdene, bl.a. gjennom rusreformen og en kraftig vekst i antall behandlingsplasser i legemiddelassistert rehabilitering og lavterskelhelsetiltak.

Høyre har videreført denne satsingen også etter at vi gikk ut av regjeringkontorene. Vi gjorde det i fjor, og Høyre foreslår totalt 550 mill. kr utover Regjeringens forslag til rehabilitering, habilitering og tiltak for rusmiddelavhengige for neste år. 250 mill. kr av dette skal brukes til rusbehandling. Behovene er store innen rusomsorgen, både når det gjelder antallet behandlingsplasser, arbeidstrening, botrening og hjelp til å komme tilbake til livet.

Hvert halvår siden Regjeringen tiltrådte, har den varslet en opptrappingsplan for rusfeltet. Forventningene har vokst etter hvert som tiden har gått. Da opptrappingsplanen omsider kom, var skuffelsen stor innen hele rusfeltet, både blant fagfolk og blant rusavhengige, og i Høyre. Vi kan bare konstatere at Regjeringen, til tross for at den har så mye mer penger å rutte med, ikke prioriterer dem som har det vanskeligst i vårt samfunn. Den gjør det stikk motsatte av hva den sier den skal gjøre, den bryter løfte etter løfte. I tillegg blir det nå vanskeligere for private tilbud og for pasienter som trenger et mer sammensatt tilbud over tid.

Kravspesifikasjonene som nylig ble sendt ut fra Helse Sør-Øst, er en klar pekepinn på hvor veien går. Behandlingstilbudet rettes mot kortere behandlingsløp tilpasset pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering. Dette vil jeg advare sterkt mot. De som omsider kommer til behandling, er ofte svært syke og har et sammensatt behandlingsbehov som går langt utover det rent medisinske. Kursendringen fra Regjeringen vil føre til et dårligere tilbud til brukerne, mindre valgfrihet og mindre mangfold. I tillegg mener jeg faktisk det er i strid med Stortingets intensjon da rusreformen ble vedtatt i 2003.

For ett år siden gikk en enstemmig komite inn for at rehabilitering skulle bli det neste store satsingsområdet. Høyre hadde forventet en forpliktende opptrappingsplan. Den framlagte strategien er langt fra noen opptrappingsplan. Løftet om opptrapping er blitt til nedtrapping. Korrigeret for lønns- og prisstigning er det ingen vekst i bevilgningene til rehabilitering.

Det er tverrpolitisk enighet om at det er et offentlig ansvar å sikre en verdig alderdom, sørge for gode sykehus som tilbyr behandling av beste kvalitet, god rusbehandling og habilitering og rehabilitering som gir mennesker

nye muligheter og en ny sjanse i livet. I motsetning til regjeringspartiene er imidlertid ikke Høyre så opptatt av om det f.eks. er private som tilbyr tjenestene. Det viktigste er at det offentlige setter krav til kvalitet, og at de betaler for tjenestene. Flere av de private tilbyderne har vært pionerer og bidratt til oppbygging og utvikling av gode helse- og velferdstilbud i årtier. Som en takk for hjelpen forsøker Regjeringen etter beste evne å kvele dem som er igjen.

Statsråden vil sikkert benekte dette, men man trenger ikke lete lenge for å finne eksempler: Behandlingskøene vokser bl.a. fordi det kjøpes færre private behandlingsplasser, og tilbud innen rehabilitering og opptrening svekkes. Kronebeløpet øker riktignok, men det kjøpes færre behandlingsplasser, mange institusjoner går for halv maskin, og færre tjenester kjøpes innen røntgen og laboratorietjenester. Vi vet også at private aktører står parat til å bidra innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Regjeringen må slutte å betrakte private tjenesteproducenter som en trussel mot den offentlige velferden, men heller bidra konstruktivt til at alle gode krefter som kan og vil og ønsker å bidra, får mulighet til det – på like vilkår og med de samme rammebetingelser som det offentlige.

Når det gjelder habilitering for funksjonshemmede barn, vil jeg komme tilbake til det senere.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [15:51:08]: I helsedebatten snakker vi mest om de store pengene som går til sykehus. Den rød-grønne regjeringen har økt budsjettene mye, men likevel er det stort fokus på alt det som ikke er på plass. Vi har uro rundt om, som i Nord-Norge, som i Telemark og i Vestfold. Avisen hjemme skriver i dag om akuttfunksjonen som er foreslått nedlagt i Larvik, og at Kysthospitalet – som Jan Bøhler så eminent forsvarte i sitt innlegg – og Nordagutu må kutte med 35 mill. kr. Det er harde bud.

Jeg håper at den veien vi nå går – med økte tilskudd til investeringer, økt tilskudd til drift og økte krav til å se på egen drift for å forbedre – kan bevare både sykehus og akuttmottak rundt om. Det er lett å forstå innbyggernes uro når tilbud som de har, blir truet. Jeg mener det er flott at det er engasjement.

Den rød-grønne regjeringen har sagt, og bekreftet, at ingen lokalsykehus skal legges ned, og det må følges opp der det er aktuelt. Det er det dessverre flere steder. Lokalsykehusene må fylles, som Skjælaen sa i sitt innlegg, med funksjoner som gjør dem levedyktige, og som rekrutterer kompetanse. Vi må ha innhold, ikke bare bygninger.

Men helsebudsjettet består også av de mindre beløpene som får stor betydning for enkeltmennesker og enkelt-skjebner. Jeg vil ta fram ett område som jeg ser at den rød-grønne regjeringen har tatt godt fatt i, nemlig kampen for et bedre liv for alle dem som er rammet av myalgisk encefalopati, ME. Vi har satt i gang det nasjonale kompetansenettverket for å kunne bidra med å finne løsninger og bedre hverdagen for dem som er rammet. I budsjettet går vi videre og gjør noe for dem som sliter aller mest. Det opprettes et femårig forsøksprosjekt ved Hysnes Helsefort i Rissa kommune med et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud, der målgruppen er sykmeldte med ME. Målet er å

få flere tilbake i arbeidslivet. I tillegg er det tenkt opprettet et tilbud for dem som er alvorlig syke og langvarig senge- liggende i området til Helse Sør-Øst. Begge tiltakene har spesialfokus på kompetanse på ME.

Det er også viktig at de som er skoleelever og i utdan- ningssituasjoner, får mulighet til å fortsette på skolen det de orker, og at undervisningen tilrettelegges. Fra mitt eget fylke, Vestfold, vet jeg at slike grep er tatt på den videre- gående skolen i Larvik. Der har de flere elever som er rammet, og det blir gitt hjemmeundervisning og tilrette- lagt etter det hver og en orker. Dette viser det sammensat- te problemet for disse. Jeg håper at slike fleksible løsnin- ger finnes i hele landet.

Regjeringen oppfyller psykiatriplanen, og opptrap- pingsplanen er i rute. Vi har vedtatt ventelistegarantien, som også er nevnt fra denne talerstolen tidligere i dag, og det har skjedd et betydelig løft. Men også her ser vi ut- fordringene videre. Selv om opptrappingsplanen er full- ført, må vi opprettholde trykket. Jeg vil rette oppmerk- somheten spesielt mot barna, som er den svakeste grup- pen. 20 pst. av de øremerkede midlene skal brukes til barn og unge med psykiske vansker og lidelser. Jeg vil spesielt nevne det fokuset som er rettet mot helsestasjonene, sko- lehelsetjenesten og innen forebygging. Det er nødvendig med tverrfaglighet og at det inngår flere psykologer i dette viktige arbeidet. Jeg vet at i Skien har de gode erfaringer med psykologer ved ungdommens helsetjeneste. Det er ved slike lavterskeltilbud en treffer målgruppen best.

I Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse for 2007–2012 er det nettopp en økt fokusering på overgang fra barn til voksen og hva slags utfordringer som kan opp- stå. Opplæringsprogrammet i psykisk helse i skolen har ett mål – nemlig det å sette psykisk helse i skolen på dags- ordenen. Økt kunnskap, både for elever og lærere, vil øke forståelsen og muligheten for å ta fatt i problemene. Dette viser at Regjeringen tar dette på alvor, og de har gode til- tak som settes inn.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [15:55:25]: I altfor stor grad handler budsjettet og debatten om hvorfor vi ikke har råd til å prioritere en lang rekke helsefremmende tiltak – tenk det! – hvorfor vi ikke har råd til å gjennomføre hel- sefremmende tiltak overfor en befolkning i et land som flyter over av penger!

Ulike typer argumenter blir brukt for at vi ikke skal gi egen befolkning et best mulig helsetilbud: Fare for rente- økning, inflasjon, handlingsregler og andre vederstygge- ligheter blir brukt, skal vi tro Steinar Gullvåg fra Ar- beiderpartiet i debatten om samferdsel. Konsekvensen i dette tilfellet er at vi ikke gir befolkningen det helsetilbu- det vi burde, gjennom å styrke forskning nok på ADHD, hvor over 12 000 i dag blir medisinert, gjennom aktivt å prioritere medisinsk forskning på diabetes, som er blitt en økende folkesykdom, gjennom å prioritere demensforsk- ning og årsaksforhold og behandlingsformer relatert til ME, gjennom å implementere livmorhalskreftvaksine i vaksinasjonsprogrammet, på linje med land som Sverige, Australia og England. Vi vet at det siste ville ført til en kraftig reduksjon av livmorhalskrefttilfeller.

Var ønsket å gi befolkningen et best mulig tilbud og gjøre oss best mulig rustet til å møte morgendagens ut- fordringer innen helse, burde komiteen gått inn for Frem- skrittspartiets forslag på disse områdene.

Det siste året har vist at Regjeringens politikk ikke iva- retar befolkningens behov for et godt helsetilbud i store deler av landet, verken hva gjelder styring eller økonomi. Sist sommer var flere av fødeavdelingene i distriktene sommerstengt. Rehabiliteringstilbudet i Øst-Finnmark ble pålagt sommerferie, og nå er helgetilbudet innen spe- sialisthelsetjenesten i ortopedi fjernet fra Kirkenes. Fag- kompetanse, fagmiljø og tilbudet til befolkningen blir svekket, og jeg vil minne om at det ikke er Bondevik I eller II som har gjennomført dette, men at det er dagens regjering som er ansvarlig for et dårligere helsetilbud i distriktene. Manglende evne til styring av helseforetakene og manglende økonomiske bevilgninger fører til en sane- ring av fagmiljø, dårlige arbeidsforhold med sykefravær og et dårligere helsetilbud.

Det kan her nevnes at det er blitt stiftet et nytt politisk parti i Finnmark, Helse- og omsorgspartiet. Ledelsen i partiet er tidligere medlemmer av Arbeiderpartiet som er meget misfornøyd med sin egen regjering og rasingen av helsetilbudet i Finnmark. Dette dreier seg ikke om, som representanten Bøhler uttaler, negative framstillinger i pressen. Det er heller ikke et lite problem i Finnmark, slik representanten Ballo, som ønsker å tone ned proble- met, sier. Det er sterk misnøye overfor egen regjering fra dem som valgte Regjeringen inn.

Det er beklagelig at det er økonomiske, utenforliggen- de hensyn som ligger til grunn for det vi gir av helsetilbud til befolkningen vår i et land som har over 2 000 mill. kr på bok og går med et årlig overskudd på 340–350 milliar- der kr.

Dag Ole Teigen (A) [16:00:10]: Michael Moores nye film «Sicko» viser hvor sterkt tanken om et offentlig hel- sevesen – der alle skal få den hjelpen de trenger, uavhen- gig av personlig økonomi og forsikringsordninger – står i alle andre vestlige land enn USA. Jeg er glad for at Re- gjeringen satses på det offentlige helsevesenet, eller «sosialisert helse», som høyrekrefter liker å skremme med i USA.

Blant flere satsinger i 2008-budsjettet mener jeg at styrkingen av sykehusbudsjettet er særlig viktig. Sykehu- senes økonomi styrkes med over 3,4 milliarder kr i for- hold til 2007-budsjettet, eller nærmere 3,9 milliarder kr om vi tar med midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse og Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Budsjettet innebærer økte bevilgninger både til pasi- entbehandling og til gjenanskaffelse av sykehusbygg og utstyr. Manglende midler til investeringer har vært en uløst utfordring helt siden sykehusreformen, og det er bra at det nå kommer et løft. For eksempel får Helse Vest 330 mill. kr i økte midler til investeringer. At dette kom- mer på plass, er et av flere elementer som til sammen vil bidra til å rydde opp i sykehusøkonomien.

Et annet av disse elementene er inntektsfordelingen mellom helseregionene. I fjor ble det først bevilget friske

midler til å rette opp skjevdeling, og deretter ble Magnusen-utvalget satt ned for å gå gjennom inntektsfordelings-systemet på nytt. Når utvalget nå snart leverer sin innstilling, må vi arbeide politisk med sikte på mest mulig rettferdig fordeling i Sykehus-Norge.

Jeg vil ikke legge skjul på at det fortsatt gjenstår store utfordringer i sykehussektoren:

- Sykehusøkonomien må fortsatt styrkes, slik at pasientbehandlingen kan økes ytterligere, og ny teknologi kan tas i bruk.
- Pensjonskostnadene øker kraftig både for 2007 og 2008.
- Norges helsevesen er blant verdens beste, og gjennomsnittlig levealder er høy, men mye kan fortsatt bli bedre, f.eks. innen kreftbehandling.

Å korte ned gjennomsnittlig ventetid må være en viktig målsetting. Samtidig mener jeg det også er av avgjørende betydning at ventetiden er kortest for dem som trenger det mest. Disse to målsettingene kan i noen tilfeller stå i konflikt med hverandre. Gjennomsnittlig ventetid er et grovt måleinstrument som inkluderer mange pasientgrupper. Jeg håper Norsk pasientregister etter hvert vil kunne gi oss tall som viser ventetidsutvikling for forskjellige grupper, slik at det blir lettere å vurdere hvorvidt det er de sykeste som får behandling først, og å arbeide politisk for dette.

I fjor økte antallet årsverk i omsorgssektoren med 5 900. Gjennom styrket kommuneøkonomi legger Regjeringen til rette for 2 000 nye årsverk i omsorgssektoren neste år. Samlet sett kan Regjeringen komme til å nå målet om 10 000 nye årsverk før 2009. I 2008-budsjettet kommer det også et investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger.

Jeg har sett litt på Statistisk sentralbyrås hjemmesider. Norge er blant ti på topp i verden i forventet levealder, både for kvinner og for menn. Siden 1990 har forventet levealder gått opp med to og et halvt år for menn og ett og et halvt år for kvinner. Bare de siste fem årene har forventet levealder økt med over ett år. Dette er fantastiske tall.

Samtidig opplever stadig flere ensomhet i en stadig større del av livet. «Ensomhet er dessverre blitt en folkesykdom», sa representanten Eirin Faldet da Stortinget tidligere i år behandlet Regjeringens omsorgsmelding. Regjeringen har sagt at sosiale og kulturelle forhold må styrkes i eldreomsorgen. Jeg er glad for at et flertall i komiteen har samlet seg om en avtale om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015, innenfor områder som verdighet, kompetanse, dimensjonering og aktiv omsorg. For eksempel er det enighet om «At frivillig sektor skal stimuleres til fortsatt å bidra til omsorgen for eldre- og omsorgstrengende» og «At det legges frem forslag om opptrapping av kulturtiltak fra 2009».

Blant de mange sakene på helse- og omsorgsbudsjettet som får mindre politisk oppmerksomhet, men som likevel er viktig for mange mennesker, vil jeg avslutningsvis trekke fram to saker som engasjerer meg spesielt:

- Studentenes psykiske helsetjeneste i Bergen får 1 mill. kr i økning over budsjettet til Helse Vest, slik at tilskuddet til studenthelsetjenesten i Bergen kommer opp til

om lag samme nivå som i Oslo og Trondheim. Jeg vil takke statsråden for å ha ryddet opp i dette.

- Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag å vurdere organisering av et mer omfattende kompetansesenter-tilbud enn det som nå finnes ved Senter for Sjeldne Diagnoser, i forhold til pasienter med Huntington sykdom. Jeg håper dette betyr at vi kommer et skritt videre i arbeidet for en pasientgruppe som har det svært vanskelig.

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

Gunn Olsen (A) [16:05:29]: Litt mer om rus: I Norge er det altså like mange sprøytemisbrukere som det bor mennesker i en middels stor kommune, mellom 8 000 og 13 000. Innpå 130 000 mennesker har alkoholproblemer. I tillegg kommer alle som misbruker piller, kokain, amfetamin m.m. Vi vet at de fleste rusmiddelavhengige har hatt, har eller får psykiske lidelser. Nordmenn drikker alkohol som aldri før. Vi aksepterer at det drikkes mer alkohol enn før, i flere sammenhenger. Det drikkes mer i forbindelse med jobb, kvinner drikker mer, alkoholskadene øker, og, som vi har snakket om i denne sal før, vi vet at alkoholen ofte er inngangsbilletten til andre rusmidler. Dermed blir dette området en av de største utfordringene Helse-Norge kommer til å stå overfor i tida framover.

Som vi diskuterte for ikke så lenge siden i en interpellasjonsdebatt i denne sal, kjenner vi kanskje heller ikke framtidens behandlingsmåte med hensyn til en del av de kjemiske rusmidlene som vi her snakker om. Derfor trenger vi veldig en opptrappingsplan for rusfeltet. En rekke virkemidler ligger inne i den rusplanen – mange koster penger. Nei, det er ikke nok penger. Men faktisk koster ikke alt penger, for det handler også om å ha respekt for mennesker som er syke av rusmisbruket sitt, og vi må gjøre noe med holdningene våre for å få det til. Jeg er svært glad for at vi nå får en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år. Det er en veldig god begynnelse. Jeg tror likevel at vi trenger en rekke tiltak i tillegg, og mange av dem kommer faktisk fram i rusplanen til Regjeringa.

Vi trenger rask og tilgjengelig hjelp. Det er noe av det aller viktigste for mange av dem som er syke av rus. I rusplanen er det lagt stor vekt på at den jobben skal gjøres ute i kommunene. Jeg synes det uttrykket som er brukt i proposisjonen, «flere folk med støvla på», er en ganske god betegnelse på det vi snakker om. Vi trenger flere ambulerende team. Vi trenger flere folk i skolehelsetjenesten. Vi trenger mer av det vi liker å kalle lavterskeltilbud.

Så må jeg si at jeg tror ikke denne regjeringa har samvittighet til bare å la rusmiddelmisbrukere gå for lut og kaldt vann. Jeg er helt overbevist om at denne regjeringa har så pass dårlig samvittighet overfor de rusmiddelmisbrukerne vi snakker om, at de kommer til å bestrebe seg på å gjøre en bra jobb.

Gerd Janne Kristoffersen (A) [16:08:51]: For oss som er opptatt av utvikling innenfor helse- og omsorgssektoren, er dette et svært godt budsjett. Det var også

svært gledelig med eldreforliket som ble inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre. Det er et forlik med stor vekt på kompetanseutvikling innenfor eldreomsorgen, og det er derfor svært overraskende at Høyre ikke er med i forliket. I tidligere debatter og også i dag, gjennom et representantforslag, har jeg oppfattet det slik at det er nettopp kompetanseutvikling innenfor denne sektoren Høyre er spesielt opptatt av.

Vi har et svært godt helse- og omsorgstilbud i Norge, men vi ser også mangler. Spesielt innenfor eldreomsorgen blir vi av og til minnet på at ikke alt er som det burde være. Det å satse på kompetanseutvikling innenfor denne sektoren er helt nødvendig. Derfor er det gledelig når det nå satses på rekruttering og spesialistutdanning av leger til eldreomsorgen, at høyskoleutdanningene for sykepleiere styrkes faglig med krav om forskerkompetanse, at fagutdanningen av helsefagarbeidere utvikles, samt at en satser på en ny og forbedret finansiering av fagskolene innenfor helse- og sosialfagene innen 2009. Alt dette er nødvendig om vi skal ha en eldreomsorg vi er fornøyd med.

Alle tiltak for kompetanseutvikling er viktig. Men i denne omgangen vil jeg fokusere på rekruttering til utdanning av helsefagarbeidere og hvordan vi skal beholde disse i omsorgssektoren. Det blir en stor utfordring framover fordi det er sviktende søking til denne viktige utdanningen. Arbeiderpartiet er opptatt av rådgivning til ungdommer i ungdomsskolen. Vi ønsker en deling mellom sosialpedagogisk og yrkesfaglig rådgivning, som Stortinget vedtok i vår. Dette vil vi følge opp, slik at ungdommer får en bedre rådgivning i forhold til framtidig yrkesvalg. Det nye programfag til valg i ungdomsskolen gir også ungdommene muligheten til en forsmak på den videregående skolen. Dette tror jeg, om helse- og sosialutdanningene kjenner sin besøkelsestid, kan være en god mulighet til å la unge mennesker få kjennskap til hva slags flott arbeidsplass de kan få gjennom å utdanne seg til helsefagarbeider. Ikke minst er det gjennom en slik dialog mulighet til å rekruttere flere gutter til en sektor som i dag er svært kvinnedominert.

Det er nødvendig å følge opp dem som er ufaglærte innenfor sektoren, og de er ennå mange. Både gjennom kurs og ikke minst gjennom tilbud om utdanning til helsefagarbeider kan vi sikre den faglige kvaliteten i sektoren. Det er da en forutsetning at utdanningstilbudet tilpasses deres situasjon som voksne. Det kan flere enn den videregående skolen bidra til. Blant annet er det mange gode erfaringer med opplegg i studieforbundenes regi. De kan lettere tilpasse et opplegg som lar seg kombinere med å ha jobb.

Gunvald Ludvigsen (V) [16:12:11]: Eg har lyst til å fokusere på eit område som veldig sjeldan blir debattert, men som er veldig viktig. Det er personvern.

Personvernet er under stadig press, ikkje minst innanfor helsevesenet. Konfidensielle, intime og svært personlege opplysningar blir naturleg nok gitt til helsepersonell, og opplysningane blir samla i pasientjournalar. Det er nødvendig å ha ei slik ordning for å få ei best mogleg behandling mot sjukdom, men det er når desse sensitive personopplysningane blir kravde utleverte av andre instansar

og etatar, vi må setje spørsmålsteikn, og vi må setje store spørsmålsteikn.

Vi hadde ein liten runde om dette i komiteen, eigentleg altfor lite, men alle partia, bortsett frå regjeringspartia, har ein felles merknad om at vi må vere sær på vakt mot den negative trenden i retning av at teieplikta i høve til helsepersonellova stadig oftare må vike for andre interesser. I merknaden viser vi til at enkelte legar átvarar sine pasientar mot å gi konfidensielle opplysningar, ved å vise til at NAV kan krevje utlevering av komplette pasientjournalar utan grunngeving og utan å innhente samtykke frå pasienten. Det var i alle fall historiar som floerte. Det er klart at teieplikt er grunnleggjande for tilliten mellom pasient og lege, og ein føresetnad for at helsetenesta skal kunne utføre ein tilfredsstillande jobb.

Eg må seie at eg er overraska over at ikkje regjeringspartia også er med på denne merknaden. Eg er overraska over at dei ikkje er like bekymra for presset mot personvernet, ikkje minst innanfor helsevesenet, men eg håpar at statsråden tek denne utfordringa alvorleg, og helst endå meir alvorleg enn tidlegare.

Anders Anundsen (FrP) [16:14:47]: Norge er et merkelig land. Vi har aldri vært rikere, likevel skimrer vi fakkeltog i hele landet fra nord til sør. Faklene er der for å markere at de ikke ønsker å få nedlagt sine lokale sykehusstilbud. I det fjerne ser de glimmeren fra Soria Moria i tåkene. Men mot fakta må glimmeren fra Soria Moria gå tapt.

I dag har sykehusdirektøren ved sykehuset i Vestfold fremmet forslag om å legge ned akuttmottaket ved Larvik sykehus. Det skal legges ned – ikke for annet enn at han tror de sparer penger. Realiteten er antakelig at de ikke kommer til å spare stort, men likevel: Han fremmer forslag om at det legges ned. Med det legger man altså ned det folk oppfatter som sitt lokale sykehus. Man legger ned det som bidrar til den lokale tryggheten og sikkerheten i samfunnet, til tross for lovnader om det motsatte.

I dag har vi også fått en annen nyhet: Rehabiliteringssykehuset blir pålagt å kutte 35 mill. kr. Det tilsvarer et driftstilskudd på 17 pst. – 17 pst.! Realiteten er en dramatisk reduksjon av tilbudet, og sykehusdirektøren ved rehabiliteringssykehuset er veldig tydelig på hvem som kommer til å lide under dette kuttet. Det er pasienter som har hatt polio, pasienter som har hatt ALS – en nervesykdom som lammer muskulaturen på sikt – pasienter som er rammet av Parkinsons sykdom, og pasienter som har fått utført operasjoner for annen gang i hofter og for første gang i knær, som det vil gå ut over. Det skjer i en situasjon hvor rehabiliteringsåret skal være 2008. Det skjer på et område som er det eneste satsningsområdet som konkret er nevnt i Soria Moria-erklæringen på dette feltet – 17 pst. kutt.

Vi ser nå eksempel på eksempel over det ganske land på at Soria Moria-erklæringen brytes. I alle fall oppfatter folk det som om den brytes. Gang på gang blir spørsmål om lokale sykehusstilbud tatt opp med statsråden, og statsråden skyver ansvaret nedover. Hun tar ikke ansvaret for sykehusstrukturen. Det er dramatisk for de lokalsamfun-

nene som blir berørt, og det er på lang sikt dramatisk for hele det norske akutttilbudet.

Jeg tillater meg sterkt å anmode statsråden om å komme ned fra ansvarsfraskrivelsens pistede og gjøre jobben skikkelig.

Torny Pedersen (A) [16:18:01]: Jeg vil si noen ord om habilitering og rehabilitering, spesielt når det gjelder barn. Vi vet at mange barn og unge med funksjonsnedsettelse trenger hjelp til habilitering for å føle seg likeverdige både når det gjelder muligheter til en selvstendig livssituasjon og muligheten til et sosialt liv med familie og venner. Det kan skje gjennom tilrettelegging og opptrening av det enkelte barns evne til å mestre aktiviteter i dagliglivet.

Jeg er derfor glad for at helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling nevner Valnesfjord helsesportsenter som et miljø som bør vurderes i forbindelse med etablering av et kompetansesenter for habilitering av barn og ungdom med funksjonsnedsettelser.

På Valnesfjord helsesportsenter er fagressursene allerede på plass. De har jobbet aktivt med barn og unge i et godt samarbeid innenfor skole- og fritidssektoren i 25 år. Men vi trenger mer forskning på dette feltet og langt større koordinering og svar på hva som gir de største helsegevinstene. Dette jobber Valnesfjord helsesportsenter med. De dobler sitt inntak av barn og unge i 2007, og i tillegg er det spesielle aktivitetsuker flere ganger i året. Dette har i løpet av ett år gitt 250 barn og unge gode tilbud, med gode resultater. Valnesfjord legger også vekt på arbeidet opp mot kommunene for å få til et samarbeid etter at barna har fått den behandling som er nødvendig i institusjon. Da trenger de oppfølging i hjemkommunene.

Valnesfjord helsesportsenter ligger på grensen til en snart nyetablert nasjonalpart som skal være Barnas nasjonalpark. Dette er en spennende sak i forhold til nærliggende aktiviteter i framtiden, og her vil helsesportsenteret, Nordland fylkekommune og spesielt fylkesmannen i Nordland samarbeide om fritidsaktiviteter som en vesentlig del av barns utvikling fysisk, psykisk og sosialt. Fritidsliv har elementer og mestring oppgaver som er helt nødvendige i en habiliteringsfase.

Så til slutt vil jeg takke de rød-grønne i komiteen for det arbeidet de har gjort i forhold til merknad om dette viktige temaet, og jeg ser fram til at Valnesfjord helsesportsenter vil bli et nasjonalt habiliteringssenter for barn og unge. Barn i Norge har krav på det.

Sonja Irene Sjøli (H) [16:21:06]: Det er godt dokumentert at habiliteringstilbudet til barn svikter både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Dette handler om en gruppe barn som er ekstra sårbare og utsatte. Deres rettigheter blir truet.

Foreldrene utsettes for unødige store belastninger på grunn av tungrodd byråkrati og stort skjemavelde, uoversiktlige ordninger og mangel på kompetanse hos offentlige instanser.

For Høyre er ikke valgfrihet bare et slagord; det er et viktig prinsipp. Det må også gjelde for foreldre som følger intensive program for opptrening av barn med en er-

vervet hjerneskade. Dette er en enestående gruppe foreldre, som legger ned en betydelig arbeidsinnsats, og som er en stor og viktig ressurs for sine barn. Alle barn er forskjellige, og alle foreldre har ulike muligheter med hensyn til å gjennomføre intensive programmer over flere år.

Høyre forventer at helse- og trygdeforvaltningen og kommunene finner gode løsninger rundt hver familie som bygger på likeverdighet, uavhengig av hvor de bor i landet, slik at de kan føle trygghet for at de kan få den støtten og hjelpen de har behov for og krav på. Dette er familier som har store og tunge omsorgsoppgaver, og de må være spart for å måtte kjempe for å få rettmessig og nødvendig hjelp og støtte.

Stortinget har tidligere trukket opp viktige prinsipper for de rettigheter og muligheter som skal gis til disse barna og deres foreldre. Et prinsipp som Stortinget har lagt til grunn, er at foreldrene skal ha frihet til å velge opptreningsmetode. Tidligere har et samlet storting uttalt at foreldrene må ha frihet til å velge mellom alternative programmer for opptrening, og at det skal vises respekt for foreldrenes valg. Men så kom Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet i regjering, til og med i flertall, og da var det slutt på respekten. Regjeringspartienes manglende respekt for foreldrenes erfaring og egne valg opprører meg. De sier at de er positive til valgfrihet, men bare til de valg de selv mener er riktige.

Foreldrene besitter en unik kompetanse og erfaring, og Høyre og de andre opposisjonspartiene mener det må etableres et selvstendig og brukerstyrt kompetanse- og ressursenter innen habilitering av barn. Et slik senter vil kunne få en viktig nøkkelrolle innen norsk habilitering, og bidra til at flere kunne få hjelp. Men regjeringspartiene går imot. Det mener jeg er uklokt. Jeg synes de viser manglende respekt for foreldrenes kunnskaper og kompetanse.

Høyre vil legge gode og funksjonelle rammer rundt disse familiene, slik at framtiden for barna blir best mulig. Det er en meget krevende oppgave for foreldrene, og jeg har dyp respekt for den jobben de gjør. De har fortjent all den hjelp og støtte de har behov for.

Hans Frode Kielland Asmyhr (FrP) [16:24:14]: Jeg skal benytte denne anledningen til å komme med et innlegg som er basert på personlige erfaringer om møtet med norsk helsevesen.

Jeg har i det siste året beklageligvis hatt behov for hjelp av det norske helsevesenet og av sykehusvesenet. Det har vært en erfaring som helt sikkert er nyttig for meg som stortingsrepresentant å få med meg, men det er også en historie som viser at det er betydelige svakheter i det norske sykehusvesenet.

Jeg ønsker ikke at mine kollegaer her på Stortinget blir syke, men det er beklagelig dersom vi skal lære hvordan helsevesenet fungerer, ved at vi blir syke og da må møte systemet. Jeg forstår at folk blir langtidssykmeldte og uføretrygdete i dette landet, når de ikke får bedre oppfølging enn det de får.

Dette var mitt første møte med sykehusvesenet i mitt 37. år. Jeg håper at det tar lang tid før jeg opplever lignen-

de situasjoner igjen. For det første tar det lang tid, flere måneder, å komme fra fastlege inn til spesialist ved sykehuset. Jeg får møte en flink spesialist ved sykehuset, men jeg får beskjed om at det er en annen avdeling som bør se på min lidelse. Så tar det altså flere måneder å få møte denne neste spesialisten. Jeg fikk så beskjed om at jeg skulle møte opp på røntgenavdelingen ved det samme sykehuset, men det var jeg som måtte gi beskjed til min spesialist om at jeg hadde vært og tatt røntgenbilder ved Akershus Universitetssykehus. Den synes jeg er ganske drøy. Kunne ikke mitt røntgenbilde gå rett i innboksen til spesialisten? Så, etter at jeg hadde vært i systemet nærmere ett års tid, fikk jeg beskjed om at jeg måtte opereres – det var jo ingen bombe – men at det var en ventetid på godt over et halvt år for denne relativt enkle operasjonen. Hvis jeg ikke da hadde gått og fått gjort dette privat, kunne ikke jeg ha stått på Stortingets talerstol i dag, for jeg hadde vært sykmeldt – langtidssykmeldt – med de kostnader det ville medføre for samfunnet, og også med de lidelsene det ville medføre for meg.

Jeg er helt sikker på at de som blir akutt syke i dette landet, får en god og rask behandling. Men når det gjelder dem av oss som har hatt lidelser som er mindre akutte, tror jeg mange opplever at de får en treg behandling. Når jeg har fortalt om min historie til folk jeg kjenner, får jeg bekræftet tilsvarende historier fra andre.

Jeg kunne altså ikke gå og vente et halvt år til, men valgte å gå til det private helsevesenet for å få utført en forholdsvis enkel operasjon. Jeg tok kontakt med Aleris Hospital her i Oslo og var operert dagen etterpå. Dagen etterpå! Det er åpenbart at vi trenger konkurranse i det norske helsevesenet. Jeg tar ikke sjansen på å bli utsatt for en slik behandling en gang til, så jeg har nå tegnet privat helseforsikring.

Olav Gunnar Ballo (SV) [16:28:40]: Det har ganske nylig gått en film av Michael Moore på kino som har presentert det amerikanske helsevesenet, der han tar med en del tidligere soldater til Cuba for at de skal få bedre behandling. Den er selvfølgelig karikert, men den synliggjør også at det totalt private helsevesen, med private helseforsikringer, ikke nødvendigvis gir gode løsninger. Det den spesielt synliggjør, er hvor uhensiktsmessig ressursbruket blir. Men at man kan finne eksempler i Norge på at behandlingene kunne ha vært mer optimalisert, at man kunne ha samarbeidet bedre, brukt ressursene bedre, brukt røntgenbilder bedre ved andre institusjoner enn der man var primært, er helt sikkert riktig. Derfor er det viktig at vi kartlegger hvordan ressursene brukes, ut ifra en diskusjon om hvorvidt det er mulig å gjøre forbedringer.

Når jeg bad om ordet, var det fordi Jan-Henrik Fredriksen mente å ha oppfattet at jeg skulle ha argumentert for nedleggelse av tilbud i Finnmark. Jeg nevnte ikke Finnmark i mitt innlegg i det hele tatt, så her har Fredriksen hørt for dårlig etter. Det eksempelet jeg brukte, var innenfor ortopedien, og det angår naturligvis også Finnmark. Det er tankevekkende når det gjøres kartlegginger som ved det sykehuset jeg var – som ikke var et Finnmark-sykehus, men et Telemark-sykehus – og man finner at tje-

nester som også politikere er med på å argumentere veldig hardt for at man skal opprettholde, viser seg å være så lite brukt at man uten problemer kunne avvirket den typen beredskapsordninger og brukt ressursene på det som flere er inne på her, styrking av rehabiliteringstjenester, og, som Gunn Olsen helt utmerket påpeker, behovet for å styrke overfor rusmiddelavhengige tiltak som også er akuttbehandling. I stedet henfaller man til en retorikk der man forsvarer tjenester som vi burde være de første til å sette søkelyset på og se på om man ikke skulle omgruppere og strukturere på en annen måte. Jeg må si at er det én ting vi ikke bør gi oss hen til her, så er det jo å fri, på lettvis, til en utrygg befolkning med tilhørighet til en del av lokalsykehusene, som i realiteten kunne ha fått styrket sine tjenester betydelig hvis vi viste evne og vilje til å omstrukturere. Men i stedet spiller vi altså opp til den frykten, uten å få fram realitetene. Jeg er helt overbevist om at de 84 milliarder kr, et betydelig beløp som i dag brukes på spesialisthelsetjenesten, kunne ha gitt mer helse – som for så vidt Inge Lønning også var inne på – hvis vi hadde hatt vilje i større grad til å gjøre endringer i dagens struktur. Det betyr ikke å nedlegge lokalsykehus, men det betyr at en rekke lokalsykehus i framtiden bør ha helt andre funksjoner enn det de har i dag, for på den måten å dekke befolkningens behov på en bedre måte.

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.

Statsråd Sylvia Brustad [16:31:47]: Jeg har lyst til å si noen få ord om MIDIA-prosjektet, som er omtalt i budsjettinnstillinga. Og jeg ser at et flertall uttaler at de er opptatt av at opplysninger om genetiske undersøkelser ikke skal kunne gis til forsikringsselskaper. Det ble avklart veldig tidlig i det prosjektet at slike opplysninger omfattes av forbudet i bioteknologiloven mot bruk av opplysninger fra genetiske undersøkelser utenfor helse-tjenesten.

Nå har jeg fått vite fra Sosial- og helsedirektoratet – og det synes jeg det er riktig at Stortinget blir informert om med en gang – at de ikke har innvilget Folkehelseinstituttets søknad om godkjenning av MIDIA-prosjektet slik det i dag er utformet. Folkehelseinstituttet har derfor blitt bedt om å stoppe rekruttering av nye deltakere til prosjektet. Sosial- og helsedirektoratet åpner for at Folkehelseinstituttet kan komme tilbake med forslag til ny organisering og design for dette prosjektet, og søke om godkjenning på nytt. I utgangspunktet innebærer direktoratets vedtak at det materialet som allerede er innsamlet, ikke kan brukes, fordi det er ulovlig innhentet. Av hensyn til de familier som har deltatt i dette prosjektet, vil jeg nå vurdere hvilke tiltak som må iverksettes for at dette materialet eventuelt kan benyttes, slik at disse familienes bidrag ikke har vært forgjeves. Men dette vil jeg komme tilbake til.

Så har jeg lyst til å slutte meg til alt det representanten Ballo sa nå til slutt. Sjølsagt tar vi, og skal vi ta, på største alvor de negative opplevelser som f.eks. representanten Kielland Asmyhr har hatt, og som andre har hatt. Men jeg

vil advare mot å tegne et for svart bilde av hvordan verden ser ut. Ser vi på brukerundersøkelser, ser vi på filmer her og der, ser vi på hva folk som har vært innlagt sier, er det også svært mange som er svært tilfreds. Det går ikke an å si som representanten Fredriksen her, at det er krise og en rasing av helsetilbudet i vårt land. Vi har altså et av verdens beste helsetilbud! Sjølsagt skal det forbedres, sjølsagt skal det bli enda bedre – men vi har altså i løpet av noen få år ansatt 10 000 nye mennesker. Vi har aldri brukt så mye penger, og vi har aldri behandlet så mange pasienter – og det er riktig bruk av penger også, slik denne regjeringa ser det. Det å tro at en ikke skal gjøre noen endringer i organiseringa av hvordan vi bruker våre helsekroner, mener jeg blir fullstendig feil, for skal vi få til en bedre kvalitet på vårt helsetilbud, er vi nødt til å fortsette en arbeidsdeling. Det betyr ikke at jeg ikke tar med meg alle de eksempler som har vært oppe i denne debatten her, men det er sjølsagt at vi ikke kan behandle tykktarmskreft på 55 sjukehus. Det er sjølsagt at vi må sentralisere en del av de tingene det må være spesialister på. Men så er det sjølsagt slik at lokalsjukehusene kan gjøre mye, mye mer av det som f.eks. angår eldre, kroniske pasienter – dialyse eller hva det er. Da vil det slå noen slag. Jeg håper virkelig ikke at det representanten Fredriksen her har sagt, betyr at Fremskrittspartiet ikke vil være med på noen endringer, for da er jeg redd, av hensyn til kvaliteten for pasientene.

Laila Dāvøy (KrF) [16:35:24]: Et par ord om noen få saker.

Når det gjelder kurs- og tiltakscenteret i Tingvoll, var representanten Sonja Sjøli inne på at det ligger en mindretallsmerknaad i budsjettet fra Fremskrittspartiet og Venstre. Dette er et relativt nytt og ombygd senter, har jeg forstått. I den senere tid har jeg gått inn og sett på de dokumentene som foreligger, og vil bare si at også Kristelig Folkeparti støtter det. Jeg vil også vise til det spørsmål representanten Harald T. Nesvik stilte til statsråden tidligere i dag, om akkurat Tingvoll, og at det vil være viktig om de får en positiv tilbakemelding, slik vi ser det.

Så var representanten Sonja Mandt-Bartholsen inne på ME-pasienter. Det er veldig positivt at statsråden på mange måter har grepet fatt i denne vanskelige og vonde tilstanden som mange lider under i dag, ikke minst mange ungdommer. Hysnes helsefort er helt sikkert bra for dem som kan klare å komme seg i jobb, og heldigvis er det en del som klarer det etter å ha hatt sykdommen. Det skal opprettes ti sengeplasser ved Helse Sør-Øst for en del av de dårligste – kanskje blir også utredning og forhåpentligvis en del forskning knyttet til denne sykdommen. Kompetansenettverket, som også er oppbygd, får sine midler videreført neste år. Det blir et viktig nettverk for denne gruppen. Men jeg må også få si at det er en del mennesker som ligger hjemme i dag. Jeg får mange henvendelser fra unge mennesker – dessverre ikke fra dem, for de klarer ikke å henvende seg, men fra foreldre eller ektefeller. Det er slik at verken NAV eller – heller ikke alltid – spesialisthelsetjenesten har forstått at dette faktisk dreier seg om en sykdom. For bare å nevne et bitte lite eksempel: Et ungt

menneske har i ett år ligget i et helt mørkt rom, har blitt matet gjennom en sonde og har ikke kunnet snu seg i sengen. Når NAV-kontoret da krever at vedkommende både skal gå til psykiater og starte en psykiatrisk behandling, for å utelukke at dette dreier seg om psykiatri, er noe hakkende galt. Faktum er at den behandlende lege på sykehuset også lurte på om det gikk an å være så syk uten at noe psykisk var med i bildet.

Jeg har bedt statsråden om i samarbeid med arbeids- og inkluderingsministeren å sende et rundskriv om dette til kommuner og til NAV-kontorer, hvilket jeg ikke har fått positivt svar på ennå. Jeg håper virkelig at statsråden nok en gang tar dette med seg, for det er dramatisk for mange av dem som ligger der og faktisk ikke får hjelp i dag – anno 2007.

Rune J. Skjælaen (Sp) [16:38:31]: Bare en kort replikk:

I mitt innlegg der jeg snakket om forebygging, sa jeg at vi omdisponerte 0,02 promille av budsjettet til forebygging. Det er kjempefeil – det skal være 0,2 promille. Det er jo ganske mye mer. Jeg er glad for at Olav Gunnar Ballo er tilbake i komiteen – det var han som hvasket meg i øret at jeg måtte regne på dette på nytt. 17,7 mill. kr av vel 84 milliarder kr utgjør altså 0,2 promille.

Inge Lønning (H) [16:39:25]: Jeg konstaterer at foregående taler har stigende promille – jeg er glad for at den stanset på 0,2. (Munterhet i salen)

La meg ganske kort kommentere opplysningen statsråden gav, om en undersøkelse i regi av Folkehelseinstituttet. Det var en verdifull og interessant informasjon til Stortinget, i og med at komiteen har hatt dette under observasjon. Jeg vil bare føye til at det at man nå har satt foten ned fordi dette helt klart er i strid med bioteknologilovens bestemmelser om personvern, gjør det enda mer ubegripelig hvorledes man har kunnet sette i gang et prosjekt uten å avklare et så elementært forhold på forhånd.

Jeg stilte et spørsmål i replikkordskiftet etter statsrådens innlegg som statsråden dessverre ikke rakk å svare på. Jeg bad om en forklaring på hvordan statsråden forstår det punktet i den inngåtte avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre hvor man sier at «dagens utdanningskapasitet for høyskole helse- og sosial videreføres på om lag dagens nivå fram til 2015».

Det innebærer altså en nullstilling av kapasiteten på dette området i åtte år fremover. Jeg synes det er litt eien-dommelig at man må inngå et forlik om «på stedet marsj» i åtte år når det gjelder utdanningskapasiteten.

Jeg kan godt utvide spørsmålet til også å gjelde de andre partiene som har vært med på å sette sitt navn under avtalen, for Kristelig Folkeparti og Venstre har i en annen sak – som vi kommer til om litt, nemlig i Dokument nr. 8:114 for 2006-2007 – vært med på et forslag der de sier det stikk motsatte. Jeg siterer fra punkt 3 i innstillingen til dette forslaget, der

«Stortinget ber Regjeringen:

Vurdere behovet for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell, for å

sikre at en større andel av ansatte i omsorgssektoren har høyere utdanning.»

Dette punktet i avtalen innebærer en betydelig senking av ambisjonsnivået når det gjelder et helt sentralt punkt i kunnskapsløftet for omsorgssektoren. Det er en av grunnene til at vi fra Høyres side ikke har funnet noe grunnlag for å ta del i den avtalen – dels fordi den på vesentlige punkter er så upresis at det nesten er umulig å lese noe konkret innhold i den. Også på de punktene hvor den er presis, senkes ambisjonsnivået på en måte som vi ikke kan være med på.

Kjell Ingolf Ropstad (KrF) [16:42:30]: I valkampen hadde Arbeiderpartiet eit slagord: «Alle skal med».

Det er fint å ha eit mål der ein jobbar for at ikkje nokon skal stå igjen. Men statsråden burde stille seg spørsmålet: Er det nokon som står igjen? Det vil seie: Ho treng ikkje å spørje – eg veit nemleg svaret: Alle blir ikkje med.

Ei undersøking ved Universitetet i Oslo viser at éi av fire jenter som går ut av ungdomsskulen, slit med depresjonar. Éin av ti gutar slit med det same. Det var forskjell på skulane. Det er flott, for det viser at ein faktisk kan gjere noko med dette, at me kan gripe tak i dei skulane der det er ekstra store problem.

Regjeringa sitt forslag om ein ventelistegaranti inneber at alle barn og unge under 23 år skal få hjelp innan 90 dagar. Det er flott, men 90 dagar er ofte ikkje nok. I løpet av 90 dagar kan mykje dramatisk skje.

Det er òg for lite fokusering på dette at barn og unge ikkje skal komme så langt at dei treng ventelistegarantien. Derfor er det på tide med eit lyft i lågterskeltilboda. For eksempel har skulehelsetenesta på mange skular blitt undersøkt. Resultata var nedslåande. Det er snakk om deltidstillingar og om at skulehelsetenesta har 40–60 sekundar til kvar elev pr. veke. Dette gjer sitt til at me ikkje får gjort nok med dei som har begynt å slite med problem. I staden for å gripe tak i problema før ungdommane kan skje får livet øydelagt, endar dei på venteliste.

Eg veit at statsråden held på med ein gjennomgang av akkurat skulehelsetenesta. I Kristeleg Folkeparti meiner me det er på tide at me stiller spørsmålet om ein f.eks. kanskje burde hatt ei minstetid pr. elev, om det hadde vore mogleg med ein time hos helsesøster ein gong i året, og om skulehelsetenesta kanskje òg burde ha vore meir tverrfagleg enn ho er i dag. Er dette noko statsråden vurderer å innføre?

I eit samfunn der alle skal med, er det viktig at ein fokuserer på dei som ikkje er med. Men me må ikkje gløyme dei som i dag er med, men som held på å bli ståande igjen. Me har store moglegheiter for å hindre at ungdommar får problem. Spørsmålet er om me grip dei moglegheitene.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [16:45:05]: Dersom representanten Ballo ønsker å ivareta en responstid for ambulansetjenesten som vil styrke en faglig utvikling for de ansatte og samtidig gi et godt tilbud til befolkningen i distriktene, har han full mulighet til det gjennom å støtte vårt Dokument nr. 8:81 for 2006-2007, som kommer opp

til behandling senere i dag. Det er for øvrig et forslag som SV fremmet sammen med Fremskrittspartiet i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 43 for 1999-2000.

Når opposisjonssiden prater om det private norske helsevesenet, prater vi på sett og vis om mangelen på private tilbud i det norske helsevesenet, som, med den regjeringen vi har, dessverre blir dårligere og dårligere.

Vedrørende ortopeditilbudet i Øst-Finnmark – eller mangelen på det – tror jeg vi skal være klar over én ting, og det er at vi alle ser behovet for å ha et høyt nok faglig nivå på de tjenestene som sykehusene utfører. Men vi må også sette dette opp mot den trygghet vi har plikt til å gi vår egen befolkning. Vi vet at befolkningen i Øst-Finnmark har en avstand på nærmere 70 mil til nærmeste sykehus. Det vil altså si at en som bor i Drammen, måtte dra til Snåsa for å kunne få det akutttilbudet vi her snakker om. Da er det ikke rart at mennesker reagerer – blir forbannet og føler seg lurt av dagens regjering. Det er årsaken til at utbryterne som har stiftet et nytt politisk parti, nettopp kommer fra Arbeiderpartiet. Det er ikke Fremskrittspartiets problem, men dagens statsråds og den sittende regjeringens problem.

Harald T. Nesvik (FrP) [16:47:42]: Det meste har vært sagt i denne debatten, så jeg skal bare prøve å svare på et par invitter som har kommet i diverse innlegg.

Til statsråden vil jeg bare si med én gang: Fremskrittspartiet ønsker selvfølgelig også endringer, og vi vil se på andre måter å bruke penger på. Jeg var selv i mitt innlegg inne på viktigheten av å bruke innsatsen bl.a. i sykehjemmene for å kunne redusere unødige innleggelse i sykehus. Vi bør se på måten avdelingene er organisert på, på sykehusene. Her er svært mye å gripe fatt i. Det ser Fremskrittspartiet fram til å være en bidragsyter til. Det er grunnen til at jeg hospiterer på tre sykehus bare i høst, og jeg har hospitert på ett til nå i sluttfasen, slik at det blir fire.

Representanten Asphjell utfordret meg knyttet til St. Olavs Hospital. Det er riktig det han sier om overskriftene i 2005, men den store debatten i 2005 dreide seg bl.a. om når en får på plass psykiatrisenteret ved St. Olavs Hospital, som opptil flere representanter fra Sør-Trøndelag som nå er medlemmer av Regjeringen, tok til orde for. Det er foreløpig tatt ut av planene for St. Olavs Hospital. Det ligger ikke inne i de bevilgningene som foreligger. Dermed blir det spesielt å følge den saken.

Det har også vært noen invitter knyttet til det såkalte eldreforliket. Noen kaller det et eldreforlik, noen har omtalt det som en avtale. Det som er det spesielle, er at samtlige partier faktisk har sagt at man er enige i innholdet. Så her har statsråden virkelig backing nok til å kunne dra i gang dette. Man apropos hvorfor Fremskrittspartiet ikke var med på å skrive under på forslaget: Det er nettopp den såkalte gimmicken man brukte der, at man tok det som er selve innholdet, helt ut av perspektiv. Kristelig Folkeparti har til og med nedtonet sitt eget Dokument nr. 8-forslag knyttet til verdighetsgarantien, for man går fra å be om i forslaget at det skal «innføres» en verdighetsgaranti, til å si i avtalen at man «hensyntar». Fremskrittspartiet er for

øvrig det eneste partiet som faktisk støtter forslaget til Kristelig Folkeparti om en verdighetsgaranti, som skal behandles senere.

Videre går det også på kompetansenivået. Det er også tonet ned i denne avtalen. Enkelte ganger er det slik at man kan få inntrykk av – og får bekreftet – at tomme tønner ramler mest. Det er dette et tydelig eksempel på.

Jeg er svært glad for at både Høyre og Kristelig Folkeparti nå har varslet at de også støtter en søknad fra Tingvoll senter knyttet til det som har med oppfølging å gjøre. Jeg håper statsråden vil gi en positiv innstilling til den saken, for det eneste alternative senteret som har vært i den regionen, i det fylket, er nettopp blitt lagt ned som følge av at man ikke fikk avtale med det regionale helseforetaket. Innbyggerne i det området har derfor et stort behov for å få dette på plass.

Presidenten: Rune J. Skjælaaen har hatt ordet to ganger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [16:51:00]: Representanten Inge Lønning spurte om avtalens innhold og viste til dagens utdanningskapasitet for høyskole helse og sosial videreføres på om lag dagens nivå fram til 2015. Bakgrunnen for at det står der, er det som ligger i omsorgsmeldingen, som sier at dersom en holder dette utdanningsnivået, vil man ha tilstrekkelig med høyskoleutdanned personell innenfor pleie- og omsorgssektoren med en økning på 10 pst. Det står fast.

Så står det videre i avtalen at det skal lages planer. Det kan jo vise seg at disse tallene er for lave. Men det skal altså lages planer på alle nivåer, så vi skal vurdere dette behovet hvert eneste år framover. Slik sett mener jeg at avtalen er meget god, og den tar altså for seg utdanning på alle nivåer.

Jan Böhler (A) [16:52:27]: Flere har vært inne på det jeg nevnte i mitt innlegg tidligere i dag, om at vi ligger på verdenstoppen i bruk av offentlige midler til helse. Det er vel slik at vi der kniver med Sveits, som jeg tror vi er i ferd med å passere, med San Marino og med et par små republikker til, kanskje.

Vi har svært mye positivt å vise til, som både jeg og andre har vært inne på tidligere i dag. Men hvis vi sammenligner resultatene våre med andre land som ikke bruker fullt så mye midler, er det også klart, som Inge Lønning nevnte, at vi ikke ligger på verdenstoppen på alle områder. Det var derfor jeg fra min side nå ville fokusere mer på hvilke grep som trengs for å få bedre ressursbruk og bedre kvalitet i helsevesenet, framfor enda mer penger. Og jeg synes de kommentarene som er kommet i løpet av debatten, både fra Ballo, fra statsråden og til dels fra flere, f.eks. Inge Lønning, til spørsmålet om å konsentrere høyspesialiserte tjenester for å kunne gi bedre og sikrere tjenester av høyere kvalitet og for å sortere bedre hva vi skal bygge opp ved de lokale sykehusene, har vært interessante. Det er åpenbart at arbeidet med denne sorteringen ikke kan gjøres stykkevis og delt, verken innenfor

Helse Sør-Øst-prosessen, innenfor hovedstadsprosessen – eller andre steder. Det trengs overordnede initiativer fra departementet for at dette skal kunne starte på riktig sted.

Jeg synes også at det har vært gode kommentarer med hensyn til dette med en bedre flyt, en bedre utvikling, av samspillet kommune–helseforetak. Det er farlig hvis pasienter blir kasteballer av finansielle grunner. Det tror jeg særlig skjer innenfor rusbehandlingen, innenfor psykiatrien og når det gjelder en del andre pasientgrupper som vi har vært inne på, bl.a. kronikere. Både representanten Ballo, Lønning og Dávøy har vært inne på dette i sine innlegg, så jeg ser at her er det en stor oppgave for oss i komiteen å gå videre med framover.

Det samme gjelder finansieringssystemet – det å skape et finansieringssystem som enda bedre kan ivareta hele behandlingsforløpet, fra tidlig oppdagelse og forebygging ute i kommunene til dagbehandling og innleggelse ved spesialistpsykehusene og til rehabilitering og oppfølging ute i kommunene. Vi har ennå en jobb å gjøre hvis vi skal greie å skape det. Det er ikke veien å gå å øke stykkprisan delen til 60 pst., som Fremskrittspartiet alene vil. Men svaret bør ligge i å få til en mest mulig lik finansiering av alle deler av behandlingen, slik flere har vært inne på.

Jeg tror at det også er kommet viktige innspill til hvordan vi kan bygge opp forebygging. Jeg takker komitelederen, Nesvik, for en kommentar til våre forslag om diabetes. Og jeg håper at vi kan ta denne debatten videre – både når det gjelder de punktene jeg nå har vært inne på, og når det gjelder andre deler, som videre satsing på rusbehandling og gjennomføring av eldreavtalen.

Jorodd Asphjell (A) [16:55:59]: Når en sitter på bakkerste benk her og hører på debatten, så lurer en nesten på hvilket land norsk helsevesen blir sammenlignet med. Jeg kjenner meg ikke igjen i det som her beskrives høylytt fra enkelte representanter.

Jeg vil på nytt referere fra den undersøkelsen som ble presentert i Dagbladet i går. Der stod det:

«Godt fornøyde. 10 912 pasienter eldre enn 16 år, som var innlagt ved sykehusene i november i fjor, har sagt hvordan de opplevde legetjenesten, pleietjenesten, standarden, behandlingen av pårørende, organiseringen av arbeidet og informasjonen om prøver og undersøkelser.»

Videre stod det at «resultatene viser at pasientene stort sett er godt fornøyde», og at «det gjelder de fleste sykehusene og de fleste områdene som de har fått spørsmål om». Aldri før har det vært behandlet flere pasienter ved norske sykehus. Nye behandlingstilbud etableres. Aldri før har det ved norske sykehus arbeidet flere med høy kompetanse, både som hjelpepleiere, sykepleiere, leger, ingeniører osv. Nye og flere spesialiteter etableres.

Når det gjelder lokalsykehus som drives godt, ønsker Regjeringen og regjeringsflertallet å se på hvordan en skal få til en bedre oppgavefordeling. De sykehusene som har kompetanse på ett område, gjør det de skal gjøre der, så får de sjeldne sykdommene behandles ved de beste sykehusene, som har de beste forutsetningene for å gi en god og trygg behandling.

Når det gjelder lokalsykehusaksjonen, sies det:

«Helse- og omsorgsministeren omtaler budsjettet som en «historisk satsing». Og det skal ikke være tvil om at denne regjeringen fortjener honnør for å ville gi sykehusene flere kroner enn noen tidligere regjering har gjort.»

Men det handler ikke bare om penger, som representanten Lønning sa. Det handler bl.a. om organisering og om hvordan vi må følge opp det arbeidet. Og det synes jeg Regjeringen har vist på flere områder i disse årene som har gått.

Når det gjelder rehabilitering, viser det seg at det brukes mer penger også til dette – ikke at det gis flere sengeplasser, men det gis bedre kvalitet for dem som får tilbudet. Det er ikke kvantiteten som skal gjelde, det er kvaliteten det dreier seg om for dem som får tilbudet, slik at de kommer fortrest mulig ut i arbeid, blir friske og kan være ute i samfunnslivet på en god måte.

Aldri før har det vært investert mer penger i norsk helsevesen enn i dag – innenfor kommunehelsetjenesten, innenfor DPS, innenfor psykiatri og innenfor sykehusene. Og den satsingen skal fortsette – til beste for innbyggerne og til beste for pasientene. Da går det ikke an å krisemaksimere norsk helsevesen på den måten som enkelte har gjort her i dag.

Presidenten: Representanten Laila Dávøy har hatt ordet to gonger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Laila Dávøy (KrF) [16:59:11]: Bare noen ord om avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Noe av det viktigste for Kristelig Folkeparti har vært, som de fleste her vet, at det skal utformes en verdighetsgaranti. Og det er ikke riktig, som representanten Nesvik sier, at den er noe mindre forpliktende enn det som ligger i våre egne forslag, men den er formulert slik at man bl.a. skal ta hensyn til disse forslagene, men det kan også gjøres tilføyelser. Det kan jo tenkes når man skal gå gjennom kvalitetsforskriften i lovverket, se på klageadgang, at den muligens blir enda bedre enn den vi har laget til nå. Det er noe av bakgrunnen.

Jeg har også lyst til å nevne Kompetanseløftet 2015. Det er veldig konkrete punkter som er tatt inn i avtalen. Kompetanseheving i etikk skal alle kommuner over tid innføre. Investeringsstilskuddet skal gis til utbygging av kvalitative enheter. De siste to punktene jeg vil nevne – det er langt flere – er at alle demente skal ha plasser tilrettelagt innen 2015, og at det skal være tilrettelagt dagtilbud for alle demente. Dette er meget konkrete tiltak, som jeg er glad for å ha fått til.

Presidenten: Representanten Inge Lønning har hatt ordet to gonger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Inge Lønning (H) [17:00:41]: En liten kommentar til representanten Skjælaaens svar på mitt spørsmål. Svaret

gjorde meg ikke veldig mye klokere. Så vidt jeg har registrert, har det ikke vært en aktuell problemstilling, og ingen har reist problemstillingen om å bygge ned kapasiteten når det gjelder høyskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Når man da avtalesetter at man skal holde status quo, er det et ganske presist løfte om at man ikke skal øke kapasiteten, i hvert fall ikke nevneverdig. Da er det forunderlig, når man uttaler seg så pass klart og tydelig, at Skjælaaen etterpå på en måte setter en strek over formuleringen og sier at dette skal man vurdere år om annet. Da er jo det som står der, helt verdiløst – hvis man skal foreta en revurdering hvert eneste år. Jeg trodde en avtale hadde til hensikt å binde partene. Det man her binder partene til, er status quo, verken mer eller mindre.

Presidenten: Representanten Jan Bøhler har hatt ordet to gonger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Jan Bøhler (A) [17:02:02]: Hvis representanten Lønning hadde ønsket å være med på denne avtalen, tror jeg vi skulle greid å forhandle oss fram til enighet på det punktet han konsentrerer seg om i denne diskusjonen. Det står i innledningen her i punktet om kompetanse:

«Kompetanseløftet 2015 skal omfatte en plan på alle nivå: ufaglærte, fagskole- og høyskolenivå, universitetsnivå, faglig kvalifisering, spesialisering, dimensjonering, rekrutteringstiltak, forskning og fagutvikling.»

Så det er åpenbart at det er en viss spenning mellom de to punktene i avtalen når det gjelder kompetanseløftet, og at vi vil arbeide med dimensjonering av utdanning på alle områder.

Til representanten Nesvik og hans kommentarer til Kristelig Folkeparti vil jeg si at når han anklager Kristelig Folkeparti for å tone ned noen punkter i sitt absolutte standpunkt, synes jeg det nettopp er forskjellen på Fremskrittspartiets og andre partiers arbeidsform. Man prøver å være politiske håndverkere samtidig som man står for sitt, man er klar over at det er mer krevende prosesser når man skal ha med Regjeringen og regjeringspartiene, og man blir da i stand til å få til ting, istedenfor bare å stå på sine ytterste standpunkter.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har hatt ordet to gonger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Harald T. Nesvik (FrP) [17:03:30]: Denne debatten blir mer og mer merkverdig etter hvert som flere og flere talere snakker om denne såkalte avtalen som er inntatt i innstillingen. Det blir jo merkverdig når man til og med ikke ønsker å ha det inn som komitemerknad, for her skal man vise at noen var innenfor og noen var utenfor. Det må da være innholdet man er opptatt av i denne sal. Det må ikke være slik at vi oppfører oss som guttunger som sitter på hver vår mur og kaster snøballer på hverandre. Det viktigste er vel å være konstruktiv, sørge for at det vi faktisk står for, blir gjennomført, og sørge for at virkelighetsopp-

fatningen i denne sal er den samme som utenfor denne salen. Da må vi også sørge for at vi leser den avtalen som vi faktisk har gått inn i. Fremskrittspartiet har hele tiden sagt at vi er enige i veldig mye av det som står der. Men vi har sagt at det blir å overspille fundamentalt, ved at man tar ut det som normalt sett ville vært en komitemerknad, som alle ville sluttet seg til, og har en seanse der man skal skrive under på det. Representanten Bøhler har til og med snakket om at enkelte burde stille seg i skammekroken. Denne debatten har til fulle vist hvem som burde gjøre nettopp det.

Presidenten: Fleire har ikkje bedt om ordet til sakene nr. 1 og 2.

(Votering, sjå sidene 1226 og 1238)

S a k n r . 3

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Børge Brende og Trond Helleland om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering (Innst. S. nr. 48 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:56 (2006-2007))

Presidenten: Etter ønske frå helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletida blir avgrensa til 5 minutt til kvar gruppe og 5 minutt til statsråden.

Vidare vil presidenten foreslå at det ikkje blir gjeve anledning til replikkar etter dei enkelte innlegga, og at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det blir sett på som vedtekte.

Jorodd Asphjell (A) [17:05:56] (ordfører for saken): I Soria Moria-erklæringen slår Regjeringen fast at en vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Dette målet er det bred politisk oppslutning om, også i komiteen.

Tilstanden på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er i dag ikke tilfredsstillende, og derfor vil Regjeringen ha økt fokusering på området.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2008 la Helse- og omsorgsdepartementet fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Strategien skal bl.a. bidra til et sikrere kunnskapsgrunnlag og en mer felles oppfatning av tilstanden på området og hva som må gjøres i framtiden.

Det er utfordringer bl.a. når det gjelder brukermedvirkning, kvalitetsutvikling, rolle- og rammebetingelser for de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene og prioriteringen i den samlede ressursbruk i kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer på dette området. Samhandling er kanskje den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor, og er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der brukerne ofte er avhengige av tjenester fra mange aktører, nivåer og sektorer.

Når man skal vurdere ressursbruk og prioriteringer på habiliterings- og rehabiliteringsområdet, er det viktig å ta

utgangspunkt i den samlede ressursinnsatsen. Både kommunene og helseforetakene bruker i dag store ressurser på dette området i egen regi. I tillegg kommer det ressurser som brukes til kjøp av tjenester ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

I statsbudsjettet for 2008 har vi

- fortsatt øremerking av midler til private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og de er et godt supplement til de offentlige tilbudene som finnes
- økning av midler til sykehusene – her inngår habilitering og rehabilitering
- bedret kommuneøkonomi
- «Raskere tilbake»-ordningen, herunder rehabilitering
- særlige tilskudd til arbeidsrettet rehabilitering

Så innenfor statsbudsjettet er det en rekke områder hvor en omtaler dette i konkrete bevilgningsforslag. Et overordnet mål er å sikre habilitering og rehabilitering til alle som trenger det.

Befolknings- og sykdomsutviklingen tilsier at behovet for habiliteringstjenester vil øke i årene framover. Blant annet er det flere barn med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger som lever opp, og som vil ha behov for habilitering i tiden som kommer. Barn med nedsatt funksjonsevne skal ha et forsvarlig habiliteringstilbud, uavhengig av hvor de bor i landet. Tjenestene må ha en kapasitet som står i forhold til behovene som skal dekkes, og kapasiteten må brukes på en måte som gjør at tjenestene når ut til brukerne, i samsvar med målsettingen om likeverdighet.

Nyere forskning peker på behovet for en sterkere integrering av akuttbehandling og rehabilitering, i form av spesialisert, koordinert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For eksempel har pasienter rammet av hjerneslag, bedre effekt av opphold i spesialiserte slagenheter.

Kommunene har en nøkkelrolle med tanke på habilitering og rehabilitering, for de fleste brukere vil tyngdepunktet når det gjelder tjenester, ligge i kommunene landet over. Tjenestenes formål tilsier at tjenestene må ytes nærmest mulig der personen lever. Dette er også i tråd med prinsippet om at helsetjenesten skal organiseres etter LEON-prinsippet, altså laveste effektive omsorgsnivå.

Det legges vekt på at tiltakene i rehabiliteringsstrategien får særskilt styringsmessig oppmerksomhet, og at de samtidig blir integrert i det samlede utviklingsarbeidet som skjer i oppfølgingsarbeidet med Nasjonal helseplan. Rehabiliteringsstrategien er primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, men ingen rehabiliteringsstrategi kan lykkes uten et samarbeid med områder som bl.a. arbeid, utdanning og barns og unges oppvekstforhold generelt. Oppfølgingen av rehabiliteringsstrategien skal skje i samarbeid med de viktigste aktørene på feltet, ikke minst med brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner.

Representanter for private tjenesteleverandører vil også bli invitert til samarbeid. Særlig viktig er det at brukernes og pårørendes erfaringer og synspunkter, bl.a. formidlet gjennom brukerorganisasjonene, kommer fram og kan prege den videre utvikling av dette viktige tjenestetilbudet i årene framover.

(Asphjell)

Jeg vil på vegne av mindretallet i helse- og omsorgskomiteen ta opp forslaget om at Dokument nr. 8:56 for 2006-2007 vedlegges protokollen.

Presidenten: Representanten Jorodd Asphjell har teke opp det forslaget han refererte til.

Vigdis Giltun (FrP) [17:10:48]: Det er merkelig hvordan man på bakgrunn av ulikt politisk ståsted får en totalt forskjellig virkelighetsoppfatning med hensyn til hva som i realiteten skjer på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet.

Regjeringen fastholder hardnakket at det ikke er foretatt kutt i rehabiliteringstilbudet, at alle som har rett til rehabilitering, får det, og at det derfor ikke er behov for ytterligere lovfesting av rettigheter.

Fremskrittspartiet kjenner til manglende rehabiliteringstilbud til blinde og svaksynte, til pasienter som er rammet av epilepsi, til pasienter med alvorlige hodeskader, til slagrammede som ikke får tilbud om behandling i slagenheter, til reumatikere og kronikere, rusavhengige og eldre – for å nevne noen. Det er ikke bare kvaliteten som teller, men også kvantiteten. Det er altfor få plasser til å dekke det behovet vi har i dag. For alle som har et rehabiliteringsbehov, vil et kvalitetsmessig godt tilbud uten unødig ventetid være avgjørende for hvilket funksjonsnivå og hvilken livskvalitet den enkelte oppnår.

Det var en grunn til at mange stilte opp i en fredelig demonstrasjon i forbindelse med helsekonferansen i mai, hvor de ville vise Sylvia Brustad at mange nå var fortvilte over kutt i rehabiliteringstilbudet. I mange tilfeller får nå eldre og kronikere beskjed av sin fastlege om at de ikke engang behøver å søke. Dette fører til at en stor del av det udekkede behovet for rehabiliteringsopphold ikke engang blir synlig.

Vi har vært i kontakt med veldig mange institusjoner som på grunn av for dårlige avtaler står i fare for å måtte legge ned hvis det ikke skjer positive endringer. I stedet for å ramse opp hvem dette gjelder, sier jeg: ingen nevnt, ingen glemt, for når det gjelder de private tjenesteyterne på dette området, tror jeg faktisk samtlige har problemer og sitter med ledig kapasitet. Det kunne vært interessant å høre fra statsråden hvor stor andel av de private institusjonene som nå har langsiktige og forutsigbare avtaler om å benytte hele den kapasiteten de har tilgjengelig.

Det var flere enn meg som tok det som et alvorlig signal da helse- og omsorgskomiteen mottok over 200 000 underskrifter, med et klart budskap om at rehabiliteringsfeltet trenger en kraftig styrking. Fremskrittspartiet mener det er påkrevd med en opptrappingsplan for å nå målet om rehabilitering til alle som har behov. Planen må finansieres med øremerkede midler inntil en ny statlig finansieringsform er på plass. Det må også være et uavhengig forvaltningsorgan som utarbeider avtaler og anbudsdokumenter, og en reell konkurranse mellom private og offentlige institusjoner betinger at helseforetakene må inngå avtaler og konkurrere på lik linje med private og ideelle utøvere. Markedet fungerer ikke med helseforetakene i dobbeltrollen som kjøper og utøver av de samme tjenestene,

og avtalene må være forutsigbare og langsiktige. Dagens avtaler, som strekker seg fra ett til to år – og kun i enkelttilfeller til fire år – gjør det vanskelig å tiltrekke seg kvalifisert og spesialisert personale for å opprettholde gode og stabile arbeidsmiljøer, og det gjør det også vanskelig å foreta større investeringer og vedlikehold.

Fremskrittspartiet mener at det må satses mer på forskning for å bedre behandlingsmetodene og resultatene, og det må også legges til rette for at private utøvere skal kunne delta i forskning og behovskartlegging ved å bidra med verdifullt erfaringsgrunnlag fra ulike behandlingsformer. Forskningen må også foregå i kommunene og implementeres i praksis. Helhetlige behandlingsforløp forutsetter en langt bedre samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste, fastlegen og institusjonene.

Fremskrittspartiet mener at dagens finansiering ikke fanger opp de reelle kostnadene ved ulike rehabiliterings- og behandlingalternativ, og det fører også til ulik praksis og varierende oppfølging i kommunene. Mange vil trenge oppfølging over flere år, og andre vil ha behov for livslang rehabilitering og opptrening eller habiliteringstilbud. Avkorting av tilbud, som vi dessverre hører om, kan føre til dårlig eller ingen effekt, og i ytterste konsekvens kan det bety en forverret helsetilstand for mange.

Tilsynsrapporter fra Helsetilsynet viser at habiliteringstilbudet til barn svikter både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I rapporten om landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenesten for barn avdekket Helsetilsynet i 2006 store avvik og svakheter i fire av fem kommuner. Fremskrittspartiet er bekymret over at det i mange kommuner er problematisk å få tilbud om avlastning ved akutt behov og utenom avtalte tidspunkter, og at foreldrene i liten grad får velge mellom kommunal og privat avlastning. Når det gjelder habilitering, er grensesnittet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten uklart. For barn og unge med behov for habilitering eller rehabiliteringsopphold utenfor hjemmet vil det være viktig å få muligheten til å oppleve mestring, sosialt samvær og tilpassede aktiviteter. De geografiske forskjellene i behandlingstilbud og forskjellene kommunene imellom viser at Regjeringen bør vurdere en endring av organiseringen og finansieringen av disse tjenestene.

Representantene fra regjeringspartiene sier seg fornøyd med at Regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2008 har lagt fram en strategi om habilitering og rehabilitering. Fremskrittspartiet tror ikke dette vil være nok, og vil støtte det representantforslaget som foreligger.

Sonja Irene Sjøli (H) [17:16:15]: Bakgrunnen for at Høyre har fremmet forslaget om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, er at mange pasienter opplever et svært mangelfullt tilbud.

Habilitering og rehabilitering handler om å gi mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming, en ny mulighet til å mestre hverdagen og til å delta aktivt i arbeids- og samfunnsliv. Et bedre tilbud vil være en investering i bedre livskvalitet for mange mennesker. Samtidig vil det redusere behovet for omsorgstjenester.

Høyre mener det er nødvendig å vedta en forpliktende opptrappingsplan med øremerkede midler som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet. Det må gis særskilte tilskudd til forskning og til tiltak som stimulerer til et helhetlig tjenestetilbud for pasientene, og private aktører må sikres mer langsiktige og forutsigbare rammebetingelser.

Høyre prioriterte rehabilitering i budsjettet for 2007, og har foreslått å styrke feltet med 550 mill. kr utover Regjeringens forslag også for 2008. Med en så stor politisk enighet som det er om at rehabilitering må prioriteres og bli det neste store satsingsområdet, er det nesten uforståelig at det nå skyves enda lenger ned på prioriteringslisten av Regjeringen. Vi forventet en forpliktende opptrappingsplan for feltet, men fikk en mindre forpliktende strategi som verken innfrir forventningene som er skapt, eller løser utfordringene.

En mangelfull satsing fra Regjeringens og regjeringspartienes side har naturlig nok skapt sterke reaksjoner i fagmiljøene og hos pasientorganisasjonene. Som jeg var inne på i budsjettdebatten tidligere, fikk helse- og omsorgskomiteen for et par uker siden overlevert ca. 220 000 underskrifter fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke med krav om at det må utarbeides en rehabiliteringsreform som skal gi bedre kvalitet og kapasitet og en bedre organisering, og ikke minst styrke pasientenes rett til rehabilitering.

I sommer var det en stor demonstrasjon utenfor Stortinget med krav fra pasienter og fagmiljøer om at Regjeringen måtte stoppe raseringen av rehabiliteringstilbudet. Det har gjort inntrykk på meg, det har gjort inntrykk på flertallet i komiteen, men det ser ikke ut til å ha gjort synlig inntrykk på verken regjeringspartiene eller helse- og omsorgsministeren. En litt større ydmykhet i forhold til hvordan pasientene og fagmiljøene faktisk opplever dagens situasjon, hadde vært å foretrekke.

Regjeringspartiene stemte til og med ned forslaget om en åpen høring om Høyres forslag i Stortinget. Opposisjonspartiene måtte derfor arrangere en egen høring hvor hele ti sentrale høringsinstanser møtte og støttet vårt forslag om en opptrappingsplan. Jeg må tillegge at gjennom mine ti år på Stortinget har jeg aldri opplevd maken til maktarroganse i komiteearbeidet. At regjeringspartiene stemmer ned et forslag om en høring på en sak som Regjeringen selv sier er så viktig, er helt uforståelig. Det skapte naturlig nok også reaksjoner hos høringsinstansene, spesielt fordi dette er et område som de mener trenger et skikkelig løft, og et tverrpolitisk løft.

Som flere har vært inne på, er det dessverre grunn til å frykte at Regjeringen av ideologiske grunner bygger ned det viktige, verdifulle private rehabiliteringstilbudet, uten at det finnes et fullgodt tilbud i offentlig regi. Dette går ut over pasientene. Helseforetakene har både i 2006 og i 2007 blitt instruert av statsråden om å begrense bruken av private aktører og primært utnytte kapasiteten i offentlige institusjoner. Det har for så vidt også kommet fram fra flere av regjeringspartienes talsmenn her tidligere i dag. Som en følge av dette drives mange rehabiliteringsinstitusjoner over hele landet nå med redusert kapasitet, samtidig som mange pasienter mangler et tilbud om behandling. Private

aktører er ikke bare et supplement til det offentlige, slik representanten Asphjell sa i sitt innlegg, men det er faktisk en del av – og en betydelig del av – tilbudet innen rehabilitering. Uten det private tilbudet om rehabilitering hadde nok tilbudet til pasientene vært betydelig dårligere.

Laila Dávøy (KrF) [17:21:14]: Representantforslaget fra Høyre om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering er et viktig dokument. Etter at Høyre fremmet forslaget, har Regjeringen i St.prp. nr. 1, statsbudsjettet for 2008, lagt fram «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011». Problemet med denne strategien er at den i motsetning til forslaget fra Høyre ikke inneholder forslag om øremerkede midler. Ja, den inneholder ikke friske midler i det hele tatt, noe som svekker mulighetene for at habilitering og rehabilitering blir et satsingsområde framover, slik Stortinget gang på gang har påpekt og ønsket. Jeg vil også nevne at alle opposisjonspartiene i sine alternative budsjetter for 2008 fremmer forslag om ytterligere midler til habilitering og rehabilitering.

I februar i år debatterte Stortinget et annet representantforslag om rehabilitering, fremmet av Kristelig Folkeparti. Kristelig Folkepartis forslag dreide seg om en bedre lovfesting av rehabilitering. I innstillingen fremmet Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet forslag om å be Regjeringen vurdere å lage en egen rehabiliteringslov, noe som dessverre ikke ble vedtatt.

En rekke pasientorganisasjoner har ventet lenge og i spenning på Regjeringens satsing på rehabilitering, men skuffelsen var stor da strategien kom. Få dager etter at strategien var framlagt, arrangerte LHL en stor konferanse om habilitering og rehabilitering. Det var svært interessant å være til stede og få de første reaksjonene fra en rekke organisasjoner.

Samtlige organisasjoner gav uttrykk for et skrikende behov for satsing på habilitering og rehabilitering, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det ble påpekt fra flere at retten til rehabilitering er uklar i dagens lovverk. Det ble også påpekt stor mangel på pasientinformasjon. En dyp bekymring for reduksjon i rehabiliteringstilbudene den senere tid ble også framhevet. Flere var kritiske til manglende økonomi og lite konkretisering av tiltak i den nylig framlagte strategien. En av de store pasientorganisasjonene gav strategien fra Regjeringen karakteren «ikke bestått».

Slik jeg ser det, er det et tankekors at tiltakene i planen er formulert lite forpliktende, og at det etter så lang tids jobbing med strategien fra Regjeringens side ennå er mye som skal vurderes og gjennomgås.

Et annet tankekors, som en av innlederne på ovennevnte konferanse påpekte, er en ganske ukritisk overføring av Leon-prinsippet til rehabiliteringsfeltet. Rehabilitering er for mange det stikk motsatte, nemlig tidlig, intensiv, rask og tverrfaglig intervensjon. Først senere, etter en viss tid, vil det være snakk om et lavere behandlingsnivå. Dette er jo kjernen i mye av kritikken i dag, nemlig at rehabilitering ikke gis, ikke er intensiv, eller er så mangelfull og kortsiktig at den har liten effekt. Det har vi mange eksempler på.

Å satse på habilitering og rehabilitering er god samfunnsøkonomi. At en pasient med hjerteinfarkt raskt får arbeidsrettet rehabilitering, gjør at han kan komme fort tilbake i arbeid. Å gi rask og nok opptrening til en gammel pasient med benbrudd, gjør at hun blir selvhjulpent og før- lig etter en tid, og kan hindre behov for hjelpetiltak i hjemmet eller, i verste fall, en institusjonsplass. Å gi en slagpasient som har mistet taleevnen, umiddelbar språk- trening, kan også avhjelpe at han blir hjelpetrengende i framtiden. Å gi en kronisk syk pasient jevnlig og regel- messig habilitering eller rehabilitering, kan gjøre at ved- kommende kan klare seg i arbeidslivet, eller være mindre avhengig av hjelpetiltak framover. Og, ikke minst, god habilitering og rehabilitering vil gi bedre livskvalitet, mindre smerter og større egenmestring, noe som er viktig for oss alle.

Til sist vil jeg si at siste ord nok ikke er sagt om habi- litering og rehabilitering fra denne talerstol. Kristelig Folkeparti støtter representantforslaget fra Høyre fullt ut, men håper også at Regjeringen vil komme med mer kon- krete tiltak og en skikkelig opptrappingsplan i budsjettene framover.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [17:25:57]: Rehabilitering og habilitering er viktige ledd i behandlingskjeden. Når vi ser på det totale bildet over rehabiliteringsfeltet, kan vi slå fast at aldri har så mange fått så kvalitativt god rehabilite- ring som nå.

Når antallet døgn ved de private rehabiliteringsinstitu- sjonene er noe lavere i 2007 enn det var i 2005, skyldes det at en gjennom økte midler har styrket kvaliteten på re- habiliteringsplassene, noe som mange steder var nødven- dig, og at en ikke har funnet rom for å opprettholde den totale kapasiteten. Veksten har skjedd først og fremst gjennom helseforetakenes egne virksomheter og i kom- munehelsetjenesten. Antall rehabiliteringsdøgn i sykehus har økt med så mye som 10 000 døgn fra 2005 til 2006.

Jeg opplever nå igjen at dette på en måte er svartmal- ing: Fordi en ikke har kjøpt fullt så mange plasser ved de private rehabiliteringsinstitusjonene, virker det som om dette er et nedprioritert område fra Regjeringens side. Jeg synes det er ganske underlig å høre.

Vi ser samtidig at det innen pleie og omsorg i mange kommuner faktisk satses på rehabilitering av eldre. Det å få et opphold på en rehabiliteringsplass på et sykehjem i 14 dager, kanskje hver 6.–8. uke, for hjemmeboende betyr økt førlighet, økt livskvalitet og utsettelse av permanent heldøgns institusjonsplass.

Ifølge et faktaark fra KS utgjorde antall plasser som var avsatt til rehabilitering/habilitering i 2004 3,8 pst., i 2005 4 pst. og i 2006 4,6 pst. av heldøgns plassene på sy- kehjemmene i kommunene. Dette er en positiv utvikling som jeg tror skyldes at en ser rundt omkring at rehabilite- ring virker. Kommunene prioriterer faktisk dette.

Målet med rehabilitering og habilitering er å gi men- nesker som er rammet av sykdom eller funksjonsnedset- telse, en ny mulighet til å mestre hverdagen. Senterpartiet vil fortsatt styrke rehabiliteringstilbudet, hvor de private, ideelle institusjonene har en viktig plass. Det trengs økte

midler på dette området, for vi kan aldri få nok av rehabi- litering, slik at flere mennesker kan få bedret livskvalitet og bedre mestring. Men ingen har nevnt i debatten at det faktisk er 47 lærings- og mestringssenter. Det planlegges 14 nye lærings- og mestringssenter, noen i kommunene, men de fleste tilknyttet helseforetakene. Lærings- og mestringssentrene har nettopp som formål å hjelpe men- nesker til å leve bedre med sykdom. Å svartmale dette området synes jeg faktisk en bør holde seg for god for. En får heller ut og nyorientere seg og se hva som finnes på dette området.

Gunvald Ludvigsen (V) [17:29:25]: Regjeringa sitt framlegg til statsbudsjett inneber etter Venstre si oppfat- ning ikkje noka satsing på rehabilitering slik som det har vore lova. Rett nok er det snakka mykje om rehabilitering, men ord er ikkje det same som pengar! Venstre har satsa på rehabilitering som eit av dei mest prioriterte områda i vårt alternative budsjett. Vi har sett av 200 mill. kr til nett- opp rehabiliteringsfremål, og vi har dessutan sett av 240 mill. kr til styrkt rusomsorg, som absolutt har slekt- skap til den saka vi drøftar i dag.

Venstre vil prioritere at folk med trong for funksjons- fremjande tiltak eller rehabilitering må setjast i stand til å mestre kvardagen sin og løyse utfordringane sine. Det er jo det rehabilitering eigentleg dreier seg om. Rehabilite- ring er til for dei som lir, ikkje for nokon andre.

Venstre vil ha tiltak som styrker den einskilde sine moglegheiter til å leve eit godt liv på eigne premissar, og som dessutan er lønsame for samfunnet fordi det er tiltak som bidreg til sjølvhjelp og yrkesaktivitet. Ei styrkt reha- bilitering er heilt avgjerande i møtet med framtidias sam- funnsutfordringar knytte til ei aldrande befolkning, man- gel på arbeidskraft og det faktum at stadig fleire overlever alvorlege skadar og sjukdomar.

Venstre vil at habilitering og rehabilitering skal bidra til at menneske med nedsett funksjonsevne skal kunne oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølv- stende og deltaking i samfunnslivet.

Venstre vil ha fleire habiliteringstiltak som har ung- dom som målgruppe.

Venstre trur at det å ha tilsette som har koordinerings- ansvar når det gjeld rehabilitering, vil kunne vere ein god ide. Betre koordinering av rehabilitering særleg av kroni- karar som ofte fell mellom to stolar, ville ein slik koordi- nator m.a. kunne bidra til.

Venstre meiner det må stimulerast til meir forskning for å finne ut kva som er best rehabilitering. Vi veit for lite om det i dag.

Venstre er oppteke av at frivillige organisasjonar som driv gode faglege rehabiliteringstilbod, må få større føre- seielegheit, som andre har vore inne på, med omsyn til drift og avtaleperiodar. Dette vil sjølv sagt ha positive føl- gjer for pasientane, men ikkje minst for dei driftsansvar- lege, dei tilsette og samarbeidspartnarane – altså heile fel- tet av folk som er involverte i et slikt opplegg.

Eg sa i mitt innlegg under budsjettbehandlinga før i dag at eit helsevesen som ikkje tenkjer førebygging, be- handling og rehabilitering som ein heilskap, ikkje tek inn

over seg dei menneskelege eller samfunnsmessige realitetane.

Men dei som treng rehabilitering, er ei sær s ueinsarta gruppe. Det er ei samlegruppe som kjem under nemninga «dei som treng det mest». Det er kronikarar, rusmisbrukarar og menneske med funksjonshemningar. Desse menneska har vi eit særskilt ansvar for å sjå. Desse folka treng rehabilitering meir enn dei fleste andre for å kunne få ein betre kvardag og eit verdig liv.

Dette er eit forslag som Venstre støttar. Vi er einige med Framstegspartiet, Høgre og Kristeleg Folkeparti i denne saka.

Olav Gunnar Ballo (SV) [17:33:43]: Jeg vil først gi ros til forslagsstillerne. Jeg har også merket Sonja Irene Sjølis sterke engasjement i forhold til habilitering og rehabilitering. Det er ofte den måten man får løftet saker på, at enkeltpartier tar tak i områder av medisinen, fokuserer på den og ønsker å styrke den. På samme måte merker man nå at Venstre er blitt mye mer opptatt av tannhelse enn de var i hvert fall i den perioden jeg satt i sosialkomiteen tidligere. Det er jo bra.

Men det som er utfordringen, er hvordan man kan frigjøre ressurser til å styrke slike felt. Det er jo det hele den debatten vi hadde i sted om budsjettet, handler om. Det er tankevekkende, synes jeg, at det eneste partiet utenom regjeringspartiene som har funnet å kunne fremme et forslag innenfor rammen, er Kristelig Folkeparti. Det man også ser, er jo at de forskjellene som er i forslagene, ikke er dramatisk knyttet opp mot regjeringspartiene. Det betyr jo at det i realiteten er relativt stor enighet på mange områder om hva en bør satse på.

Jeg var inne på det tidligere, at det vi ser ved en rekke lokalsykehus, er at man sliter med rekrutteringen innenfor en del fagområder, spesielt det kirurgiske fagfeltet, og der det sannsynligvis er slik at tiden har gått ifra en organisering av den typen tjenester som innebærer akuttfunksjoner på veldig mange spesialiteter. Kanskje er det tjenlig med sentralisering der. Men det man samtidig ser, er jo at i den delen av befolkningen som er sterkt voksende, nemlig den eldre delen av befolkningen, er det kanskje spesielt to tjenester det er stort behov for. Det ene er indremedisinske tjenester og da også akuttmedisinske tjenester ved lokalsykehus, men det andre er jo nettopp rehabilitering – etter slagtilfeller, mennesker som er i bedring etter hjertesvikt, lungeødem, mennesker som skal tilbake til hjemmet eller til den hjemmebaserte omsorgen, eller kanskje på et sykehjem, og som trenger tiltak for at man skal klare å stabilisere dem på et bedre nivå, slik at man er i stand til å ta hånd om dem i hjemkommunen. Det betyr at i stedet for å frykte at lokalsykehus skal miste arbeidsoppgaver, er dette et nytt stort område som lokalsykehusene skulle kunne ta imot med åpne armer og tilrettelegge for.

Slik sett kan jeg også skjønne Fredriksens frustrasjon over at når et sykehus som Kirkenes nettopp etablerer den type tjenester, så kan det være vanskelig på grunn av økonomien å holde det i drift. Men svaret på det er jo nettopp: Hvordan kan vi frigjøre ressurser fra andre områder, der

vi strengt tatt ikke har så stort behov for de tjenestene, til å styrke et felt som dette? Da ønsker jeg Høyres initiativ her velkommen, men jeg regner med at de også kan vise oss hvordan man kan hente ressurser fra andre områder til å få det realisert.

Statsråd Sylvia Brustad [17:36:52]: Jeg mener at dette er et område hvor mange har grunn til å være ydmyke. Dette er et område hvor mye er ugjort, fordi det har vært lavt prioritert gjennom mange år, slik jeg ser det. Det er derfor bra med engasjement, for det er fortsatt for mange som ikke får den hjelp og oppfølging de trenger for å få et bedre liv og en bedre livskvalitet etter at de har vært utsatt for ulykker eller hva det måtte være.

Men så er jeg noe uenig, ikke overraskende, i den beskrivelsen som særlig Høyre og representanten Sjøli her kommer med, om at det meste skulle være mørkt og svart, og om hvor dårlig Regjeringas politikk skulle være på dette området. Jeg håper å bli trudd på at Regjeringa har et ekte engasjement for rehabilitering og habilitering, at det er et område vi ønsker å satse mer på. Vi har lagt til rette for økt innsats og mer målrettet rehabilitering både i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i samarbeid med private institusjoner på opptrenings- og rehabiliteringsfeltet. Vi er ikke i mål, men vi har kommet i gang. Jeg merker meg særlig engasjementet rundt barn og habilitering, og jeg deler det engasjementet.

Regionale helseforetak øker innsatsen på rehabiliteringsområdet ved sine egne sjukehus. Antallet pasientopphold har ifølge Norsk pasientregister økt betydelig fra 2005 til 2006. Samlet innsats i sjukehusavdelinger og poliklinikker er beregnet til mellom 1,5 og 2 milliarder kr i 2006.

Midlene til private institusjoner har økt med over 14 pst. fra 2005 til 2007. Det kan vanskelig framstilles som et kutt på det området. Det omfatter både midler fra den øremerkede bevilgninga til regionale helseforetak, midler fra foretakenes egne basisbevilgninger og tilskudd til utvikling av rehabiliteringsinstitusjonene. Sistnevnte er et tilskudd fra prosjektbevilgninga som Regjeringa fikk etablert i 2005 for å rette opp uheldige virkninger av Bondevik-regjeringas anbudsopplegg for kjøp av private rehabiliteringstjenester.

I tillegg til de avtalene som er inngått mellom regionale helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner, har mange institusjoner fått avtaler gjennom ordninga «Raskere tilbake». Som kjent er målet med den ordninga å tilby behandling og rehabilitering til sjukmeldte. Bare i denne ordninga er det i løpet av dette året så langt gjort avtale med de private for 73 mill. kr.

De regionale helseforetakene stiller krav til kvalitet i rehabiliteringstilbudet. Det gjelder sjølsagt også for de private institusjonene. Flere av de private har hatt utfordringer knyttet til det å innfri kravene til drift og faglig innhold. Antall institusjoner har likevel holdt seg stabilt. Det var 38 slike i 2006 mot 37 i 2005. Noen institusjoner har falt fra, mens andre har kommet til. Antallet plasser er noe redusert, men nedgangen er ikke så omfattende som den offentlige debatten kan gi inntrykk av.

Det gir liten mening å sammenlikne antall godkjente plasser i 2005 med antall plasser i 2007, bl.a. fordi utnyttelsesgraden er svært forskjellig. Belegget i 2005 varierte mellom 60 og 100 pst. av de godkjente plassene, mens tallet for 2007 sier hvor mange plasser som faktisk skal brukes etter avtale mellom institusjonene og de regionale helseforetakene. I tillegg kommer som kjent plassene innenfor «Raskere tilbake»-ordninga.

Det er heller ingen tvil om at en styrket kommuneøkonomi har ført til økt innsats innenfor rehabilitering i kommunene. Økninga i antall fysioterapiårsverk er et eksempel på det.

Med det budsjettet som Stortinget sannsynligvis kommer til å vedta i dag, legger vi grunnlaget for å styrke rehabiliteringsområdet ytterligere. Øremerkede midler videreføres, og vi skal følge opp vedtak som gjelder spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene gjennom de kanalene vi har for dette.

Jeg mener det er viktig å høyne statusen for rehabilitering og habilitering. Det skal være et prioritert felt i alle deler av vår helsetjeneste. Det betyr også at mange flere ledere må ta dette på mye større alvor enn de har gjort fram til nå. Regjeringa har derfor lagt opp til et meget bredt samarbeid mellom forskjellige departement, brukerorganisasjoner og fagmiljø. Jeg lytter sjølsagt også til de innspill som har kommet i denne debatten og ellers fra Stortinget, om hvordan vi skal gå videre i denne viktige saken.

Presidenten: Dei talarane som heretter får ordet, har ei taletid på inntil 3 minutt.

Jorodd Asphjell (A) [17:42:16]: Vi har hørt en del kraftfulle slag i løse luften her i forbindelse med rehabiliteringsdebatten. Når enkelte representanter sier at regjeringenspartiene gjør bruk av maktarroganse ved å stemme ned forslag i komiteen, vil jeg minne om at regjeringenspartiene er i mindretall i helse- og omsorgskomiteen. Så her er det for de borgerlige partiene fullt mulig, hvis de er til stede, å stemme for forslagene og få dem vedtatt slik de ønsker.

Når det gjelder høringsbiten, hadde vi en høring knyttet til budsjettet for 2007. Vi hadde en høring om rehabilitering i forbindelse med Omsorgsplan 2015, og vi hadde også en høring knyttet til budsjettet for 2008 i forbindelse med opptrappingsplanen for 2008–2011. Så alle de organisasjonene som er knyttet til rehabiliteringsfeltet, har hatt god mulighet til å være i dialog med oss både i komiteen og i Stortinget, og de har gitt klart uttrykk for hva de mener både muntlig og skriftlig. Det er jeg veldig glad for, og det er gode og konstruktive innspill som det er viktig å ha med seg i det videre arbeidet framover.

Jeg tror at en nasjonal strategi som skal strekke seg over fire år, vil gi status til et fagfelt som har manglet dette. Det vil gjøre at de får søkere til fagfeltet og får hevet kvaliteten på de tilbudene som allerede er etablert, og de som skal etableres. Det handler om de offentlige tilbudene, og det handler om de private tilbudene.

De regionale helseforetakene yter rehabiliteringstjenester både poliklinisk og ambulant, som dag- og døgnopphold på de kliniske avdelingene og i egne rehabiliteringsavdelinger samt i spesialsykehus for rehabilitering. På bakgrunn av registrerte DRG-tall i 2006 anslås utgifterne knyttet til rehabilitering i sykehus til om lag 1,5 milliarder kr. I tillegg kommer rehabilitering på poliklinikkene, som er anslått til rundt 0,5 milliarder kr. Det viser at det brukes mange kroner på rehabiliteringsfeltet også i helseforetakene. I tillegg brukes det til kjøp av rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i 2007 1,14 milliarder kr. Det økes også i 2008.

Jeg vil gjenta: Det er ikke bare kvantiteten, men også kvaliteten på tilbudet som er viktig. Alle brukerorganisasjoner, på tvers av fagområder, sier også at det er viktig å satse på kvalitet og å heve statusen innenfor feltet. Bare på den måten kan vi nå nye mål, få et bedre behandlingstilbud og større oppslutning på dette området.

Sonja Irene Sjøli (H) [17:45:18]: Når statsråden sier – og sikkert mener – at Høyre og jeg svartmaler situasjonen innenfor rehabiliteringsområdet, blir det feil. Det Høyre gjør, er bare å målbære den virkeligheten som fagmiljøene, pasientene og pasientorganisasjonene opplever, og det gjelder innenfor både habilitering, rehabilitering og rusomsorgen. Det er en virkelighet hvor de både gjennom underskriftskampanjer, gjennom demonstrasjoner og gjennom henvendelser både til Regjeringen og til komiteen målbærer veldig sterkt det de opplever som en mangelfull satsing fra Regjeringens side når det gjelder rehabilitering. De opplever at de har blitt lovt veldig mye, men at det ikke kom noe mer for 2008. Det er i realiteten ingen satsing på habilitering og rehabilitering i budsjettet for 2008.

Når statsråden, og for så vidt også representanten Asphjell, nærmest beskylder Høyre for svartmaling, er det i realiteten faktisk pasientene, fagmiljøene og pasientorganisasjonene de angriper, og det må være et tankekurs.

Laila Dávøy (KrF) [17:47:12]: Det er noe som er vanskelig med rehabiliteringsfeltet og dokumentasjon av tall, dokumentasjon av om man har en økning eller om man har en reduksjon i antallet rehabiliterte pasienter, antallet pasienter som får tilbud. En del organisasjoner sier til oss gang på gang at det er en nedgang både for deres institusjoner og i tilbudet til de pasientene de organiserer. Statsråden har svart mange ganger i Stortinget og kan også dokumentere at her har det blitt en økning. Da har jeg et resonnement som jeg ikke vet om blir riktig, men iallfall sa jeg litt om dette i mitt første innlegg under behandlingen av budsjettet.

I Sosial- og helsedirektoratets rapport om innsatsstyrt finansiering for 2006, står det:

«På bakgrunn av en sterk økning i dagbehandling for rehabilitering har vi bedt Avregningsutvalget om å foreta en vurdering».

Så sier de:

«Dessverre ser vi at mange sykehus og institusjoner ikke har oppfylt de krav som regelverket setter for refusjonsutbetaling».

Så kommer det:

«Tjenester som skulle vært finansiert gjennom poliklinisk takst, som er lavere enn ISF-refusjon, er feilaktig kommet inn i utbetalingsgrunnlaget som dagbehandling».

Jeg leser da dagbehandling for rehabilitering, for det går fram av det avsnittet. Det dreier seg totalt om ca. 88 mill. kr i feilkorrigerer i 2006.

Mitt spørsmål til statsråden er egentlig: Kan det tenkes at det ligger noe her som gjør at vi har så forskjellige tall å operere med? Er det mulig for departementet å gå litt mer inn i det og se? Som politiker i Stortinget synes jeg det er ganske vanskelig gang på gang å måtte høre fra organisasjoner at her er det en nedgang, og gang på gang høre på Regjeringen, som sier at det er en oppgang. Jeg skjønner det ikke, rett og slett.

Inge Lønning (H) [17:49:35]: Vi lever i en tidsalder hvor hukommelsen er faretruende kort. Det kan se ut som om det også gjelder i helse- og omsorgskomiteen. I fjor skrev en enstemmig komite i budsjettinnstillingen at rehabilitering «må bli det neste store satsingsområdet» innenfor norsk helsepolitikk. Når man sier det, går jeg ut fra at man mener noe med det, og i hvert fall går jeg ut fra at man mener at situasjonen ikke er tilfredsstillende, for ellers har det ingen mening å snakke om «det neste store satsingsområdet».

I dagens debatt kan det virke som om særlig saksordføreren har gjort det til en hjertesak å fremstille det som om situasjonen er nær fullkommen på dette området, og at det egentlig ikke er bruk for noen opptrapping av innsatsen i det hele tatt. Talspersoner for regjeringenspartiene går meget langt i retning av å avvise enhver påpekning av kapasitetsmangel på dette området ved å si at det er svartmaling. Det er forbausende at virkeligheten kan endre seg så hurtig i løpet av ett kalenderår, for man kan vel ikke for ramme alvor mene at det fra vi avgav budsjettinnstillingen i fjor til debatten i dag har skjedd en dramatisk endring til det bedre innenfor rehabiliteringsfeltet. Det står rett og slett ikke til troende. Man tvinges jo til å se i øynene at hvis man fører en politikk der man trapper ned bruken av de etablerte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene av ideologiske grunner, dekkes ikke den differansen opp ved en tilsvarende økning innenfor det offentlige, simpelthen fordi prisen for den samme innsatsen i det offentlige som regel er tre eller fire ganger høyere. Da blir jo regnestykket relativt enkelt når det gjelder den totale kapasitet, hva man får igjen for pengene. Det kjedelige er at dette ideologiske felttoget salderes på brukernes bekostning.

Statsråd Sylvia Brustad [17:52:15]: Det kan høres ut som Høyre, og særlig representanten Lønning, trur at et utsagn blir mer sant om det gjentas veldig mange ganger. Nå har jeg hørt, ikke bare i debatten i dag, men i utrolig

mange andre debatter og i det offentlige rom, at Høyre har påstått at vi har et ideologisk felttog mot private opptreningsinstitusjoner. Svaret på det er et klart nei!

Vi bruker private opptreningsinstitusjoner i stort monn, og det bør vi gjøre, for de har veldig mye bra rehabiliteringstilbud å stille opp med. Ikke minst er det for ordninga «Raskere tilbake», hvor det er tilleggspenger til rehabilitering, for i år inngått avtaler med 18 institusjoner til en verdi av 73 mill. kr.

Jeg tar på største alvor at vi ikke er i mål når det gjelder rehabilitering. Jeg tar på største alvor at det er mye ugjort. Derfor er den planen som Regjeringa nå har foreslått, og som ligger i budsjettet, en start på en vei videre, hvor målet er å komme høyere også med bevilgninger.

Det går ikke an å snakke om rehabilitering og ikke ta med seg historiens største satsing på sjukehus for neste år. Det går heller ikke an å snakke om rehabilitering uten å ta med et fortsatt kjempeløft i kommuneøkonomien. Det er også slik, og jeg skjønner at Høyre ikke liker å høre det, at det har vært en økning på 14 pst. til kjøp hos private fra vi overtok i 2005 til 2007. De øremerkede tilskuddene til de regionale helseforetakene har også gått opp med 3,8 pst. fra 2006 til 2007.

I tillegg har vi en egen bevilgning til RHF-ene som vi måtte ha inn for å redde en del institusjoner som var ute å kjøre da vi overtok. Men viktigere enn det er det å se framover. Jeg håper kanskje det engasjementet som er også i denne salen på dette feltet, og som jeg tar alvorlig, kan brukes for å få til at flere faktisk får et tilbud om rehabilitering i tida framover.

Mesteparten av rehabiliteringa i dag foregår i våre sjukehus. Det har hatt en kraftig økning. Mye vil måtte foregå i kommunene i framtida, der folk bor. Så skal vi sjølsagt bruke de private opptreningsinstitusjonene, de som er av god kvalitet, også i tida framover.

Jeg går ut fra at ingen mener at vi skal ha opplegg som gjør at folk er på rehabilitering i kanskje 14 dager til tre uker og spiser god mat og har det sosialt bra, men er like dårlige når de kommer ut. Poenget må være, i tillegg til det, at de også kan bli rehabilitert og få hjelp til å komme tilbake til et liv med en bedre livskvalitet, med varig virkning, og at det ikke er slik som mange har opplevd etter å ha vært på rehabiliteringsinstitusjoner, at de egentlig ikke har blitt noe bedre etter å ha vært der i flere uker. Vi må ha gode tjenester av god kvalitet – både private og offentlige!

Inge Lønning (H) [17:55:40]: Det er ikke noen spesialøvelse for Høyre å lese Soria Moria-erklæringen. Det går jeg ut fra andre også har gjort. Det er heller ikke noen spesialøvelse for Høyre å lese statsrådets instruksjonsbrev til de regionale helseforetakene. I Soria Moria-erklæringen står det at det er Regjeringens bevisste politikk å bygge ned bruken av private tilbydere innenfor helsesektoren. I statsrådets instruksjonsbrev har det også vært pålagt helseforetakene å gjøre det samme. Dette er en generell, overordnet politikk, og jeg trodde faktisk at den var ideologisk begrunnet. Det er vanskelig å se noen annen type begrunnelse.

Representanten Per Olaf Lundteigen, som så vidt jeg vet, er innvalgt for et av regjeringspartiene, bad i en debatt her i salen tidligere i år Regjeringen om å legge av seg de ideologiske brillene når det gjelder politikken nettopp overfor de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, som han, i sitt tilfelle, hadde kjennskap til fra sitt eget hjemfylke.

Det har vært en nedgang i antall behandlingsdøgn innenfor disse institusjonene på 17 pst. Det er vel dokumentert, og det betyr at det er 17 pst. færre pasienter som har fått den typen tilbud. Det skyldes formodentlig ikke at behovet er blitt 17 pst. mindre, eller at antallet som venter på den typen behandling, er blitt lavere enn det var. Det skyldes rett og slett kapasitetsmangel.

Da synes jeg det blir litt forbløffende når man med nebb og klør argumenterer imot et såpass enkelt forslag som det vi har fremsatt, og som ligger til behandling, der man ber Regjeringen utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Nei, sier regjeringspartiene, vi ønsker ingen opptrappingsplan, det er nok med den strategien som er lagt inn i budsjettet, og som i realiteten ikke betyr noe annet enn kompensasjon for lønns- og prisvekst. Det vil si at det representerer overhodet ingen vekst eller noen forsterket innsats innenfor området rehabilitering. Da må jeg ha lov til å gjenta spørsmålet: Hvorfor var man i fjor med på å skrive inn i komiteinnstillingen at rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i norsk helsepolitikk? Hvor lenge skal vi vente på at man er villig til å være med på å realisere det satsingsområdet?

Statsråd Sylvia Brustad [17:58:50]: Jeg vil påstå at vi som tilhører regjeringspartiene, nok kjenner til innholdet i Soria Moria-erklæringa litt bedre enn det Lønning nå forsøker å gi inntrykk av. Når det gjelder private kommersielle sjukehus, har signalene vært at vi først og fremst skulle utnytte kapasiteten i de offentlige sjukehusene. Det har medført at aktiviteten i de offentlige sjukehusene har økt noe mer enn det som har vært reduksjonen i de private kommersielle sjukehusene.

Så har vi nettopp i dag også hatt debatter om de private ideelle sjukehusene, som f.eks. Haraldsplass eller Lovisenberg, som denne regjeringa mener også er veldig viktige, og som er en del av vårt helsevesen som vi vil slå ring om.

Når det gjelder rehabiliteringsfeltet, har denne regjeringa aldri sagt at vi ikke vil benytte private rehabiliteringsinstitusjoner. De gjør en stor jobb på rehabiliteringsfeltet, og det skal vi bidra til at de får lov til å gjøre også i tida framover.

Når representanten Lønning her raljerer med tall, er det, så vidt jeg kan skjønne, ikke tatt med økningen i bruken av private institusjoner, f.eks. når det gjelder ordninga «Raskere tilbake». Det er heller ikke tatt med den økningen i rehabiliteringsplasser som nå skjer både i sjukehus og i kommuner.

Jeg er opptatt av at vi får til et opplegg for framtida som gjør at vi greier å øke enda mer både i sjukehus og i kommuner, og også i de private rehabiliteringsinstitusjonene som er av god kvalitet.

Harald T. Nesvik (FrP) [18:00:53]: (komiteens leder): Av og til stiller jeg meg spørsmålet, som jeg også gjorde i forrige sak: Hvorfor er virkelighetsforståelsen i denne sal så annerledes enn hva den faktisk er utenfor denne steinbygningen? Hvorfor er det slik at man får rapporter nettopp om at køene er formidable innenfor rehabilitering, og at mange ikke får tjenesten? Ja, sågar LHLs institusjon for rehabilitering på Røros kjører nærmest for halv maskin.

Man har også fått beskjed fra Helse Midt-Norge om at hjertepasienter ikke lenger skal være fire uker på rehabilitering, men tre uker på rehabilitering – for å spare penger.

Jeg skal få lov til å henlede oppmerksomheten på en situasjon omtalt av NRK i dag. Det tidligere Kysthospitalet i Stavern, som nå er en del av Rikshospitalet, har fått beskjed om å kutte neste års budsjett med ca. 35 mill. kr. Spesialsykehuset har en årlig omsetning på rundt 200 mill. kr med avdelingene i Stavern, på Nordagutu i Telemark og ved tidligere Kongsgård sykehus i Kristiansand. Et kutt på over 35 mill. kr vil skape det rene jordskjelvet innenfor rehabiliteringsfeltet, som på nasjonalt plan er utpekt som satsingsområde. Da stiller jeg meg spørsmålet: Satser vi på rehabilitering? Hvorfor er vi så redde for å få på plass en opptrappingsplan, når man bl.a. i Soria Moria-erklæringa skriver «rehabilitering til alle som trenger det»? Hvis man virkelig mente det som står i den fortellingen, slik at man om noen år kan si at man faktisk har oppfylt deler av dette, at det nettopp ikke er bare en eventyrfortelling, men at det kommer realiteter ut av det, bør man i hvert fall kunne støtte forslaget om en opptrappingsplan innenfor et felt som man selv sier at man vil satse på.

Alle partier i denne salen har sagt og skrevet at rehabilitering skal være det neste store satsingsområdet i Norge. Ja, vi har sågar nettopp mottatt 225 000 underskrifter, der man nettopp krever dette. Man krever rehabilitering. Og da blir det jo merkverdig at det som kommer fram i debatten i dag, er redselen for å kunne stemme for et forslag som man faktisk burde være for, hvis man ser på sin egen regjeringserklæring.

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

Jan Böhler (A) [18:04:05]: Jeg vil bare tillate meg en liten kommentar til det med å holde tråden fra en debatt til den neste. Representanten Lønning advarte sterkt mot en «kortslutning» i sitt innlegg under budsjettdebatten – en kortslutning som går ut på å konkurrere om å putte inn mest mulig penger, mest mulig ressurser, i stedet for å være opptatt av hvordan vi når målene, hva som gir målbarbare resultater for brukerne.

Når statsråden og også saksordføreren her dokumenterer at det nå er satt i gang en prosess innenfor hele helsevesenet, og at vi må få med hele det offentlige helsevesenet – sykehusene, kommunehelsetjenestene osv. og institusjonene – og frivillige, private institusjoner som vi samarbeider med, på et løft for rehabilitering, når man forteller om økningen i ressursbruken ved sykehusene,

når man, som representanten Skjælaaen gjorde, forteller om økningen i antallet lærings- og mestringssentre rundt ved helseforetakene, når man forteller om en økning på 4,8 pst. av heldøgns sykehjems plasser som brukes til rehabilitering, når man forteller om en styrket kommuneøkonomi og hvordan det vil gi en økt rehabilitering, forhåpentligvis på bred front etter hvert, når man forteller om hvordan pengene til «Raskere tilbake» brukes til å inngå nye avtaler og få flere inn i rehabiliteringsopplegg, så må vi kunne se at det å få til et løft for rehabilitering er en så bred innsats som hele helsevesenet skal være med på, at det ikke bare dreier seg om øremerking av det ene eller det andre beløpet.

Og da mener jeg at ett viktig punkt er det vi var inne på i den forrige debatten, for å knytte tråden tilbake til den, nemlig finansieringssystemet. Det er faresignaler i det som det vises til når det gjelder Stavern. Jeg har selv hørt det når det gjelder finansiering av rehabilitering ved Aker universitetssykehus, hvor man legger opp til et sammenhengende behandlingsforløp fra inngrep til det å få til spesialisert rehabilitering ved sykehuset, og jeg har hørt liknende historier fra flere deler av Helse-Norge: Man mener rehabilitering er for svakt finansiert innenfor DRG-systemet. Det må vi se på for å få på plass, og for å få til det løftet som hele komiteen etterlyser. Men jeg vil advare mot å gjøre det til bare en konkurranse om enkelte bevilgningsbeløp som tross alt er mindre i denne sammenhengen. Det dreier seg om hvordan vi kan øke innsatsen for rehabilitering i det samlede helsevesenet i Norge – og da snakker vi om andre beløp enn mindre øremerkede poster.

Statsråd Sylvia Brustad [18:06:46]: Jeg tenkte, på bakgrunn av representanten Nesviks innlegg, jeg kunne gi noen kommentarer.

For det første: Når det gjelder LHLs utmerkede tilbud på Røros, er det nå slik at det nylig, meg bekjent, er underskrevet en avtale mellom LHL, Kreftforeningen og Helse Midt-Norge om å utnytte den institusjonen bedre, slik at den vil bli mer fylt opp i løpet av ganske kort tid.

Når det så gjelder Kysthospitalet, er det noe jeg er blitt kjent med i dag. I disse dager er det mange forslag som verserer i lufta som ikke er politisk behandlet, eller på noen annen måte behandlet i styrer, verken her eller der. Så det er viktig å understreke at det forslaget, i likhet med en del andre forslag som om dagen verserer, jo ikke er forslag som er vedtatt.

Til slutt vil jeg bare presisere at det investeringstilskuddet som jeg regner med at Stortinget kommer til å slutte seg til, og som skal brukes for å få til flere plasser, bl.a. ved sjukehjem, omsorgsboliger osv., også er tenkt å brukes til korttidsplasser ved sjukehjem, som det er et stort behov for. Noen av dem vil det jo helt klart være behov for å bruke nettopp til rehabilitering. Så det vil også være et ytterligere bidrag for å gjøre denne situasjonen bedre.

Presidenten: Inge Lønning har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, på inntil 1 minutt.

Inge Lønning (H) [18:08:23]: Jeg har behov for en kort kommentar til representanten Bøhler, for det virket som om han tror at vi debatterer et helt annet forslag enn det vi debatterer.

Vi debatterer ikke et forslag om å øke budsjettposter det ene eller annet sted, vi debatterer et forslag om å be Regjeringen utarbeide en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Det er til og med presisert i forslaget at man spesielt skal være opptatt av å stimulere helhetlige tilbud i samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, altså nøyaktig i tråd med det representanten Bøhler selv beskrev som nødvendig og ønskelig. Hvorfor stemmer man da imot? Hvorfor ønsker man ikke at Regjeringen skal utarbeide en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet? Det fremstår etter denne debatten for meg som en gåte.

Jan Bøhler (A) [18:09:46]: Jeg må jo påpeke, til det representanten Lønning sa, at jeg synes svært mange av innleggene her i dag, i denne debatten, har handlet om at alle er for et løft for rehabilitering, men man påpeker den og den situasjonen på det og det punktet hvor man ønsker mer penger, mer ressurser inn. Jeg mener at den helhetlige innfallsvinkelen som Lønning nå presiserte, er den riktige. Jeg mener den ligger i den starten på opptrappingen som strategien Regjeringen har lagt fram knyttet til statsbudsjettet, innebærer, og det er der vi må jobbe videre.

Vi stemmer ikke for forslaget om en egen opptrappingsplan nå, fordi Regjeringen allerede har lagt fram en sårn plan sammen med statsbudsjettet som vi kommenterer i innstillingen, og som vi vil arbeide videre ut fra.

Vi tar utgangspunkt i det arbeidet Regjeringen til nå har gjort, og vil gå videre med det. Jeg håper vi da vil kunne trekke i samme retning, slik som komiteen og Stortinget har ønsket på dette området.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3. (Votering, se side 1239)

S a k n r . 4

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Anders Anundsen, Jan-Henrik Fredriksen og Vigdis Giltun om å fastsette krav til responstid for ambulansetjenesten i hele landet (Innst. S. nr. 51 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:81 (2006-2007))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver gruppe og 5 minutter til statsråden.

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.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [18:11:51] (ordfører for saken): I Innst. S. nr. 51 for 2007-2008 ønsker representanter fra Fremskrittspartiet å fastsette krav til responstid for ambulansetjenesten i hele landet.

Saken ble nok aktualisert etter et par uheldige hendelser i Svelvik i Vestfold.

Denne saken ble inngående drøftet i St.meld. nr. 43 for 1999-2000, Om akuttmedisinsk beredskap, der konklusjonen var at det å fastsette et slikt krav ikke er lett i vårt vidstrakte og geografisk ulike land. Samtidig erkjennes det at responstiden varierer betydelig fra sted til sted, og komiteen er, som komiteen den gang var, opptatt av at de veiledende responstidene som den gang ble foreslått, overholdes. I akuttoppdrag skal 90 pst. av befolkningen nås innen 12 minutter i byer og tettsteder og 25 minutter i grisevredte strøk. Tilsvarende for hasteoppdrag er 30 minutter og 40 minutter.

Da St.meld. nr. 43 ble behandlet, ble det spesielt bedt om at dette skulle følges opp. Komiteen er opptatt av at det skal gjøres, men at dette skal ses i en større sammenheng, og derfor ber den Regjeringen ta en gjennomgang av ambulansetjenestens innhold og rekruttering.

Et flertall, de rød-grønne, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at responstiden bør være en del av den utredningen som skal gjøres. Kristelig Folkeparti ønsker å forsterke dette og vil ha en reell vurdering av krav om responstid, mens et flertall, de rød-grønne, Høyre og Venstre, mener at det å fastsette nasjonale standarder ikke vil være hensiktsmessig. De vil ha en tett oppfølging av tjenesten, og kravene i forskriften må følges opp. Forslagsstillerne fra Fremskrittspartiet ønsker at det innføres krav til responstid, og de fremmer forslag om dette som jeg regner med de vil ta opp.

Den andre delen av denne saken dreier seg om luftambulansen og dens mulighet for å lande ved sykehusene våre. Luftambulansen er en viktig del av ambulansetjenesten, og er spesielt viktig der avstandene er store. Den er også et viktig bidrag til kort responstid og en rask måte å få forflyttet pasienter på, både i grisevredte strøk og når det er ulykker som krever en annen type behandling enn det nærmeste sykehus kan gi.

Det viser seg imidlertid at utfordringen kan være landingsplasser ved de enkelte sykehusene. De sivile ambulansflyene kan stort sett lande på sykehustak, men der redningshelikopteret, som er del av 330-skvadronen, tas i bruk, kan det oppstå vanskeligheter. Vi hører også om konflikter for nærmiljøet, og at pasienter må transporteres til nærmeste flyplass og på den måten flyttes flere ganger, noe som kan skape forsinkelser og unødvendige plager.

En enstemmig komite er opptatt av at man bør se nærmere på dette og kartlegge hvordan det er rundt om i landet, og den ber derfor Regjeringen sikre gode landingsmuligheter ved landets sykehus.

Harald T. Nesvik (FrP) [18:15:20]: (komiteens leder): Innledningsvis vil jeg få lov til å ta opp Fremskrittspartiets forslag i innstillingen. Dette er et forslag som ikke skal stilles opp mot den innstillingen som foreligger, for vi støtter også innstillingen. Det er to forskjellige forslag. Så er det gjort.

Ambulansetjenesten er på mange måter selve livsnerven i vaktberedskapen. Norge er et svært vidstrakt land. Vi har store avstander. Det medfører også at man har store avstander mellom sykehusene, selv om vi enkelte ganger når vi debatterer, skulle tro at sykehusene ligger på hvert nes i Norge. Det gjør de faktisk ikke. Det er viktig at ambulans knyttet til bil også må ses i sammenheng med luftambulans og bruk av helikopter og fly i transportoppdrag eller i akuttoppdrag.

Det er imidlertid slik at rapporter viser at det til dels er store forskjeller i responstid mellom distriktene. Riksrevisjonen legger i sitt Dokument nr. 3:9 for 2005-2006 bl.a. til grunn «at det fortsatt er et potensial for å redusere responstiden i enkelte distrikter».

Dette bør vi legge merke til, for når Riksrevisjonen kommer med denne type kommentarer, gjør de ikke det ut fra hvorvidt det er veldig små endringer og små forskjeller, men faktisk fordi det er noe man bør følge opp.

Fremskrittspartiet har i sitt Dokument nr. 8:81 for 2006-2007 prøvd å fokusere på viktigheten av å få ned responstiden, slik at den enkelte pasient er sikret, og ikke bare er sikret, men også, når ulykken er ute eller behovet er der, føler sikkerhet for at man innen rimelig kort tid får den hjelpen man skal ha, og at ambulansen kommer på døra eller til ulykkesstedet. I forbindelse med akuttmeldingen, St.meld. nr. 43 for 1999-2000, skriver man litt om responstider, men det er veiledende, dvs. at de enkelte helseforetakene ikke er nødt til å følge dette, for det er lagt opp som en veiledende norm. Derfor ønsker Fremskrittspartiet at det nå skal utarbeides skikkelige tider. Vi ber Regjeringen fastsette krav om responstid for ambulansetjenesten i hele landet. Vi gjentar gang etter gang etter gang at vi skal ta hele landet i bruk. Det skal ikke være forskjell på hvor du bor om du får helsetjenester når du har behov for det. Ambulansetjenesten blir i så henseende ekstremt viktig. Derfor ser jeg faktisk fram til det arbeidet som departementet skal gjøre i forbindelse med denne gjennomgangen.

Fremskrittspartiet ønsker å gå litt raskere fram enn det Regjeringen gjør. Statsråden skjønner sikkert at vi er litt utålmodige på dette feltet. Jeg håper derfor at man får fortgang i arbeidet, av hensyn til pasientene. Man skal kunne føle den tryggheten som det er behov for når sykdom og skade inntreffer.

Noe jeg synes er svært gledelig i denne innstillingen, er at en enstemmig komite nå slutter seg til at man skal se på landingsplasssituasjonen for helikoptre. Det er nærmest en skam at vi har relativt store sykehus i dette landet som ikke er i stand til å ta imot luftambulansen når den kommer på oppdrag, uten at man må flytte pasienten over fra helikopter til ambulans, for så å bli kjørt til et akuttmottak. Innenfor denne tjenesten er det noe som heter at tid er svært viktig. Tid redder liv. Da må vi ha dette på plass. Jeg kan nevne store sykehus som Haukeland Universitetssykehus og Sykehuset Østfold i Fredrikstad. I verdens rikeste land må man kunne klare å ordne det slik at i hvert fall luftambulansen får tilgang til sykehusene, og sørge for at pasientene kommer dit de skal så raskt som mulig. Det er nok å tenke seg en hjertepasient, en slagpasient: Jo raske-

re man kommer til behandling, jo større sannsynlighet er det for at man kommer seg, og blir raskere frisk.

Jeg ser fram til det arbeidet departementet skal gjøre. Vi vil svært gjerne bli holdt oppdatert om hvordan man skrider fram her. I dette landet har vi råd til å sikre raskere responstider, uavhengig av bostedsadresse.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har tatt opp det forslaget han refererte til.

Sonja Irene Sjøli (H) [18:20:46]: Saksordføreren har på en god måte redegjort for saken og for flertallets standpunkt, så jeg skal ikke bruke lang tid på denne saken.

Høyre er enig med forslagsstillerne i at dette er svært viktig for at den enkelte innbygger skal oppleve trygghet for liv og helse, særlig fordi det ofte står om minutter når liv skal reddes. Tidligere har det jo også til dels vært store forskjeller i bemanning, kompetanse og beredskap i den akuttmedisinske tjenesten. Denne saken ble jo behandlet i Stortinget i 2001, som bl.a. komitelederen var inne på. Jeg hadde gleden av å være ordfører for den saken. Det var Stoltenberg I-regjeringen som la fram den saken. Jeg mener at Stortinget også gjorde et betydelig arbeid for å bedre forholdene når det gjelder akuttberedskapen.

I 2005 fastsatte Samarbeidsregjeringen en ny forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som omfatter legevaktordningen. Den omfatter også den medisinske nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten. I forskriften ble det bl.a. stilt konkrete krav til bedre koordinering, til økt kompetanse og til tiltak for å øke tilgjengeligheten ved utrykning. Hensikten var nettopp å øke kvaliteten på og tilgjengeligheten til tjenestene. Som en følge av forskriften er kravene nå at ambulansene skal være tomannsbetjent, at det skal stilles særlige kompetansekrav til personellet, at ambulansen som hovedregel skal være bemannet med tilstedevakt, og at ambulanspersonell i vakt skal oppholde seg i umiddelbar nærhet av ambulansen. I tillegg skal de regionale helseforetakene og kommunene sørge for nødvendig samarbeid i den akuttmedisinske kjeden og for at tjenestene er samordnet med øvrige nødetater og andre myndigheter.

Når Høyre ikke finner å kunne støtte forslaget, er det ikke fordi vi er uenig i at det er viktig med en kort responstid. På bakgrunn av store geografiske forskjeller og hvordan tjenestene fungerer både lokalt og regionalt, tror vi imidlertid ikke at det vil være hensiktsmessig å fastsette nasjonale standarder for responstid. Men Høyre er opp-tatt av at kravene i forskriften må innfris, at det er en tett oppfølging av tjenestene, og at de utvikles og fungerer i tråd med intensjonen i forskriftene.

For øvrig støtter Høyre både merknader og forslag når det gjelder å be Regjeringen vurdere hvordan en skal sikre luftambulansen gode landingsmuligheter i hele landet. Vi ser helt klart at det er et behov for å styrke akkurat den tjenesten.

Laila Dāvøy (KrF) [18:23:59]: Alle innbyggere må få et likeverdig tilbud av helsetjenester. Kvalitet, trygghet, tilgjengelighet og omsorg skal utgjøre kjerneverdiene i

helsetjenestene. Alle må få samme tilgang, uavhengig av hvor man bor. Lav responstid for ambulansetjenesten er derfor svært viktig for den enkelte innbyggers opplevelse av trygghet for liv og helse. Norge har tilbud der luftambulansen inngår i akuttoppdrag og hasteoppdrag, noe som bidrar til å bedre responstiden der avstandene er store.

Kristelig Folkeparti er glad for at komiteen ber Regjeringen om å foreta en gjennomgang av ambulansetjenestens innhold og rekruttering. Samtidig vil vi understreke at responstiden bør være en naturlig del av en slik utredning. Det har tidligere vært påpekt fra et flertall i komiteen at det er behov for en nærmere utredning av konsekvenser knyttet til gjennomføringen av responstider. Jeg viser her til Innst. S. nr. 300 for 2000-2001.

Det må derfor etter min mening bli en reell vurdering av det å fastsette krav til responstid for ambulansetjenesten i den forestående utredningen, ikke minst sett i lys av utviklingen de senere årene og en del klager som er kommet inn.

Jeg har med noe undring registrert at Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre er med på at responstiden kan være en del av utredningen, samtidig som de fastslår at det ikke vil være hensiktsmessig å fastsette nasjonale standarder for responstid.

Etskrt eksempel fra mitt eget fylke er Samnanger kommune, som har fått økt responstid, fra 18 til 30 minutter, etter en omlegging av ambulansetjenesten. I denne kommunen har kommunelege og politikere vært helt klare på behovet for å opprettholde ambulansetilbudet, mens Helse Vest på sin side har tatt beslutning om det motsatte. Kommunen opplever seg overkjørt, de viser til mangel på samarbeid og samhandling. En klage til Helse- og omsorgsdepartementet førte heller ikke fram. Men de fikk et møte med en av statssekretærene, og det var de svært glade for. Statsrådets svar på mitt skriftlige spørsmål om Samnanger kommune har stort sett de samme begrunnelsene som Helse Vest har hatt – altså en ensidig mening om dette fra helseforetakets side.

Etter Kristelig Folkepartis mening er responstiden en vesentlig del av kvaliteten i ambulansetjenesten. Helse Bergen har i svar til Samnanger kommune ikke vektlagt responstid som en del av kvaliteten til kommunen. De viser til at det ikke finnes noen absolutte krav om responstid. Samnanger er i tillegg oppfordret av Helse Bergen til å opprette det man kaller en «First responder»-ordning, for å kompensere for responstidsøkningen. Men i dette tilfellet vil man ikke få dekket utgifter til dette, slik jeg har forstått det.

Dette var bare ett eksempel, det finnes flere. Derfor vil jeg innstendig be om at statsråden i sin forestående utredning går inn i problematikken rundt responstid, utreder konsekvenser og vurderer seriøst om det bør fastsettes responstid for ambulansetjenesten.

Til sist: Vi støtter også det som dreier seg om luftambulanse og muligheter for å få landingsplasser.

Statsråd Sylvia Brustad [18:27:50]: Ambulansetjenesten har, som flere talere allerede har vært inne på, en svært viktig rolle i den akuttmedisinske behandlingsskje-

den. At kvalifisert personell kommer raskt ut til den som har blitt akutt sjuk eller skadet, er ofte avgjørende for å redde liv, og svært viktig for den videre behandlinga og for hvordan sjukdommen utvikler seg.

I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus er det satt krav om at ambulanser skal være tomannsbetjente, og det er stilt krav til kvalifikasjoner og til vaktordninger.

Som representantene påpeker, har det i tidligere utredninger og stortingsmeldinger vært drøftet hvorvidt det skal fastsettes krav til responstid for ambulansetjenesten. Dette ble spesielt tydelig i St.meld. nr. 43 for 1999-2000, Om akuttmedisinsk beredskap. I den meldinga ble det anbefalt at konkrete responstider skulle være veiledende i planlegginga av tjenestetilbudet.

Ifølge Riksrevisjonens utkast til rapport i brev av 31. mars 2006 er det gjennomført en forvaltningsrevisjon av bl.a. ambulansetjenesten, basert på data for 2004. Rapporten peker på at det er visse forskjeller i responstid mellom helseregionene. Det forklares i all hovedsak med ulikheter i geografi og bosetting. Rapporten antyder at sjøl om gjennomsnittet på responstida for akuttutrykninger er 12 minutter, er det allikevel variasjoner i og på tvers av regionene. Det taler sjølsagt for at responstida kan bli enda bedre.

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for ambulansetjenesten, mens det som kjent er de enkelte helseforetak som har ansvar for daglig drift, enten som en del av sin egen virksomhet eller ved kjøp av tjenester fra private aktører. Kravene til faglig kvalitet er de samme, uavhengig av hvem som er driftsoperatør.

De regionale helseforetakene arbeider med å gjøre denne tjenesten bedre. Dette er i samsvar med forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus. For eksempel har både Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF gjennomført en omfattende kartlegging og analyse av sine tjenestetilbud med tanke på å bedre kvaliteten, responstida og beredskapen. Flere tiltak er iverksatt eller skal iverksettes, som f.eks. kompetansehevende tiltak, økt bruk av tilstedevakt, endring av ambulansenes plassering og bedre koordinering og sambruk av ambulanser der det er mulig. Kompetansekravene i forskriften skal være oppfylt innen 2010, og helseforetakene arbeider sjølsagt målrettet mot dette. Sosial- og helsedirektoratet arbeider også med overordna tiltak som skal bedre kvaliteten i tjenesten. Blant annet arbeides det med videreutdanning, ansvarsfordeling på skadestedet og bruk av frivillige for å sikre en best mulig tjeneste til brukerne.

Jeg har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å skaffe data som skal brukes som grunnlag for videreutvikling og oppfølging av ambulansetjenesten i Norge. Det er i tråd med Riksrevisjonens rapport.

Jeg er i utgangspunktet enig med representantene i at fastsatte krav til responstid vil kunne bedre brukernes tilgjengelighet til tjenesten. Men enda kortere responstid betyr også at vi må ha flere ambulanser og sannsynligvis også flere ambulansestasjoner. Det å opprette flere ambulanser og ambulansestasjoner for å sikre bedre tilgjengelighet og kortere responstid vil kunne gå ut over kvaliteten

i tjenesten, særlig på små steder. Ambulansepersonalet får sin formelle kompetanse gjennom grunnutdanning, og de utvikler kompetansen gjennom erfaring og trening. Med flere ambulanser og ambulansestasjoner vil det kunne bli færre ambulanseoppdrag pr. enhet, og personalet vil da få mindre mulighet til å skaffe seg nødvendig erfaring for å redde liv når det virkelig gjelder.

Antall oppdrag pr. ambulanse varierer. Det henger i stor grad sammen med geografi, demografi og bosettingsmønstre. I Helse Nord er det eksempler på ambulanser som dekker store geografiske områder med dårlige veier, men som bare har noen få utrykninger i uka. Siden de ansatte jobber i skift, vil få utrykninger bety at den enkelte ansatte får mindre erfaring i tjenesten. I disse områdene er sjølsagt luftambulansetjenesten, hvor legebemannet helikopter kan rykke ut til pasienten, en viktig ressurs.

Utfordringen for bilambulansetjenesten i distriktene er å finne balansen mellom hensynet til tilgjengelighet og hensynet til kvalitet i tjenestetilbudet. Skal det fastsettes responstid, slik det er foreslått, vil det også kunne påvirke det faglige innholdet i negativ retning. Det vil særlig gjelde områder med spredt bebyggelse, der kortere responstid vil kreve flere ambulanser, færre oppdrag pr. ambulanse og dermed en risiko for at ambulanspersonalet ikke får tilstrekkelig trening til å løse de kritiske oppdragene på en forsvarlig måte.

Til slutt spørsmålet om landingsplasser: Jeg har merket meg hva komiteen sier om det. Det er et arbeid i gang nå knyttet til å anskaffe flere redningshelikoptre. Arbeidet ledes av Justisdepartementet. Der er det også satt i gang en kartlegging av det som dreier seg om landingsforhold. Det vil være veldig viktig informasjon i forhold til å følge opp det komiteen har påpekt i sin merknad.

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

Anders Anundsen (FrP) [18:33:36]: Jeg kommer fra et fylke som er relativt lite geografisk, nemlig Vestfold, men det er stort på mange andre måter, og det har den siste tiden gjennomgått ganske store strukturendringer på sykehussiden.

Da fylkeskommunen eide sykehusene, ble det lagt ned flere akuttmottak i Vestfold fylke. Vi ble lovet at dette skulle kompenseres med en bedre tilbringertjeneste – altså at ambulansetjenesten skulle bli forsterket. Og det ble den. Det holdt i et drøyt år. Men fylkeskommunen, og senere staten, sparte altså ikke nok penger på å legge ned akuttmottakene, så da reduserte de ambulanseberedskapen.

Det samme ser dessverre ut til å skje nå. Det betyr i realiteten at man reduserer akuttilbudet først, og så tar man tilbringertjenesten etterpå. Det betyr igjen at det blir dårligere tilbud til store deler av befolkningen.

Saksordføreren sa i sitt innlegg at dette representantforslaget ble initiert etter noen uheldige episoder i Svelvik. I en av disse episodene døde en familiefar. Det er mer enn en uheldig episode. I Svelvik har de hatt egen ambulanse fra 1940-tallet og frem til 2001. Nå tar det opptil 35

minutter før ambulansen er hos en far med hjerteinfarkt eller en mor med slag.

Det er lett å gjemme seg bak statistikk, for tall er lik som så kalde. Men det vi i realiteten snakker om, er ikke tall. Vi snakker om en mor, en far, en søster, en bror, besteforeldre, som er i livsnød. Det er flere konkrete tilfeller, f.eks. i Svelvik, etter 2001.

I Svelviksposten 19. januar i år kunne vi lese:

«Jens Christiansen har vært medlem av det lokale hjelpekorpsset i over 20 år, og kjørte ambulansen fra 1988 til 2001. Han mener tjenesten aldri har vært dårligere enn i dag.»

Det er en ganske tøff uttalelse fra en som formodentlig vet hva han snakker om.

På vegne av Fremskrittspartiet har jeg tatt opp denne situasjonen med statsråden, og statsråden – litt flåsete sagt – svarte at det er i grunnen ikke så farlig, for hvis du blir syk så lenge ferja går, før halv elleve om kvelden, så er utrykningstiden vesentlig kortere enn om natten, for da går ikke ferja, og da tar det dobbelt så lang tid.

Målet er budsjettbalanse, og jeg tillater meg å spørre: Hvordan er det egentlig vi regner ut denne budsjettbalansen? Hvordan regner vi verdien av en 35 år gammel yrkesaktiv familiefar som dør av hjertestans fordi han fikk akuttilbudet sitt for sent? For å spare noen kroner taper samfunnet som helhet, for ikke å snakke om tapet til dem som blir direkte berørt. Det er det denne saken egentlig handler om.

Jan-Henrik Fredriksen (FrP) [18:37:04]: Det er på høy tid å få på plass konkrete tiltak relatert til hvordan en skal få til en enda høyere kvalitet i ambulansetjenesten, bedre rekruttering av kvalifisert personell og en så kort responstid som mulig. Det blir her vist til en episode i Svelvik, og med dagens system vil denne typen episoder dessverre kunne skje hele tiden. Derfor er vi i Fremskrittspartiet utålmodige.

Allerede under behandlingen av St.meld. nr. 43 for 1999-2000 fremmet vi sammen med SV følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram en økonomi- og tidsplan for å gjøre Akuttutvalgets forslag til responstider gjeldende.»

Da kan det være på sin plass å vise til både hva Akuttutvalget sier, og også til Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten, der man påpeker en rekke svakheter og ulikheter mellom helseregionene, hvor det er store variasjoner med hensyn til responstid. Riksrevisjonen mener at effektiviteten i resten av sykehuset er avhengig av hvordan akuttmottaket fungerer som en helhet. Videre sier Riksrevisjonen at det er tvilsomt om departementet har fulgt opp Stortingets understrekning av hvor viktig det er å stille faglige krav til personellet, og at departementet må klargjøre hvordan forsvarlig tilsyn med pasientene sikres.

En av våre største utfordringer med sammensetningen av befolkningen i Norge – vi vet at vi har en meget spredt bosetting – er nettopp å kunne gi vår egen befolkning en størst mulig trygghet den dagen ulykken er ute. Derfor er det sett med mine øyne tragisk at Stortinget ikke allerede

i dag går inn og vedtar dette forslaget. Dette er et forslag som vil gi en trygghet for befolkningen, men igjen opplever vi at det er utenforliggende ting, som vår egen økonomi, som teller mer enn helse til vår egen befolkning. Men jeg avslutter: Hvordan i himmelens navn har vi råd til å la være?

Gunvald Ludvigsen (V) [18:40:08]: Eg har jobba på lokalsjukehus i over elleve år, som lokalsjukehusdirektør, og eg har ganske mykje erfaring med ambulanse. Det som er utgangspunktet for denne typen debatt, er at vi har eit grissgrendt land. Vi har lange avstandar, og vi må konkludere med at vi treng å ha desentraliserte sjukehusstilbod – det er punkt 1.

Når det gjeld det verkelege livet ute i distrikta, må eg seie at det er nokså likt den beskrivinga som statsråden gav. For kva er det som er faktum når det gjeld ambulansestasjonane? Jo, det er at dei er ganske små, nokre er veldig små, dei er kanskje altfor små. Det er for dårleg utdanning, det er for lite trening, som det er sagt, og kompetansen blir så som så. Så det er eit dilemma. Men vi løyser ikkje dette dilemmaet med responstid – det gjer vi ikkje. Det er likevel klårt at ambulanse- og akuteneste og desentraliserte sjukehusstilbod er veldig viktige for at folk skal føle seg trygge, så vi må gjere alt vi kan for å få det til. Vi må klare å lage til system som er tilpassa landet vårt, og vi har jo system i dag. Sjølv om det ikkje er godt nok, må vi kunne klare å mekke på det systemet som vi har, og ikkje lage eit dårlegare system. Vi må setje alt inn på å lage betre system, og vi må ha råd til å ha trygge og kvalitativt gode løysingar i dette rike landet vårt.

Statsråd Sylvia Brustad [18:42:15]: Jeg skjønner på representantene for Fremskrittspartiet at de har gått til frontalangrep på balansen. Balansen er jo ikke noe mål i seg sjøl i sjukehussektoren, men den er et virkemiddel for å kunne sørge for at helseforetakene bruker de bevilgninger som Stortinget til enhver tid stiller til disposisjon. Jeg trodde faktisk at alle partier i Stortinget mente det var viktig, ikke minst for at vi skal kunne prioritere riktig og prioritere de pasienter som trenger det mest.

Jeg kjenner meg for øvrig ikke igjen når det gjelder beskrivelsen av et brev som skulle ha gått fra meg, omkring det vi nå diskuterer. Jeg tar sjølsagt dette på største alvor. Jeg er sjølsagt opptatt av å sikre befolkninga i hele landet best mulig helsetjenester, og det er også derfor jeg i disse dager er i ferd med å oppnevne en arbeidsgruppe som skal gjennomgå de prehospitale tjenestene med vekt på AMK-sentraler, bil- og båtambulansetjenesten. Gruppa skal foreslå endringer på de områder den mener det er aktuelt. Den skal bl.a. vurdere forhold som påvirker arbeidsmiljøet og arbeidsforholdene i tjenesten, og foreslå tiltak som kan bidra til rekruttering og stabil arbeidskraft i ambulansetjenesten. Denne gruppa skal også vurdere responstider og vurdere konsekvenser av eventuelt å fastsette krav til responstid. Denne arbeidsgruppa skal avgi sin rapport i løpet av 2008.

Ellers vil jeg si i forhold til luftambulansetjenesten at det nylig er foretatt en gjennomgang av både helikopter-

og flytjenesten som grunnlag for anbuds- og operatørtjenester, og denne tjenesten blir bl.a. styrket med nye helikoptre neste år. Det blir også innført tilstedevakt ved redningshelikopterbasene, som utgjør en viktig luftambulanseressurs, særlig i Nord-Norge. Både ved basene på Sola, i Bannak og Bodø er det nå innført tilstedevakt med 15 minutters responstid, Ørland og Rygge vil få det i 2008, og det arbeides også med å etablere ny redningshelikopterbase i Florø i 2009. Så her er det mye bra på gang, og hensikten med det er sjølsagt at alle mennesker i hele landet skal være sikret rask hjelp når de trenger det.

Anders Anundsen (FrP) [18:44:51]: Bare veldig kort om statsrådens manglende gjenkjennelse av et brev som hun har skrevet til Fremskrittspartiet og meg. Svelviksposten 8. februar i år har iallfall oppfattet brevet omtrent som meg. Der står det:

«Bra nok akuttberedskap i Svelvik, mener statsråden: Ambulansen: Ta ferja!».

Siste ferje går kl. 22.35. Det betyr at hvis man skal ha en rimelig sjanse for rask utrykning, er det før det tidspunktet at man er nødt til å få et akutt sykdomstilfelle, og det synes ikke Fremskrittspartiet er bra nok.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4. (Votering, se side 1239)

Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at sakene nr. 5, 6 og 7 behandles under ett.
 – Det anses vedtatt.

S a k n r . 5

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner (Innst. S. nr. 50 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:83 (2006-2007))

S a k n r . 6

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Åse Gunhild Woie Duesund, Laila Dåvøy og Dagfinn Høybråten om innføring av verdighetsgaranti i eldreomsorgen (Innst. S. nr. 52 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:104 (2006-2007))

S a k n r . 7

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Ine Marie Eriksen Søreide og Gunnar Gundersen om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten (Innst. S. nr. 53 (2007-2008), jf. Dokument nr. 8:114 (2006-2007))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1

time og 5 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 20 minutter, Fremskrittspartiet 15 minutter, Høyre 10 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Kristelig Folkeparti 5 minutter, Senterpartiet 5 minutter og Venstre 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre blir det foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Jan Böhler (A) [18:48:16] (ordfører for sak nr. 5): Jeg vil tillate meg først å sette et aldri så lite spørsmålstegn ved om arbeidsformen som er valgt her når det gjelder dette Dokument nr. 8:83-forslaget, hvor det nærmest fremmes et forslag som er håndtert i et landsstyre i et parti og likner mer et valgkampmanifest enn et stortingsdokument, og som nødvendigvis derved får en ganske overfladisk form i framstillingen, er egnet til å fremme forslaget til stortingsbehandling.

Som komiteflertallet påpeker i innstillingen, er liknende forslag om hovedpunktene når det gjelder statlig stykkprisfinansiering, når det gjelder å basere eldreomsorg og omsorg på et fritt brukervalg, et nytt marked, når det gjelder å bygge opp et system for å skape stykkprisfinansiering også innenfor eldreomsorgen, behandlet tidligere i år. Som komiteflertallet også påpeker, er det i stor grad slik at de andre forslagene som ligger i dette omfattende dokumentet, punkter som gjelder dekningsgrad ved sykehjem, eldreombud, omsorgslønn, bemanningsnormer, vandelsattest, eldresenter, boligbesøk til de over 75 år, er tatt opp og foreslått i forbindelse med andre saker som komiteen har arbeidet med det siste året, særlig i forbindelse med St.meld. nr. 25 for 2005-2006, om mestring, pleie og omsorg.

Vi tillot oss i komiteen å ha en runde på dette, og det framgår av de innledende delene av innstillingen. Vi har tatt til etterretning det som Presidentskapet bestemte, at det tross alt fins enkelte nye punkter i forslaget, som gjorde at det er blitt en behandling av det i komiteen.

Det er det samme hovedbildet som er tegnet ved dette forslaget som forrige gang vi behandlet denne hovedmodellen fra Fremskrittspartiet, nemlig at flertallet i komiteen vil bygge en eldreomsorg via kommunene og vil ikke være med og bygge opp et sentralt, statlig eldrebyråkrati, et stykkprisbyråkrati bygd på et nytt marked for omsetning av eldertjenester, der vi vil kunne få en fjernhet fra dem som styrer dette nå lokalt i kommunene, som vi tror vil skade eldreomsorgen. Det er den nærheten, det ansvaret, den opplevelsen av behovene til befolkningen, til folk man har rundt seg, som de lokale folkevalgte i dag bygger på når de utvikler eldreomsorgen. Det tror jeg er den aller beste tilnærmingen man kan ha, at man står til ansvar overfor sine velgere og skal møte dem minst hvert fjerde år for å vise resultater på et område som angår folk så direkte.

I stedet for å ta dette ansvaret for å utvikle pleie- og omsorgstjenestene vil man ved at man hele tiden viser til at man har et helt annet system, et statlig finansiert byråkrati som skal løse dette på sin måte, i praksis fort frasi seg ansvaret for virkelig å jobbe hardt for å utvikle de tjenestene som folk i dag får rundt om i kommunene. Det virker nærmest som om man skal bevise at det offentlige ikke er gode nok. Når vi ser f.eks. på Fremskrittspartiets praksis i Oslo, der det er svært høy terskel for å få sykehjemsplass, og der det fremdeles er altfor sjeldne besøk i hjemmehjelpstjenesten, er det ikke gitt at de private leverer bedre tjenester enn det offentlige. Vi ser f.eks. nå i en bydel i Oslo, hvor det også er innført fritt brukemarked når det gjelder hjemmesykepleie, at man vil ansette to offentlig ansatte for å følge med på hvordan disse få privat ansatte gjør jobben. Så også der trengs det en kvalitetssikring, som vi ser på hele feltet.

En viktig ting er avklart i komiteen i denne innstillingen, nemlig at det er et stort flertall når det gjelder synet på vandelsattester. Det er nyttig at det brede flertallet her sier at man er skeptisk til å innføre vandelsattester på flere og flere sektorer, at det er arbeidsgivers ansvar å innhente referanser og kunnskap om dem som søker en jobb, at man ikke har noen garanti mot kriminalitet selv om man innhenter slike vandelsattester, og at det er viktig også ikke å ekskludere dem som en gang har gjort noe galt i livet, fra arbeidsmarkedet på altfor mange områder. Vi er bekymret for kriminalitet i forhold til eldre, men det kan man bekjempe på andre måter enn ved firkantet tilnærming via vandelsattester.

Det er altså en bred enighet i komiteen om ikke å gå den veien som hovedmodellen i Fremskrittspartiets «eldreomsorg som skinner», representerer, men det er flere forslag der som det er verdt å jobbe videre med, slik komiteen har gjort i forbindelse med St.meld. nr. 25 for 2005-2006, og også nå i forbindelse med Omsorgsplan 2015. Flertallsinnstillingen fremmes av Arbeiderpartiet, Høyre, SV, Senterpartiet og Venstre og går altså ut på at Dokument nr. 8:83 for 2006-2007 ikke bifalles.

Vigdis Giltun (FrP) [18:53:56] (ordfører for sak nr. 6): Siden vi behandler tre saker, begynner jeg med den saken som jeg er ordfører for, og så kommer jeg til å si noen ord om de andre sakene samtidig.

Når det gjelder Dokument nr. 8:104 for 2006-2007, er det fremmet av Gunhild Woie Duesund, Laila Dāvøy og Dagfinn Høybråten, og de har kalt forslaget for en verdighetsgaranti. Ulike undersøkelser og medieoppslag viser at eldre i mange tilfeller ikke får den hjelpen, pleien og omsorgen som de har rett til å få. Det er bakgrunnen for de tre sakene vi nå behandler samlet.

Forslaget om en såkalt verdighetsgaranti tar opp en del punkter som allerede i dag burde vært en selvfølge, men som dessverre ikke er det. Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ser at det er nødvendig å sikre retten til en trygg og verdig alderdom ved å hjemle rettigheter i lov som gir reell klagemulighet, da kvalitetsforskriftene som ble vedtatt i 2003, ikke er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte. Disse partiene er kjent med at

flere tusen eldre ikke mottar de tjenestene de har behov for, og at kommunene ikke har klart å sørge for at antallet sykehjemsplasser er tilpasset behovet for institusjonsopphold.

Medlemmene i Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at pleietrengende eldre gjennom en lovfesting må sikres retten til opphold på sykehjem når behovet er stadfestet, og Fremskrittspartiet synes det er hyggelig at man ikke står alene om å etterlyse en lovfesting på det området.

Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil innføre fritt sykehjemsvalg, da dette vil gi eldre en bedre mulighet til å søke om opphold på sykehjem også utenfor egen bydel og kommunegrense.

Komiteens flertall, regjeringspartienes medlemmer og Venstre, påpeker at alle eldre bør kunne tilbys en boform som er riktig og forsvarlig ut fra den enkeltes behov og medisinske tilstand, og støtter derfor at Regjeringen ønsker å stimulere til utbygging av nye sykehjem og boliger med heldøgns pleie.

Regjeringspartiene framhever at alle eldre skal få mulighet til å bevare eller øke sin mulighet til å fungere godt i hverdagen, og framhever strategien med å sikre den enkeltes rett til nødvendig habilitering og rehabilitering. Den saken hadde vi jo nettopp oppe, og det er vel ikke alle som er like trygge på at den retten blir sikret.

En samlet komite vil at den enkelte skal få mulighet til å motta tjenestene i eget hjem så lenge det er tilrådelig og mulig, og at alle eldre skal tilbys en boform som er riktig og forsvarlig ut fra den enkeltes behov og medisinske tilstand. Komiteen mener også at terskelen for å få sykehjemsplass ofte er avhengig av kommunens kapasitet og prioriteringer, og påpeker at kommunen også har et ansvar overfor dem som har et udekket pleiebehov, men som av ulike årsaker ikke selv oppsøker hjelpeapparatet.

De fleste av punktene i representantforslaget er allerede i eksisterende kvalitetsforskrift, noe også regjeringspartiene påpeker, men Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til gjentatte medieopplag og henvendelser fra enkeltpersoner og foreninger som viser at forskriften ikke følges opp tilstrekkelig.

Fremskrittspartiet vil på sin side støtte forslaget, men vil samtidig presisere at dette på ingen måte er noen verdighetsgaranti, men kun enkeltforslag til forbedringer innenfor eldreomsorgen.

Jeg vil derfor i tillegg også ta opp Fremskrittspartiets forslag i den saken.

Når det gjelder Dokument nr. 8:114 for 2006-2007 om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten, støtter Fremskrittspartiet også dette forslaget. Vi ser også flere uløste oppgaver og store utfordringer når det gjelder å rekruttere flere som ønsker å jobbe innen denne sektoren, men også når det gjelder omskolering, etterutdanning og kompetanseoverføring.

Fremskrittspartiet mener det er et stort behov for å øke innsatsen knyttet til fagutdanning, og jeg viser i denne sammenheng til partiets alternative budsjett for 2008, hvor dette området er styrket med 100 mill. kr. Vi mener at dette vil være et viktig bidrag til en kvalitativ forbed-

ring av utdanningstilbudet innen eldreomsorg, psykisk helsearbeid samt områder som kreftomsorg og miljørettet rusarbeid.

Vi er også kjent med at det i år er 40 søkere til fagskoleutdanning innen barsel og barnepleie i Østfold, og uten denne bevilgningen må disse studentene nå betale hele utdanningen fra egen lomme.

Vi har registrert at regjeringspartiene i forbindelse med det såkalte eldreforliket har lovet å gjøre noe med forskjellsbehandlingen av teknisk fagutdanning og helsefagutdanningen fra 2009, men Fremskrittspartiet ser ingen grunn til å videreføre denne forskjellsbehandlingen i 2008, da vi ønsker flere studenter til disse yrkene nå.

Det er også viktig å sikre gode overgangsordninger for dem som omskolerer og etterutdanner seg, og i dag er ikke dette på plass.

Fremskrittspartiet er enig i at det er behov for å øke antall legeårsverk, sykepleierårsverk og annet fagpersonell i den institusjonsbaserte eldreomsorgen, og mener at det bør innføres en nasjonal minimumsnorm for legedekningen i sykehjemmene. Vi vil følge Legeforeningens anbefaling om å øke legedekningen i sykehjemmene med minimum 100 pst., og ikke med 50 pst., som de andre partiene går inn for.

Fremskrittspartiet kan heller ikke se at den foreslåtte obligatoriske turnustjenesten for legene ved sykehjem er forsvarlig, med mindre det blir tilført ekstraressurser med tilstrekkelig veiledningskapasitet som kan ta ansvar for unge medisinerkandidaters arbeid i sykehjemmene. Så vidt Fremskrittspartiet har registrert, har ikke Regjeringen foreslått tiltak som kan bedre veiledningskapasiteten.

Kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten må også økes og tilføres etter behov. Denne typen kompetanseoverføring kan ikke være avhengig av prosjektmidler, og det bør derfor vurderes en egen finansieringsordning.

Veldig mange av dem som oppholder seg på sykehjemmene kortere eller lengre tid, er alvorlig syke og døende, og det er derfor et stort udekket behov i sykehjemmene for kvalifiserte allmennlegespesialister og geriater. Fremskrittspartiet mener at det bør innføres en nasjonal minimums bemanningsnorm ved sykehjemmene som sikrer riktig pleiefaktor og rett faglig kompetanse.

Når det gjelder Dokument nr. 8:83 for 2006-2007, som representanten Bøhler snakket om, er det et forslag som er fremmet av Siv Jensen, Carl I. Hagen og Harald Nesvik. Det er et forslag som ikke bare stykkevis og delt, men samlet tar for seg mange av dagens utfordringer innenfor eldreomsorgen og de utfordringene vi vil stå overfor i årene som kommer. Det er ikke merkelig at man har sett disse enkeltforslagene flere ganger tidligere. De har vært gjen tatt ved mange, mange anledninger, og har bare forsterket seg ettersom årene har gått. Det har ikke blitt noen løsning på problemene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ser at det i tidsrommet fra 1997 til 2006 har vært en økning i antallet eldre over 80 år på 33 762, og at det i det samme tidsrommet kun har vært en økning på 4 118 sykehjemsplasser. Vi hører nå at mange av sykehjemsplassene blir brukt til rehabiliteringsplasser – vi har fått en økning av spesi-

elle dementplasser, og det er mange psykisk syke som bor i sykehjemmene. Samtidig er det ikke økning i antallet sykehjemsplasser, en økning som ville ha kommet de eldre til gode. Dette er en svekkelse av tilbudet, når det i det samme tidsrommet har vært en sterk økning av de eldste over 90 år. Ulike og uklare tolkninger av ordene «heldøgns omsorg og pleie» har ført til at omsorgsboliger som rapporteres inn som boliger med heldøgns omsorg og pleie, i stor utstrekning ikke har noen fast døgnbemanning, men at beboerne kun mottar tjenester fra hjemmetjenesten på lik linje med andre hjemmeboende pleietrengende. Dekningsgraden for heldøgnsbemannede boformer og sykehjemsplasser som framkommer i ulike sammenhenger og i regjeringspartienes merknad, er derfor svært misvisende. Det er også disse tallene som dannet grunnlaget for Regjeringens lave satsing, som vi vil se følgene av i årene som kommer.

I denne saken fremmes det derfor et forslag om å «sørge for at det utarbeides en klar definisjon for hva som skal betegnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud».

Regjeringen har nå kun beregnet investeringstilskudd til ca. 6 000 sykehjemsplasser og ca. 6 000 omsorgsboliger til ulike grupper, som rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser, psykisk utviklingshemmede og eldre med behov for slike boliger, fram til 2015. Innunder disse boligene skal det også være sykehjemsplasser eller plasser til palliativ pleie. Det skal i tillegg dekkes opp spesielle demensavdelinger til alle med demens innen 2015. Jeg må si at det skal godt gjøres å få de pengene til å strekke til, slik at dette behovet blir dekket.

Det er en lite ambisiøs satsing som vil føre til fortsatt stor mangel på sykehjemsplasser og plasser i skjermede enheter, og dette vil forsterke seg ytterligere etter hvert som antallet eldre øker. Med en så lav målsetting vil ikke behovet for bygging av tilrettelagte sykehjemsplasser til mennesker med demens og alderspsykiatriske lidelser eller intermediære avdelinger eller hospice sikres. Fremskrittspartiet vil øke tilskuddene til bygging av sykehjemsplasser for å oppnå 25 pst. dekningsgrad og foreslår i denne saken å be «Regjeringen utrede det organisatoriske og finansielle ansvaret for driften av intermediære avdelinger og hospice.»

Regjeringens opplegg for kommunesektoren i 2008 innebærer reelt sett en nedgang i de frie inntektene i forhold til situasjonen ved utgangen av 2007. Det innebærer at mange kommuner i 2008 enten vil bli nødt til å redusere tilbudet eller drive mer effektivt. Tilskuddet og inntektene til kommunene varierer og vil selvsagt ha stor betydning for utviklingen av omsorgstjenestene.

Gjentatte ganger har vi hørt at rammetilskuddet skal sikre likeverdige tjenester i hele landet. Dette begrunnes også med noe så underlig som at vettet er likt fordelt, og da skal kommunene klare å tilpasse tjenestene etter behovet. Det er ikke vettet som er ulikt fordelt, men pengene som kommunene har til rådighet. Det er ofte pengene en benytter til å utvikle gode tjenester. Det viser seg at de kommunene som har høye rammetilskudd og god økonomi, har bedre tjenester. Det skal mye vett til å få det samme ut av 600 kr som ut av 6 000 kr. Finansieringen er der-

for et viktig moment for å sikre likeverdige tjenester. Forslagsstillerne ber derfor «Regjeringen foreta en gjennomgang av finansieringsmodellen for eldreomsorgen med sikte på statlig overtagelse av finansieringsansvaret.»

Når jeg hører Jan Bøhler forsvare dagens modell med at de lokale politikerne skal stilles til ansvar hvert fjerde år, bør vel også stortingspolitikerne stilles til ansvar hvert fjerde år. Akkurat der er det ikke den store forskjellen. Når det gjelder kommuneøkonomien, uansett hvilket parti som styrer – jeg kan også ta eksempler fra Jan Bøhlers innlegg – viser det seg at enkelte kommuner har veldig vanskelig for å kunne oppfylle de behovene som de eldre i kommunen eller de pleietrengende har. Det er med bakgrunn i dette Fremskrittspartiet ønsker en annen finansiering som sikrer likeverdige tilbud i hele landet. Det handler ikke om mer eller mindre vett. Det handler om å ha like muligheter til å kunne gi tjenester til sine innbyggere.

Når regjeringspartiene sammen med Høyre og Venstre mener at brukerne av omsorgstjenester har mange rettigheter i dagens lovgivning, og fortsatt vil vise til kommunens plikt til å yte nødvendige helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til dem som har behov for det, må det være tillatt å undre seg over hva som er årsaken til at forholdene mange steder ikke er bedre enn det de er i dag. Det kan umulig være uvilje eller politikere som ikke ønsker det beste for sine folk.

Det virker som om flere av partiene ikke helt får bestemt seg for om det er behov for å sikre eldres tjenester bedre, eller om det er bra nok som det er. Fremskrittspartiet er i hvert fall sikker på at ord og ønsker så langt ikke viser seg å være klare nok signaler om hva tjenestene skal inneholde, og at kvalitetssikringen av tjenestene ikke er god nok.

Forslagsstillerne viser til at mange har et udekket hjelpebehov, men av ulike årsaker tar de ikke selv kontakt med hjelpetjenesten. De fremmer derfor forslag om å implementere oppsøkende og forebyggende hjemmesykepleie i lov om helsetjenesten i kommunen for å fange opp dem som ikke selv tar kontakt for å få hjelp.

I Dokument nr. 8:83 for 2006-2007 fremmes hele 23 gjennomtenkte og viktige enkeltforslag som samlet vil være en garanti for en varm, valgfri og verdig eldreomsorg, en verdighetsgaranti, som bl.a. ville følges opp av lovbestemte rettigheter, nasjonale minimumsnormer når det gjelder legedekning og bemanningsnormer i sykehjem samt økonomisk oppfølging både når det gjelder bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger, og når det gjelder statlig finansiering av tjenestene som sikrer et likeverdig tilbud uavhengig av bosted.

De som virkelig mener noe med å sikre de eldre en verdig og trygg alderdom, har nå muligheten til å støtte disse 23 forslagene som ligger i saken, og som jeg hermed tar opp.

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.

Presidenten: Representanten Vigdis Giltun har teke opp dei forslaga ho refererte til i sakene nr. 5 og 6.

Sonja Mandt-Bartholsen (A) [19:07:38] (ordfører for sak nr. 7): Innst. S. nr. 53 for 2007-2008 til Dokument nr. 8:114 for 2006-2007, fra representanter fra Høyre, omhandler ønske om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten. Det er mange forslag i dokumentet som blir godt begrunnet, men jeg vil minne om at omsorgstjenestens store utfordringer og behov var godt kjent innen både økt kompetanse og rekruttering da vi i St.meld. nr. 25 for 2005-2006 fikk presentert dette veldig gode bakgrunns materialet. I tidligere debatter har vi også vært inne på denne saken, og vi har vært enige om at det må satses på mange ulike tiltak for å få økt kompetanse og flere til å jobbe innen omsorgen. Det å satse på økt kompetanse for dem som skal rekrutteres, eller dem som allerede jobber innen omsorgen, er viktig.

Når et mindretall i komiteen, som er flertallet her i Stortinget, går inn for å legge saken til protokollen, henviser vi nettopp til det arbeidet som er gjort i St.meld. nr. 25 for 2005-2006, og som ligger i Kompetanseløftet 2015, og, dersom saken hadde vært behandlet her i dag, til avtalen om oppfølging av Omsorgsplan 2015. Avtalen som ble inngått under budsjettbehandlingen av de rødgrønne, Kristelig Folkeparti og Venstre, inneholder flere sider av dette som Høyre har satt på dagsordenen.

Komiteens flertall, Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ønsker i denne saken en forpliktende tverrpolitisk eldreplan, noe som Kristelig Folkeparti og Venstre har tatt konsekvensene av og bidratt til at vi har fått til nettopp i budsjettet. Her kunne også Høyre vært med, hvis de hadde ønsket det.

Det er viktig at det settes fokus på at ufaglærte skal få kompetanse, det er en samlet komite enig om. Det er noe uenighet når det gjelder legedekningen på sykehjemmene. Det er verdt å merke seg at legedekningen faktisk har blitt bedre, men at målet ennå ikke er nådd. Fremskrittspartiet ønsker her en nasjonal minimumsnorm for legedekningen, og øker legedekningen med 100 pst., mens Regjeringens mål er 50 pst. Å øke med 100 pst. er det altså bare Fremskrittspartiet som mener.

Jeg vil igjen henwise til det arbeidet som har pågått etter at saken ble avgitt, der både fagskoler, høyskoler, rekruttering, universiteter og økt utdanning av geriatere er nevnt, og som ligger i dette forslaget fra Høyre.

Jeg tar opp forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, som er inn tatt i innstillingen.

Presidenten: Representanten Sonja Mandt-Bartholsen har teke opp det forslaget ho refererte til.

Inge Lønning (H) [19:10:33]: Debatten er nødt til å bli noe springende og summarisk når man skal behandle tre ganske omfattende representantforslag i én debatt, og attpåtil på tampen av en lang budsjettdebatt som delvis har handlet om noen av de samme problemstillinger.

Jeg vil tro at det hadde vært mer fruktbart om vi hadde hatt tid til å drøfte de tre representantforslagene hver for seg, og grundigere, enn det nå er mulig. Jeg minner også om at det var et ønske fra opposisjonspartiene i komiteen

(Lønning)

da vi med utgangspunkt i statsrådets invitt til et møte på statsrådets kontor for å diskutere mulige utsikter til en bredere tverrpolitisk avtale om eldreomsorgen. Den umiddelbare respons fra opposisjonspartiene var at vi kunne utsette avgivelsen av disse tre sakene og ta oss tid til ut på nyåret å drøfte gjennom det konkrete innhold i forslagene for å se hva det er oppslutning om, og hva det ikke er oppslutning om. Regjeringspartienes svar på det var å insistere på at dette skulle behandles som en del av budsjettinnstillingen og avgis parallelt med arbeidet med budsjettet.

Det er i og for seg ikke så veldig mye mer å si om saken. For da er det ganske klart hvor flertallet ligger. Men det er på samme tid en litt paradoksal situasjon, fordi det samme flertall som da ikke ønsker å gi sin tilslutning til innholdet i disse forslagene, nevner to av forslagene, riktignok på en meget uforpliktende måte, men dog – nevner dem i den avtalen disse partiene har inngått, og sier at man skal bl.a. hensynta disse forslagene – ordet «hensynta» skal visstnok være norsk. Det forplikter ingen til noen ting annet enn at man har registrert at forslagene foreligger, at man har vedlagt dem protokollen, og at man står fritt til å hente opp det man måtte ønske av forslagene, og la det ligge som man ikke måtte ønske å ta opp. Å kalle det en avtale er etter mitt skjønn å overdrive ganske betydelig. For etter min språkbruk er en avtale noe som forplikter noen til å gjøre noe konkret.

La meg peke på det problemet som knytter seg til selve ordet «verdighetsgaranti», som også er skrevet inn i avtalen mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre. Problemet knytter seg til begge halvdelene av ordet, fordi «verdighet» er et begrep som er meget vanskelig å definere og enda vanskeligere å operasjonalisere. Det eneste man kan si med sikkerhet, er at det er et honnørord som ingen kan være imot, men det er ekstremt vanskelig å angi noe presist innhold i hva «verdighet» i denne sammenheng betyr. Det andre problemet er knyttet til begrepet «garanti», som i sine sammenhenger for folk flest har et meget presist innhold. Man assosierer til kjøpsloven, hvor det er en eksplisitt tidfestet garanti som kjøper har anledning til å holde selger til ansvar for. Innholdet i ordet «garanti» og ordsammensetningen «verdighetsgaranti» er vesentlig vagere og mer diffust. Jeg må si i sin alminnelighet at jeg tviler på om det er klokt av politiske partier og parlament å ta i bruk et begrep som har et så presist juridisk innhold i de sammenhengene hvor det hører hjemme, og dermed skape inntrykk av at man tilbyr brukerne noe tilsvarende. Det gjør man ikke. For det første fremgår det jo tydelig av forslaget at den instans som utsteder garantien, ikke er den samme som den som skal innfri den. Allerede der svikter analogien med den juridiske terminologi når det gjelder begrepet «garanti».

Det er heller ikke lett å se for seg hvorledes det på flere av de punktene som inngår i utkastet, skal være mulig for noen å ta stilling til hvorvidt garantien er innfridd eller ikke. Det er jo en betingelse for at det kan ha noen mening å tale om en klageadgang, dersom man mener at man ikke har fått innfridd det man har krav på.

Jeg tror, kort og godt, at det er lite hensiktsmessig å kommunisere med velgerne på denne måten, nemlig å bruke ord som lover mer enn det man er i stand til å holde.

Til sist en liten kommentar når det gjelder kompetanseproblematikken. Jeg tillot meg under budsjettdebatten i stedet å påpeke at det er en iøynefallende sprik mellom det som et flertall i komiteen har sluttet seg til når det gjelder Dokument nr. 8:114 for 2006-2007 om kapasiteten på høyskolenivå for utdanning av personell til helse- og omsorgssektoren, og det som er skrevet inn i avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre. Det bekymrer meg. Alt taler jo for at det i den åtteårsperioden frem til 2015 som vi snakker om, er meget stor sannsynlighet for at det vil være behov for å øke den kapasiteten, bl.a. fordi arbeidsmarkedet er slik at vi må regne med at et økende antall personer med høyskoleutdanning på dette feltet vil søke seg arbeid i andre sektorer, simpelthen fordi de er meget etterspurt i arbeidsmarkedet. Det betyr at vi må regne med en betydelig større avgang enn den som følger av naturlig aldersavgang og pensjonering.

Da er det lite tilfredsstillende at et stort flertall i denne sal forplikter seg til at man ikke skal trappe opp kapasiteten når det gjelder høyskoleutdannet personell innenfor helse- og omsorgssektoren, men at man skal holde den på om lag det samme nivå som i dag, med den begrunnelse at det er godt nok, som representanten Skjælaaen sa i budsjettdebatten tidligere i dag.

Laila Dávøy (KrF) [19:18:04]: I mer enn ett og et halvt år har Kristelig Folkeparti jobbet for et bedre innhold og en bedre kvalitet i eldreomsorgen. I forbindelse med behandlingen av omsorgsmeldingen i vår arbeidet vi oss igjennom behov og tiltak i dag og framover i norsk eldreomsorg. Dette arbeidet fortsatte vi med i høst, bl.a. i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet og av representantforslagene som vi nå diskuterer.

Avtalen mellom regjeringspartiene, Venstre og Kristelig Folkeparti om eldreomsorgen sikrer at det skal utformes en verdighetsgaranti i norsk eldreomsorg. En verdighetsgaranti innebærer en samling av konkrete kvalitetskrav. De eldre skal bl.a. ha trygghet for at de får dekket sine grunnleggende behov. God og nok mat er ingen selvfølge, når vi vet at 20–50 pst. av eldre i helseinstitusjoner er underernærte. Forsvarlig medisinsk pleie er ingen selvfølge, når vi vet at de sykeste eldre på sykehjem hver har seks–syv behandlingskrevende sykdommer. Et forsvarlig botilbud er ingen selvfølge, når Fylkeslegen i Oslo og Akershus går ut og sier at eldreomsorgen har blitt et risikoområde. Terskelen for å få sykehjemsplass er skyhøy.

Styrkede rettigheter for eldre er langt på vei en forutsetning for bedre kvalitet i eldreomsorgen. Også i Sverige er det satt i gang et utredningsarbeid som gjelder innføring av en verdighetsgaranti. En verdighetsgaranti skal klargjøre hva eldre mennesker og deres pårørende kan forvente, og den skal tydeliggjøre kravene til omsorgstjenestene. Særlig bør klageretten bli bedre og enklere, og brudd på rettigheter skal raskt rettes opp. At Høyre ikke vil ha garantirettigheter og klagemuligheter, får så være.

Vi skal nok klare å utforme en verdighetsgaranti, til tross for Inge Lønnings juridiske vurderinger av den.

Et meningsfylt innhold i hverdagen er viktig for alle. Rett til dagtilbud er en viktig del av verdighetsgarantien og vil komme som en del av et nytt lovverk, slik vi ser det. Avtalen som Kristelig Folkeparti er med på, skal sikre at alle kommuner har et tilrettelagt tilbud om dagaktivitet for demente innen 2015. Dette vil avlaste pårørende, som gjør en stor innsats, og kan også utsette behovet for institusjonsplass. Kun 4 pst. av hjemmeboende demente har i dag dagtilbud. Det skal videre legges fram et forslag om opptrapping av kulturtiltak for eldre fra 2009. Alle disse forslagene er gode og konkrete.

Kristelig Folkeparti støtter forslaget fra Høyre om at det utarbeides en konkret og forpliktende kompetanseplan. Satsing på utdanning, forskning og rekruttering er avgjørende for å nå målet om bedre kvalitet i eldreomsorgen. Vi trenger ikke bare flere hender i eldreomsorgen. Det trengs kyndige, trygge og varme hender.

Kravet om en kompetanseplan i tråd med Høyres Dokument nr. 8-forslag inngår også i avtalen mellom regjeringspartiene, Venstre og Kristelig Folkeparti. Avtalen sikrer også at det skal satses på etikk i alle kommuner. Fagskolene for videreutdanning av hjelpepleiere og av de nye helse- og omsorgsarbeiderne skal få en ny og forbedret finansiering, slik fagskoleutdanningene for mannsdominerte yrkesfag har i dag.

Det skal også iverksettes et prosjekt med hensyn til undervisningshjemmetjenester. I dag er det etablerte, vellykkede undervisningssykehjem der utvikling av kunnskap om eldreomsorg, i tett samarbeid med høyskoler, bidrar til bedre helsetjenester. Videre skal det utdannes nær dobbelt så mange geriater i forhold til i dag.

Kristelig Folkeparti vil gjennom eldreavtalen være en vaktbikkje når det gjelder utbygging av et tilstrekkelig antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger. For oss har det vært særlig viktig med gjennomslag når det gjelder tilskudd til å bygge i kommunene enheter for lindrende behandling ved livets slutt. Verdighet må sikres også i denne fasen av livet.

Svært mange pasienter på sykehjem er demente. Likevel mangler det 20 000 tilrettelagte plasser i institusjon for demente i dag. I avtalen med regjeringspartiene har Kristelig Folkeparti og Venstre fått gjennomslag for at det innen 2015 skal være tilrettelagte plasser for alle demente som trenger institusjonsplass.

Enigheten vi har kommet fram til sammen, skal ikke bli en selvtilfreds sovepute for noen. Den forplikter, ja, den forplikter oss alle, også Kristelig Folkeparti og Venstre, som akkurat nå ikke sitter i regjering.

Kristelig Folkeparti er utålmodig etter resultater og kommer til å være det framover. Og utålmodigheten vi har til konkrete resultater, vil vi målbare klart og tydelig i tiden framover. Vi forventer og vet at vi vil få dialog, og vi imøteser at Regjeringen så snart som mulig presenterer planer som avtalen varsler. Og vi skal være konstruktive.

Til sist: Kristelig Folkeparti støtter fem av forslagene i Fremskrittspartiets representantforslag, Dokument nr. 8:83, og jeg viser her til innstillingen.

Rune J. Skjælaaen (Sp) [19:23:26]: Vi behandler tre representantforslag, som alle omhandler kvalitet og kvantitet i pleie- og omsorgssektoren – et omfattende forslag fra Fremskrittspartiet, et kunnskapsløft fra Høyre og en verdighetsgaranti fra Kristelig Folkeparti.

Når det gjelder forslagene fra Høyre og Kristelig Folkeparti, mener Senterpartiet at veldig mye av dette er ivare tatt i den avtalen som er inngått mellom de fem partiene.

Når det gjelder verdighetsgarantien, har disse fem partiene forpliktet seg til å arbeide med en felles helse- og sosiallovgivning. Skal det utformes en verdighetsgaranti, må man bl.a. hensynta forslagene i Dokument nr. 8:104.

Når det gjelder representantforslaget fra Høyre, svarer også avtalen de fem partiene imellom på dette. Kompetanseløftet 2015 skal omfatte en plan på alle nivåer, når det gjelder ufaglærte, på fagskole- og høyskolenivå, på universitetsnivå, når det gjelder faglig kvalifisering, spesialisering og dimensjonering, når det gjelder rekrutteringstiltak, og når det gjelder forskning og fagutvikling. Vi mener at denne avtalen sikrer en progresjon som er helt nødvendig for at alle som er brukere av pleie- og omsorgstjenester, skal kunne motta tilstrekkelige tjenester av høy kvalitet.

Jeg ønsker å stille representanten Giltun noen spørsmål. Er det et mål for representanten at så mange som mulig skal ha sine siste år på sykehjem, eller er det et mål at eldre mennesker skal få bo hjemme så lenge de ønsker det, og så lenge de greier det? Når jeg spør, er det fordi hun setter spørsmålsteget ved at 4,6 pst. av plassene i sykehjem i dag brukes til rehabilitering og til korttidsopphold. Jeg har alltid tenkt og ment at når det gjelder en god eldreomsorg, handler det om en balanse mellom gode hjemmetjenester, muligheten for rehabilitering, muligheten for et korttidsopphold på sykehjem, tilrettelagte boliger og sykehjemsplasser – når behovet for det er der. Men utgangspunktet er at de aller fleste ønsker å bo hjemme så lenge de greier det. Da er det viktig at vi har et bredt spekter av tjenester som gjør at dette målet kan oppfylles.

Så til Lønning. Jeg oppfatter at representanten Lønning hører akkurat det han vil høre, eller så har han problemer med det han hører. Da viser jeg faktisk til det jeg har sagt med hensyn til det forslaget som ligger der om utdanningskapasitet omtrent på dagens nivå, og til det som avtalen sier om at det skal lages planer med hensyn til både kvalitet og dimensjonering over hele fjøla. Hvis ikke Lønning har fått med seg det, opplever jeg at det er hans problem og ikke vårt.

Så sier Lønning at flere vil gå bort fra omsorgsyrkene i årene som kommer. Vel er Lønning teolog, men han er ingen profet. Jeg vil gjerne høre bakgrunnen for at han begrunner at mange vil rømme dette yrket. Jeg tror derimot at det vil bli langt mer interessant å jobbe innenfor denne sektoren framover, fordi kvaliteten vil bli bedre, fordi det kommer til å skje spennende fagutvikling, fordi dette virkelig er et område der både sykepleiere, hjelpepleiere og leger ser at her er det faktisk spennende å arbeide.

Gunvald Ludvigsen (V) [19:27:34]: Eg er litt usikker på om eg tør hive meg ut i debatten, for eg er verken teolog, filolog eller jurist, men eg får prøve.

Dei tre sakene som vi no behandlar under eitt, handlar jo alle om eldreomsorg. Ikkje reint lite av den tida som vi har hatt i løpet av budsjettdebatten før i dag, handla jo òg om eldreomsorg. Sjølv om eg har registrert litt ueinigheit i debatten no, ei ueinigheit som kanskje er på stigande kurs – òg tidlegare har vi høyrte litt – så er det iallfall bra, synest eg, at utfordringa innanfor eldreomsorga blir problematisert frå fleire vinklar og frå fleire standplassar. Alle partia er jo nokså samstemte om målet; vi ønskjer alle ei god og – eg trur eg tør seie – ei verdig eldreomsorg. Likevel er det nokre skilnader med omsyn til verkemiddel og korleis vi skal nå dei felles måla.

Når det gjeld sak nr. 5 og dei 23 forslaga Framstegspartiet har fremja, skal eg kommentere dei litt. Nokre av desse framlegga inneber meir detaljstyring av den kommunale verksemda. Eit anna framlegg slår til lyd for ei statlegjering av finansieringsansvaret for det som vi i dag kjenner som kommunal eldreomsorg.

Venstre er imot denne tenkinga, som i realiteten vil innebære slutten på kommunalt sjølvstyre. Det vil bety slutten på det lokalpolitiske ansvaret, ja, det vil bety slutten på kommunesystemet slik vi kjenner det i dag.

Ei heller er Venstre forkjempar for meir statleg detaljstyring av eldreomsorga. Vi meiner at det er dei lokalt valde kommunestyrepresentantane som skal vere innbyggjarane sine ombod. Det gjeld ikkje minst for dei innbyggjarane som treng omsorg og pleie. Med dette skal eg berre tydeleggjere at Venstre ikkje vil støtte Framstegspartiets sitt forslag om eit statleg eldreombod.

Venstre meiner at det på mange måtar er nok planar og nok lovar og forskrifter innan norsk helse- og sosialvesen. Fleire lovar og forskrifter betyr meir teljing, meir registrering og meir kontroll – ikkje minst betyr det meir byråkrati. Når det gjeld kven som blir sette til dei byråkratiske oppgåvene rundt omkring i kommunane – dette IPLOS-systemet kom òg – og kven som registrerer og gjer jobben t.d. innafør pleie- og omsorgssektoren, er det dei mest kompetente sjukepleiarane, dei mest kompetente hjelpepleiarane og dei mest kompetente fysioterapeutane. Det er altså dei same yrkesgruppene som alle sjukeheimar og alle heimetenester skrik etter, og som er mangelvare i heile Kommune-Noreg. Her ser vi at vi kanskje gjer noko som ikkje er noko smart.

Det trengst iallfall ikkje meir byråkrati initiert frå statleg hald. Derimot trengst det meir handling, og då tenkjer eg ikkje minst på meir samhandling mellom helsetenestnivåa. Det flotte uttrykket «den saumlause helsetenesta» bør bli meir enn ei flott utsegn. Betre samhandling har eit stort potensial, som staten via helseføretaka kan gripe fatt i. Her trengst det sikkert incentiv frå departementalt nivå. Eg oppfordrar statsråden til å ta den store og viktige samhandlingsballen.

Elles vil eg seie at Venstre er einig i Høgre sitt forslag om eit kunnskapslyft for omsorgstenesta. Dette forslaget går utanpå forliksavtalen. Venstre valde likevel å inngå avtalen med regjeringspartia og Kristeleg Folkeparti, spesielt fordi vi meiner at signalet om å samarbeide om ei stor utfordring, er viktig å kommunisere ut til folk flest.

Statsråd Sylvia Brustad [19:32:25]: Jeg er svært glad for det engasjementet som er i helse- og omsorgskomiteen, og for at det er et veldig klart flertall som står sammen om hovedlinjene i omsorgspolitikken. Det var tydelig allerede ved behandlinga av omsorgsmeldinga sist vår, og da Stortinget behandlet forslaget til statsbudsjett for 2008. Jeg mener en stø politisk kurs og forutsigbare rammer er viktig for kommunenes innsats for å få til en bedre omsorgstjeneste.

Jeg er spesielt glad for at det er oppnådd enighet om Omsorgsplan 2015. Dagfinn Høybråtenes initiativ til en mer forpliktende plan for styrking av eldreomsorgen, og statsministerens respons på det, førte fram til den avtalen som vi nå har fått til mellom Kristelig Folkeparti, Venstre og regjeringspartiene. Avtalen omfatter som kjent å få til en verdig eldreomsorg, kompetanse, dimensjonering og aktiv omsorg. Den bidrar til både å konkretisere og forsterke Omsorgsplan 2015, og Regjeringa vil sjølsagt følge opp den planen.

Når det gjelder representantene Woie Duesund, Dåvøy og Høybråtenes forslag om å innføre en verdighetsgaranti i eldreomsorgen, vil jeg komme tilbake til det spørsmålet i forbindelse med forslag til en ny, felles helse- og sosiallov i tråd med den avtalen som er inngått.

Representantene Lønning, Sjøli, Eriksen Søreide og Gundersen har forslag om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten. Jeg mener nå det er ganske bred politisk enighet om hva de store utfordringene er, og hvilke hovedgrep som må til for å skaffe den kompetansen som vi trenger. Vi kan også slå fast at det er ganske brei enighet om forslagene i Kompetanseløftet 2015, når Stortinget skulle behandle budsjettet for 2008. Det innebærer bl.a. at Regjeringa vil komme tilbake med et helt konkret forslag om en ny og bedre finansiering av bl.a. fagskolene.

Skal vi likevel trekke fram forskjeller mellom Regjeringas politikk og forslaget fra disse representantene, mener jeg at Regjeringa i større grad gir kommunene rom for lokale variasjoner, behov og prioriteringer. Jeg mener også vi har lyktes ganske bra med det de siste åra, fordi det bl.a. har vært en rekordvekst i nye årsverk til omsorg – en vekst som består av faglært personell – samtidig som bruk av deltid i sektoren har gått ned.

Jeg vil i tillegg til kompetanse- og rekrutteringsplanen også trekke fram våre satsinger når det gjelder forskning, styrking av legetjenester i sjukehem, demensplan og vårt samarbeid med Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling.

Forslaget fra representantene Hagen, Jensen og Nesvik om en framdriftplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg innebærer derimot en drastisk omlegging av prinsippet for finansiering av eldreomsorgen, der ansvaret legges til staten. Jeg deler ikke forslagsstillernes sterke tru på at flytting av ansvaret i seg sjøl vil føre til bedre tilbud eller bedre kvalitet – jeg vil heller si: snarere tvert imot. Det er fordi brukerne har svært ulike og svært varierende behov. Jeg har tillit til at kommunene og deres ansatte som er nærmest hver enkelt bruker, best kan vurdere hvordan brukerne skal få et godt tilbud som er tilpasset den enkeltes behov. Jeg er derfor glad for at flertallet i komiteen er

enig med Regjeringa i at omsorgstjenestene også i framtida skal være forankret i kommunene, med nærhet til brukerne og med god mulighet for å utforme et tjenestetilbud som er tilpasset lokale forhold. Dette sikres best gjennom et fortsatt system med rammefinansiering.

Både de eldre og de yngre brukerne av omsorgstjenesten skal få et best mulig tjenestetilbud – det opplever jeg at vi alle er opptatt av. I dag er det over 160 000 ansatte i pleie- og omsorgssektoren, som hver og en gjør en kjempeinnsats for mennesker som trenger god hjelp og pleie. Etter min vurdering får vi god kvalitet ved å bevilge nok penger til kommunene, gjennom faglig utvikling i samspill med de ansatte og ved å lytte mer til brukerne.

Regjeringas politikk skal bygge på fellesskapsløsninger. Vi ønsker ikke en kommersialisering av helse- og sosialtjenestene. Folk skal være trygge på at de får nødvendig hjelp når de har behov for det, uavhengig av den enkelte lommebok. Det skal være fellesskapets ansvar.

Vi kan slå fast at det er brei enighet om at brukerne av omsorgstjenesten skal ha mulighet til å velge – slik sett er valgfrihet et gode. Etter Regjeringas mening sikres valgfrihet best ved at den enkelte bruker har gode tilbud å velge mellom. Det viktigste blir da etter vårt syn å bygge ut og trygge gode offentlige tjenester.

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

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Gunvald Ludvigsen (V) [19:37:51]: Dette blir kanskje litt springande. Vi behandler jo så mange saker, og vi hoppar hit og dit.

Eg blei litt fasinert her tidlegare med omsyn til korleis ein oppfattar store beløp, og korleis ein oppfattar små beløp, spesielt i regjeringsskretsar. 1 milliard kr, som vi snakka om før i dag, blei deflatert til 1 pst. og eigentleg tolka som lite, slik eg tolka statsråden.

Så var vi inne på ei rekkje øvingar med representanten Skjælaaen. 0,2 promille var mykje meir enn 0,02, sjølv sagt. Men 17,7 mill. kr høyrest ikkje så mykje ut når desse forskjellige felta blir peika ut som budsjettvinnarar. Men endå meir fasinierende er jo finansieringa når desse 17,7 millionane blir tekne av eit underfinansiert helsefor-etak neste år. Det er imponerende!

Då blir spørsmålet mitt: Er dette standard finansieringsmodell? Eller er det Terra Securities som har laga han?

Statsråd Sylvia Brustad [19:39:03]: Jeg vet ikke om jeg fikk helt med meg hva spørsmålet egentlig var. Jeg sa at det som sjukehusene må effektivisere neste år, som er om lag 1 milliard kr, er ca. 1 pst. av det totale beløpet som sjukehusene har til disposisjon, som neste år er om lag 84 milliarder kr. Men det betyr ikke at beløpet, 1 milliard kr, er lite penger. Det er det sjølsagt ikke.

Når så et flertall i komiteen har kommet til at de vil flytte på noen penger ikke minst for å styrke den forebyggende sida, synes jeg det er bra. Vi trenger mer innsats

også her. Jeg mener at de beløp som her er flyttet, er bra og i høyeste grad forsvarlig. Det er ikke alltid det kan måles i antall kroner – hvor stort eller lite beløpet er – om beløpet virker, for på noen områder er f.eks. 17 mill. kr penger som en kan få svært god nytte av.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk. De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Vigdis Giltun (FrP) [19:40:34]: Jeg vil gjerne svare på et par spørsmål som har kommet opp under debatten, bl.a. spørsmålet fra Rune J. Skjælaaen, som lurte på om undertegnede og Fremskrittspartiet ønsket at flest mulig – gjerne alle – skulle bo i sykehjem.

Det er jo ikke riktig. Dette med 25 pst. dekningsgrad, som vi fremdeles opprettholder, har det vært tverrpolitisk enighet om tidligere. Det er gjort beregninger, og man mente at det var et riktig nivå å legge seg på. Etter den tid har det skjedd endringer. Veldig mange flere har blitt over 90 år. Man har sett at en del psykisk syke oppholder seg i sykehjem og kanskje trenger spesielle avdelinger der. Man har begynt å opprette intermediære avdelinger på grunn av at sykehusene nå skriver ut pasienter tidligere. I tillegg har man begynt med palliativ pleie i avdelinger som er tilsluttet sykehjem, og man ser også at man øker rehabiliteringstilbudet.

Det er veldig bra at flest mulig kan få rehabilitering i kommunen, hvis det er det beste tilbudet – men det er ikke bra hvis det blir gjort innenfor de knappe rammene for sykehjems plasser man har i dag. For i dag mangler man faktisk 16 000 sykehjems plasser. Det betyr at man mangler veldig mange korttids- og avlastningsplasser, og det er veldig mange altfor syke som ligger hjemme og ikke får en plass som de har behov for. Derfor mener Fremskrittspartiet at dette må finansieres på en annen måte. Dette har ikke noe å gjøre med å svekke lokaldemokratiet. Som Venstres representant sa her: Hvis kommunene ikke lenger får ansvaret for eldreomsorgen ved å bevilge rammeoverføringer til kommunene, ødelegger man lokaldemokratiet.

Nå har det vært lokaldemokrati i dette landet lenge før kommunene fikk ansvar for eldreomsorgen, og slik tror jeg det kommer til å fortsette å være også hvis det blir en statlig finansiering som vil sette alle kommunene, på samme måte, i stand til å kunne gi et godt tilbud til sine eldre.

Fremskrittspartiet ønsker ikke at kommunene ikke lenger skal ha ansvar. Kommunene skal ha ansvar både for å opprette og tilrettelegge, og de skal ha ansvar for at innbyggerne får de tjenestene de skal ha. Men de skal være sikret en finansiering på lik linje. Det skal ikke være slik at enkelte kommuner har så dårlig økonomi at de ikke kan tilby innbyggerne sine det de har behov for. Det er jo merkelig at man nå, etter at man i så mange år har gjentatt det samme fra denne talerstolen, ikke ser at den medisinen man har brukt til nå, faktisk ikke virker, og at det er på tide å prøve en ny medisin. Det håper jeg at flere vil gå med på etter hvert.

Inge Lønning (H) [19:43:38]: Representanten Skjælaaen har en nesten imponerende evne til å hisse seg opp. Etter hans siste innlegg skylder jeg ham en liten egenerklæring når det gjelder min hørsel og mitt syn.

Det er rimelig bra. Jeg har lest teksten gjentatte ganger, og jeg har hørt hva Skjælaaen selv har bidratt med når det gjelder å utlegge teksten til avtalen. Jeg er enig med representanten Bøhler, som tidligere i dagens debatt konstaterer at det henger ikke i hop, det generelle punktet som snakker om planer for rekruttering og dimensjonering på alle områder, og det spesifikke punktet som omhandler høyskoleutdannet personell. De to punktene står regelrett i strid med hverandre, og det jeg har forsøkt å få avklart, er om det ligger noen dypere tanke bak. Det gjør det åpenbart ikke.

Det er relativt lett å skjønne når man vet hvorledes denne avtalen ble til, hvilket hastverk som preget arbeidet, og den mangelfulle kommunikasjon som preget arbeidet. Da er det sannelig ikke rart at det sniker seg inn inkonsekvenser og selvmotsigelser.

Så interpellerte representanten Skjælaaen om hvorledes jeg kan vite at det vil bli en økende mobilitet innenfor høyskoleutdannede yrkesgrupper i årene fremover. Jeg trodde med respekt å melde at de fleste hadde fått med seg at i vårt samfunn går utviklingen i retning av at høyskoleutdannet personell i stadig mindre grad forblir innenfor ett og samme yrke på livstid, simpelthen fordi arbeidsmarkedet ikke lenger er slik. Og om det er noe vi vet med sikkerhet uten å behøve verken å tilhøre de store eller små profeter, er det at denne utviklingen kommer til å fortsette, og den kommer til å akselerere i hastighet. I tillegg har vi i dag et arbeidsmarked hvor etterspørselspresset er kolossalt stort fra alle de ekspanderende sektorene innenfor norsk arbeidsliv. Da skal det ikke veldig mye verken kunnskap, innsikt eller fantasi til for å se at det kommer til å forholde seg slik som jeg sa, nemlig at avgangen – eller rettere sagt mobiliteten – over sektorgrensene når det gjelder yrkesutøvelse, kommer til å øke, og at det tilsier at vi må dimensjonere utdanningen på høyskolenivå deretter.

Harald T. Nesvik (FrP) [19:46:38] (komiteens leder): Jeg skal ikke begi meg ut på en tolkning av verken prester eller teologer eller andre og hva de mener i de forskjellige sakene. Jeg skal prøve å konsentrere meg litt om det saken som Fremskrittspartiet har fremmet forslag om i sitt Dokument nr. 8-forslag, dreier seg om, nemlig det som har med viktigheten av også å ha en variasjon i det tilbudet vi har i eldreomsorgen. For det er helt åpenbart at det er forskjellig behov der ute. Det er ingenting som skulle tilsi at fordi vi blir eldre, blir vi en mer sammensatt gruppe. Vi er fortsatt enkeltindivider som har behov for å bli tatt vare på nettopp som enkeltindivider. Derfor er det viktig at vi har mangfold.

I helgen ble jeg stoppet av en dame, for øvrig en arbeiderpartipolitiker, i min hjemkommune. Hun er sykepleier, og hun kom bort til meg og sa: Nå har jeg det veldig bra. Jeg har nå sluttet i kommunen, i helsevesenet, og har begynt for meg selv, innenfor det samme området. Jeg ser at nå klarer jeg å få hverdagen min til å strekke til. Jeg kan

legge det enda bedre til rette for dem som er mine brukere. – Hun var svært godt fornøyd med sin situasjon.

Dette tror jeg det er viktig at vi legger til rette for også andre steder. For vi trenger alle de pleie- og omsorgsarbeidere som vi kan få tak i i dette landet. Men da er det også viktig at vi som politikere legger til rette for at den enkelte som skal jobbe innenfor denne sektoren, har en variasjon, har andre muligheter enn å bli kjørt inn i et visst system.

Videre er det viktig at vi ikke bare fokuserer på det vi er uenige om. Det er klart at debatten i dag på mange måter har dreid seg om «en viss avtale», som noen kaller eldreforliket, og som undertegnede har døpt om til «tomme tønner ramler mest». Jeg tror nok etter å ha hørt debatten i dag, at jeg kanskje er den som er inne på det rette sporet, men det skal jeg ikke si så mye mer om.

La oss i hvert fall i tiden framover prøve å dyrke enigheten og ikke uenigheten. Det blir ikke noe bedre om vi tar ut noen ord og setter navnene våre under, og så tror vi at vi har løst problemene i årene som kommer. Vi har faktisk ikke det. De eldre og pleietrengende i dette landet fortjener at vi prøver å gjøre noe konkret, at vi sørger for å opprettholde variasjonene, at vi sørger for å opprettholde mangfoldet, fordi vi er forskjellige. Vi har forskjellige behov. Enten vi bor i Lindesnes, i Hammerfest, i Ålesund eller på Hedmarken, har vi forskjellige behov, vi har forskjellige ønskemål. Det er det vi som politikere må sørge for å ivareta for den enkelte borger i dette land. Det er faktisk derfor vi er her.

Laila Dåvøy (KrF) [19:49:51]: Jeg valgte å ta ordet en gang til.

Jeg skal gi representanten Lønning rett i at denne avtalen har vi egentlig hatt liten tid på når man tenker på alle punktene vi tross alt har blitt enige om. Men jeg har lyst til å si at det punktet som Lønning gang på gang har tatt opp, var et punkt som kom inn veldig tidlig i avtalen. Det er også Lønning kjent med. Nettopp fordi det punktet ikke var godt nok, fikk vi inn et nytt punkt, nemlig om kompetanseløftet og dimensjonering. Det er realiteten. Og så kan det godt hende at noe ikke er helt godt formulert i forhold til hverandre, det får så være. Men jeg var svært glad da vi også fikk positiv tilbakemelding fra regjeringspartiene om at dimensjonering på alle nivå vil bli en realitet.

Så har jeg lyst til å si at viljen er iallfall til stede for at vi skal samarbeide om dette framover. Jeg håper at vi fortsatt skal samarbeide godt i hele komiteen framover – det tror jeg vi kommer til å gjøre. Og så får tiden vise hva vi klarer å få ut av den avtalen som nå er inngått mellom de aller fleste partiene på Stortinget. Jeg er glad for det. Jeg kommer til å jobbe konstruktivt, og jeg kommer til å være utålmodig.

Men jeg tror at vi i større og større grad også bør ta inn over oss at folk flest der ute er ganske lei av den kranglingen vi driver på med enkelte ganger her fra denne talerstol. De orker ikke å høre på de politiske debattene lenger. Det synes jeg er bekymringsfullt. Dette er ikke noen formaning til noen – det er lov å stå utenfor avtaler, og det er lov å være med i avtaler – men jeg tenker for min egen del at det er klokt at vi blir enda mer samarbeidende også på

flere store områder. Vi har mange erfaringer med at gjøre vi det, klarer vi faktisk å nå de målene vi setter oss. Viljen er i alle fall til stede fra Kristelig Folkepartis side. Vi skal gjøre vårt så godt som vi kan.

Presidenten: Det var vel en grei avslutning på denne debatten. Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 5, 6 og 7. (Votering, se side 1239)

S a k n r . 8

Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen sikre at de særskilte reglene for legemiddelassistert behandling (LAR) i forskrift fortsatt vil stille krav til at medikamentfri behandling skal være prøvd, gjerne flere ganger, og at dette bare i særskilte tilfeller kan fravikes. Reglene for LAR i forskrift må også innebære krav om kontroll til urinprøver, krav om individuell plan og krav om at pasienten skal ha langvarig bruk av narkotika bak seg, og at dagens utskrivningskriterier hjemles i forskrift.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1241)

S a k n r . 9

Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere en innføring av rett til å tvangsbehandle LAR-pasienter som er gravide.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1242)

S a k n r . 10

Forslag fra stortingsrepresentant Knut Arild Hareide på vegne av Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen foreta en kartlegging av hvordan skolehelsetjenestetilbudet rundt i landet er, og på bakgrunn av dette vurdere behovet for en nasjonal minstestandard for skolehelsetjenesten.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1242)

S a k n r . 11

Forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge ledig behandlingsskapasitet innen barne- og ungdomspsykiatrien, og legge saken fram for Stortinget på egnet måte.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1242)

S a k n r . 12

Forslag oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen stortingsmelding om barns og unges helse.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1242)

S a k n r . 13

Forslag oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007 (jf. Innst. O. nr. 10):

«Stortinget ber Regjeringen etablere/legge til rette for en ny nettside for barn og unge med psykiske lidelser: BUP på Internett.»

Presidenten: Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 1242)

Etter at det var ringt til votering, uttalte **presidenten:** Stortinget skal da votere over sakene nr. 1–13.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt fram 17 forslag. Det er

- forslagene nr. 1 og 2, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti
- forslagene nr. 3–10, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet og Høyre
- forslagene nr. 11–14, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet
- forslagene nr. 15 og 16, fra Laila Dāvøy på vegne av Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 17, fra Gunvald Ludvigsen på vegne av Venstre

Det voteres først over forslag nr. 17, fra Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at en kan få flere typer helsepersonell inn i hjemmet slik at eldre kan få en vurdering av sine helsebehov i egne omgivelser.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Venstre ble med 91 mot 7 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.01.42)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 15 og 16, fra Kristelig Folkeparti.

Forslag nr. 15 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2008 bevilges under:

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	1	Driftsutgifter	136 543 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres ...</i>	4 433 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	208 306 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	37 084 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 272 000	
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	36 056 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	17 500 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	434 598 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	390 253 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres ...</i>	16 106 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	7 659 000	
715		Statens strålevern		
	1	Driftsutgifter	63 605 000	
	21	Oppdragsutgifter	38 220 000	
716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter	34 982 000	
718		Alkohol og narkotika		
	21	Spesielle driftsutgifter	37 911 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	17 199 000	
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	100 374 000	
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	53 704 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	42 584 000	
	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	29 263 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	27 069 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	16 748 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	18 287 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	16 047 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	15 948 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	358 938 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	21	Spesielle driftsutgifter	44 321 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	52 692 000	
721		Statens helsetilsyn		
	1	Driftsutgifter	71 644 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	1	Driftsutgifter	82 766 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	26 855 000	
723		Pasientskadenemnda		
	1	Driftsutgifter	26 696 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter	28 617 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	18 268 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	130 607 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	41 539 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 800 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	1	Driftsutgifter	95 762 000	
726		Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 578 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	75 828 000	
	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	81 498 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	9 100 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	54 002 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	48 082 000	
	70	Tilskudd	18 415 000	
729		Annen helsetjeneste		
	1	Driftsutgifter	31 996 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	107 556 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	108 885 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 830 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	2 486 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 549 506 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	31 974 980 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	10 799 863 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	7 989 453 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	6 928 639 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	16 821 439 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 032 132 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	785 054 000	
	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	257 900 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 059 092 000	
	82	Investeringslån	1 720 000 000	
	83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i> ...	55 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	83 808 000	
742		Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern		
	1	Driftsutgifter	33 528 000	
	70	Tilskudd	1 968 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	22 524 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	3 512 791 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	403 295 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	120 146 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i> ..	2 326 582 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	51 476 000	
750		Statens legemiddelverk		
	1	Driftsutgifter	151 345 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> ...	3 858 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 291 000	
	70	Tilskudd	48 614 000	
760		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 690 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 898 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	118 661 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	141 038 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	481 033 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	199 730 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	77 842 000	
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	76 864 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	139 774 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	24 291 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	59 517 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	11 321 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	75	Kompetansetiltak	3 554 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 162 000	
	77	Kompetansesentra mv.	92 255 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	11 692 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 065 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	167 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	1 035 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstituttt	398 500 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 402 700 000	
	72	Sykepleieartikler	1 220 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 416 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	210 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	210 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 551 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 493 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	40 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	84 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	84 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	320 000 000	
		Totale utgifter		115 260 318 000
I n n t e k t e r				
3703		Internasjonalt samarbeid		
	3	Refusjon fra Utenriksdepartementet	17 500 000	
3710		Nasjonalt folkehelseinstituttt		
	2	Diverse inntekter	140 408 000	
	3	Vaksinesalg	105 300 000	
3715		Statens strålevern		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 741 000	
	5	Oppdragsinntekter	38 426 000	
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter	2 023 000	
3720		Sosial- og helsedirektoratet		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 234 000	
	4	Gebyrinntekter	1 396 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	2	Diverse inntekter	1 083 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
3724	2	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell Gebyrinntekter	17 168 000	
3725	3	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oppdragsinntekter	115 000	
3732	80	Regionale helseforetak Renter på investeringslån	350 000 000	
3750	2	Statens legemiddelverk Diverse inntekter	1 835 000	
	4	Registreringsavgift	82 007 000	
	6	Refusjonsavgift	2 310 000	
3751	3	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak Tilbakebetaling av lån	164 000	
		Totale inntekter		763 710 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 post 1	kap. 3710 post 2
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 2 og 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2 og 5
kap. 716 post 1	kap. 3716 post 2
kap. 720 postene 1 og 21	kap. 3720 postene 2, 3 og 4
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 2
kap. 724 post 1	kap. 3724 post 2
kap. 725 post 1	kap. 3725 post 3
kap. 729 post 1	kap. 3729 post 2
kap. 750 post 1	kap. 3750 post 2

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710	21	Nasjonalt folkehelseinstitutt Spesielle driftsutgifter	180 mill.kroner
720	22	Sosial- og helsedirektoratet Elektroniske resepter	35 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan gi de fire regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 7 300 mill. kroner.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan overføre hjemmelen til tomt gnr. 31 bnr. 382 i Bodø kommune fra Sosialdepartementet til Nordland fylkeskommune.
3. investeringslån til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.»

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sikre at ruspasienter som er rettighetspasienter, får en lovfestet rett til tilbud om en plass i en rusinstitusjon i påvente av behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Kristelig Folkeparti ble med 92 mot 6 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 20.02.06)

Presidenten: Det votes over forslagene nr. 11–14, fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for en styrking av bemanningen i Norsk pasientskadeerstatning for å få ned saksbehandlingstiden, samt sørge for at det gis mulighet til personlig fremmøte for å kunne legge frem og forsvare muntlig sin sak.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir innført autorisasjon av naprapati i Norge etter lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen også etter 2009 opprettholde øremerking av midler til kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse og ikke innlemme disse midlene i rammebevilgninger.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at kommunene fører venteliste over hvor mange som til enhver tid ut ifra sin helsetilstand fyller kravene for å motta tilbud om en sykehjemsplass, men som ikke får det grunnet manglende sykehjemsplasser i kommunen.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.02.30)

Presidenten: Det votes over forslagene nr. 3–10, fra Fremskrittspartiet og Høyre.

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å gi Statens helsetilsyn sanksjonsmuligheter overfor de institusjoner og kommuner der det avdekkes regelbrudd.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen bidra til at flere kommuner får del i prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving.»»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen bidra til at et prosjekt «Undervisningshjemmetjenester» etter modell av undervisningssykehjem kan settes i verk.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til en styrking av kompetansetiltak for ansatte uten fagutdanning i omsorgstjenesten.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til en ny og forbedret finansiering av fagskole innen helse- og sosialfag.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen bidra til at det utdannes minst 10 geriatere årlig i planperioden frem til 2015.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gi en årlig statusrapport om oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 som del av Kommuneproposisjonen.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen intensivere arbeidet med å overføre flere legemidler fra individuell refusjon til generell refusjon og gi en redegjørelse om status i dette arbeidet i løpet av våren 2008.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet og Høyre ble med 65 mot 33 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.02.56)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 1 og 2, fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen følge opp Stortingets vedtak om svangerskaps- og fødselsomsorgen, jf. Innst. S. nr. 300 (2001-2002).»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen opprette en egen tilskuddsordning for bygging av 2 800 boliger til mennesker med psykiske lidelser.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 59 mot 39 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 20.03.20)

Komiteen hadde innstilt:

I

På statsbudsjettet for 2008 bevilges under:

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	1	Driftsutgifter	136 543 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 433 000	
701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	209 006 000	
702		Helse- og sosialberedskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	37 084 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 272 000	
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	36 056 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	17 500 000	
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	434 598 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	400 253 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> ..	16 106 000	
712		Bioteknologinemnda		
	1	Driftsutgifter	7 659 000	
715		Statens strålevern		
	1	Driftsutgifter	63 605 000	
	21	Oppdragsutgifter	38 220 000	
716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	1	Driftsutgifter	34 982 000	
718		Alkohol og narkotika		
	21	Spesielle driftsutgifter	37 911 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	17 199 000	
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	90 374 000	
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	56 704 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	52 584 000	
	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	29 263 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 069 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	16 748 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	19 287 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	16 047 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i> ...	15 948 000	
720		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	358 938 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	44 321 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	52 692 000	
721		Statens helsetilsyn		
	1	Driftsutgifter	71 644 000	
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	1	Driftsutgifter	82 766 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	26 855 000	
723		Pasientskadenemnda		
	1	Driftsutgifter	26 696 000	
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	1	Driftsutgifter	28 617 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	18 268 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	130 607 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	41 539 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 800 000	
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	1	Driftsutgifter	95 762 000	
726		Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddel-avhengige		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 578 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	65 828 000	
	71	Kjøp av opp trening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	81 498 000	
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	9 100 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	54 002 000	
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	48 082 000	
	70	Tilskudd	21 415 000	
729		Annen helsetjeneste		
	1	Driftsutgifter	31 996 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	107 556 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	98 885 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 830 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	2 486 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 349 806 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	31 969 980 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	10 799 863 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	7 989 453 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	6 928 639 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	16 821 439 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 032 132 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	783 054 000	
	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	457 900 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 059 092 000	
	82	Investeringslån	1 720 000 000	
	83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i> ..	55 000 000	
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	83 808 000	
742		Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern		
	1	Driftsutgifter	33 528 000	
	70	Tilskudd	1 968 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	22 524 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	3 512 791 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	403 295 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	120 146 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	2 326 582 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	51 476 000	
750		Statens legemiddelverk		
	1	Driftsutgifter	151 345 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i> ..	3 858 000	
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 291 000	
	70	Tilskudd	48 614 000	
760		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 690 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 898 000	
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	102 661 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	126 038 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	481 033 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	189 730 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	77 842 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	19 864 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	119 774 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	16 291 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	59 517 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	11 321 000	
	75	Kompetansetiltak	3 554 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 162 000	
	77	Kompetansesentra mv.	92 255 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	11 692 000	
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 065 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	167 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	1 035 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	398 500 000	
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 470 700 000	
	72	Sykepleieartikler	1 220 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 486 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	210 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	210 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 551 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 493 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	40 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	84 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	84 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	320 000 000	
		Totale utgifter		115 260 318 000
I n n t e k t e r				
3703		Internasjonalt samarbeid		
	3	Refusjon fra Utenriksdepartementet	17 500 000	
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	2	Diverse inntekter	140 408 000	
	3	Vaksinesalg	105 300 000	
3715		Statens strålevern		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 741 000	
	5	Oppdragsinntekter	38 426 000	
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	2	Oppdragsinntekter	2 023 000	

Kap.	Post	Formål	Kroner	Kroner
3720		Sosial- og helsedirektoratet		
	2	Salgs- og leieinntekter	2 234 000	
	4	Gebyrinntekter	1 396 000	
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	2	Diverse inntekter	1 083 000	
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	2	Gebyrinntekter	17 168 000	
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	3	Oppdragsinntekter	115 000	
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	350 000 000	
3750		Statens legemiddelverk		
	2	Diverse inntekter	1 835 000	
	4	Registreringsavgift	82 007 000	
	6	Refusjonsavgift	2 310 000	
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	3	Tilbakebetaling av lån	164 000	
		Totale inntekter		763 710 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 3
kap. 710 post 1	kap. 3710 post 2
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 2 og 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2 og 5
kap. 716 post 1	kap. 3716 post 2
kap. 720 postene 1 og 21	kap. 3720 postene 2, 3 og 4
kap. 721 post 1	kap. 3721 postene 2 og 4
kap. 722 post 1	kap. 3722 post 2
kap. 724 post 1	kap. 3724 post 2
kap. 725 post 1	kap. 3725 post 3
kap. 729 post 1	kap. 3729 post 2
kap. 750 post 1	kap. 3750 post 2

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	180mill.kroner
720		Sosial- og helsedirektoratet	
	22	Elektroniske resepter	35 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan gi de fire regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 7 300 mill. kroner.
2. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan overføre hjemmelen til tomt gnr. 31 bnr. 382 i Bodø kommune fra Sosialdepartementet til Nordland fylkeskommune.
3. investeringslån til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.

Presidenten: Det er Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet som står bak innstillingen.

Presidenten antar at Fremskrittspartiet og Høyre vil stemme imot innstillingen under disse romertall. – Det nikkes.

Presidenten antar også at Kristelig Folkeparti og Venstre nå vil støtte innstillingen? – Det bekreftes.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble bifalt med 64 mot 34 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.04.25)

Videre var innstilt:

VI

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det blir etablert et selvstendig, brukerstyrt kompetanse- og ressurscenter innenfor habilitering av barn med hjerneskade.

VII

Stortinget ber Regjeringen sørge for at fritaket for balansekravet ikke fører til en utilsiktet forskjellsbehandling for de private, ideelle sykehusene som er etablert innenfor de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar.

VIII

Stortinget ber Regjeringen om å legge frem en sak om innføring av et nasjonalt meldesystem for feil og mangler i helsevesenet, samt hvordan åpenhet om kvaliteten på tilbudet som gis, skal kunne praktiseres på forsvarlig måte.

IX

Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en forpliktende økonomisk opptrappingsplan som kan sikre realiseringen av den fremlagte rehabiliteringsstrategien.

X

Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene.

XI

Stortinget ber Regjeringen om at det opprinnelige måltallet på 500 plasser for psykiatrisk døgnbehandling av barn og unge opprettholdes.

XII

Stortinget ber Regjeringen om å foreta en nærmere undersøkelse av situasjonen for pasienter med svært alvorlige lidelser som mangler et adekvat bo- og behandlingstilbud, og fremlegge en handlingsplan for hvordan disse pasientenes behov kan ivaretas bedre.

XIII

Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge en handlingsplan for hvordan behovene til pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan ivaretas på en helhetlig måte.

Presidenten: Her er det Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre som har innstillingen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble med 53 mot 45 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.04.59)

Videre var innstilt:

XIV

Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.

Presidenten: Her står hele komiteen bak innstillingen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten har Harald T. Nesvik satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at MS-pasienter til enhver tid får tilbud om den behandling vedkommende har mest nytte av, herunder legemidlet Tysabri og andre fremtidige legemidler med samme virkestoff, uavhengig av hvor i landet de bor.»

Det vil bli votert alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:74 (2006-2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Jan-Henrik Fredriksen og Per Egil Evensen om å sørge for at multipel sklerose (MS)-pasienter til enhver tid får tilbud om den behandling vedkommende har størst nytte av, herunder legemidlet Tysabri – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet ble innstillingen bifalt med 78 mot 20 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.06.14)

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten har Jorodd Asphjell satt fram et forslag på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Dokument nr. 8:56 (2006-2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Børge Brende og Trond Helleland om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering – vedlegges protokollen.»

Det vil bli votert alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget ber Regjeringen fremme et forslag om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, med øremerkede midler til å styrke tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det må også etableres særskilte tilskudd for å stimulere helhetlige tilbud i samhandling mellom disse.

Presidenten: Det er Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre som står bak innstillingen.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble forslaget bifalt med 53 mot 45 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.07.27)

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har Harald T. Nesvik satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fastsette krav om responstid for ambulansetjenesten i hele landet.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 76 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.08.00)

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 5

Presidenten: Under debatten er det satt fram 23 forslag. Det er

– forslagene nr. 1–5, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti

– forslagene nr. 6–23, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet

Det votes over forslagene nr. 6–23, fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om etablering av en ordning med statlig eldreombud.»

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av finansieringsmodellen for eldreomsorgen med sikte på en statlig overtagelse av finansieringsansvaret.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det innføres fritt brukervalg for alle pleie- og omsorgstjenester.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det innføres registrering av de som får avslag på søknader om pleie- og omsorgstjenester.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det innføres ventelisteregistrering av de som har fått innvilget søknad, og som venter på sykehjemsplass.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede muligheten for å innføre RAI/RUG-systemet som grunnlag for betaling av institusjonsomsorgen.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å tillegge Sosial- og helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for beman-

ningsplanene ved landets sykehjem, slik at pleietrengende sykehjemsbeboere sikres et faglig forsvarlig nivå på bemanningen, uavhengig av bosted.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen innføre statlige bemanningsnormer for sykehjem, både når det gjelder leger og sykepleiere.»

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en fremdriftsplan for hvordan man innen 2012 skal oppnå 25 prosent dekningsgrad av heldøgns pleie- og omsorgsplasser i forhold til antall eldre over 80 år.»

Forslag nr. 15 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å endre fribeløpet i vederlagsforskriften til 25 prosent av grunnbeløpet i folketrygden.»

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen innføre bindende normerte satser og kriterier for omsorgslønn.»

Forslag nr. 17 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen overføre finansieringsansvaret for trygghetsalarmer til folketrygden.»

Forslag nr. 18 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme en plan med incentiver for å heve statusen til og tilgangen på arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren, samt for å øke bruken av frivillig sektor.»

Forslag nr. 19 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen innføre krav om vandsattest for de som jobber i pleie- og omsorgssektoren.»

Forslag nr. 20 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremlegge en plan for å sikre en økning av antall medisinske sengeposter ved norske sykehus.»

Forslag nr. 21 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede muligheter for bruk av sykehjemsmoduler.»

Forslag nr. 22 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen innføre forsøk i enkelte kommuner med bruk av registreringssystem, jf. bruk av «Digitalpenn» i Solna Stad i Sverige.»

Forslag nr. 23 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen endre finansieringen av legemidler i sykehjem slik at sykehjemsbeboere får dekket utgifter til legemidler på samme måte som eldre som bor utenfor institusjon.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.09.06)

Presidenten: Så er det forslagene nr. 1–5, fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det utarbeides en klar definisjon for hva som skal betegnes som heldøgns pleie- og omsorgstilbud.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om å implementere oppsøkende og forebyggende hjemme-sykepleie i lov om helsetjenesten i kommunen, i tråd med innholdet i forslaget i Dokument nr. 8:83 (2006-2007).»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av refusjonsordningene for fysioterapi med den hensikt å lage et enhetlig regelverk for hele landet.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede det organisatoriske og finansielle ansvaret for driften av intermedieære avdelinger og hospice.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en ordning med stimuleringstiltak eller øremerkede driftstilskudd til eldrecentre i Norge.»

Det vil bli votert alternativt mellom disse forslagene og komiteens innstilling.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:83 (2006-2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Carl I. Hagen, Siv Jensen og Harald T. Nesvik om en fremdriftsplan for å sikre en varm, valgfri og verdig eldreomsorg som skinner – bifalles ikke.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslagene fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ble innstillingen bifalt med 71 mot 27 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.09.59)

V o t e r i n g i s a k n r. 6

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

– forslag nr. 1, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti

– forslag nr. 2, fra Vigdis Giltun på vegne av Fremskrittspartiet

Forslaget fra Fremskrittspartiet lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til lov som gir reell klagerett for å gi eldre en trygg og verdig alderdom.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.10.44)

Presidenten: Forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en verdividighetsgaranti i norsk eldreomsorg, hjemlet i lov og forskrift, med følgende rettigheter:

1. Alle eldre skal tilbys en boform som er riktig og forsvarelig ut fra den enkeltes behov og medisinske tilstand.
2. Ingen skal oppleve underernæring. Alle skal få nødvendig hjelp til måltider.
3. Alle skal ha rett til et mest mulig normalt liv, med en normal døgnrytme og nødvendig hjelp til personlig hygiene.
4. Alle som ønsker det, skal få delta på dag- eller aktivitetstilbud.
5. Alle demente mennesker som har behov for å bo på atskilte demensenheter, skal få tilbud om dette.
6. Alle skal få rett medisin. Forskrivingen av legemidler må samordnes for å hindre feil.
7. Alle som bor på sykehjem, skal følges opp av faste sykehjemsleger med spesialisering i allmenmedisin eller geriatri.
8. Alle på sykehjem som ønsker det, skal få enerom. Alle som ønsker det, skal få samtale om eksistensielle spørsmål med fagpersonell fra egne samtaleteam i kommunene. Alle skal ha rett til å dø der de selv ønsker det. Alle skal få mulighet til å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen.

Omsorgen skal bidra til rehabilitering så langt det er mulig.»

Det vil bli votert alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstilt:

Dokument nr. 8:104 (2006-2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Åse Gunhild Woie Duesund, Laila Dåvøy og Dagfinn Høybråten om innføring av verdividighetsgaranti i eldreomsorgen – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti ble innstillingen bifalt med 71 mot 27 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.12.08)

Votering i sak nr. 7

Presidenten: Under debatten har Sonja Mandt-Bartholsen satt fram et forslag på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Dokument nr. 8:114 (2006-2007) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Ine Marie Eriksen Søreide og Gunnar Gundersen om et kunnskapsløft for omsorgstjenesten – vedlegges protokollen.»

Det vil bli votert alternativt mellom dette forslaget og innstillingen fra komiteen.

Komiteen hadde innstilt:

Stortinget ber Regjeringen:

1. Utarbeide en plan som sikrer at alle ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten får et tilbud om faglig kvalifisering.
2. Utarbeide en plan for dimensjonering av utdanningskapasiteten for helsefagarbeidere, slik at det kan utdannes et tilstrekkelig antall personell til å nå målsettingen om at alle ansatte i omsorgssektoren skal ha fagkompetanse.
3. Vurdere behovet for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell, for å sikre at en større andel av ansatte i omsorgssektoren har høyere utdanning.
4. Utarbeide tiltak for å sikre økt rekruttering av leger til omsorgssektoren.
5. Utarbeide en plan for å styrke forskning og fagutvikling i omsorgstjenesten.
6. Utarbeide en plan for å styrke tilbudet om etterutdanning og spesialisering for ansatte i omsorgstjenesten.

Presidenten: Presidenten gjør oppmerksom på at det er Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre som står bak innstillingen.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble forslaget bifalt med 53 mot 45 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 20.13.13)

Votering i sak nr. 8

Presidenten: Det votes over forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sikre at de særskilte reglene for legemiddelassistert behandling (LAR) i forskrift fortsatt vil stille krav til at medikamentfri behandling skal være prøvd, gjerne flere ganger, og at dette bare i særskilte tilfeller kan fravikes. Reglene for LAR i forskrift må også innebære krav om kontroll til urinprøver, krav om individuell plan og krav om at pasienten skal ha langvarig bruk av narkotika bak seg, og at dagens utskrivningskriterier hjemles i forskrift.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 76 mot 22 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.13.42)

Votering i sak nr. 9

Presidenten: Det voteres over forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere en innføring av rett til å tvangsbehandle LAR-pasienter som er gravide.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti ble med 78 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.14.06)

Votering i sak nr. 10

Presidenten: Det voteres over forslag fra stortingsrepresentant Knut Arild Hareide på vegne av Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en kartlegging av hvordan skolehelsetjenestetilbudet rundt i landet er, og på bakgrunn av dette vurdere behovet for en nasjonal minstestandard for skolehelsetjenesten.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Kristelig Folkeparti ble med 92 mot 6 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.14.28)

Votering i sak nr. 11

Presidenten: Det voteres over forslag fra stortingsrepresentant Sonja Irene Sjøli på vegne av Høyre oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge ledig behandlingsskapasitet innen barne- og ungdomspsykiatrien, og legge saken fram for Stortinget på egnet måte.»

Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre har varslet at de vil støtte forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Høyre ble med 53 mot 45 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.15.01)

Votering i sak nr. 12

Presidenten: Det voteres over forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen stortingsmelding om barns og unges helse.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 53 mot 45 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.15.31)

Votering i sak nr. 13

Presidenten: Det voteres over forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 4. desember 2007. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen etablere/legge til rette for en ny nettside for barn og unge med psykiske lidelser: BUP på Internett.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 53 mot 45 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 20.15.57)

*S a k n r . 1 4**Referat*

1. (97) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Carl I. Hagen og Jan Arild Ellingsen om opprettelse av en sikkerhetskomité i Stortinget (Dokument nr. 8:30 (2007-2008))

Enst.: Sendes justiskomiteen, som forelegger utkast til Presidentskapet, som deretter avgir innstilling.

2. (98) Norsk politikk for forebygging av humanitære katastrofer (St.meld. nr. 9 (2007-2008))

Enst.: Sendes utenrikskomiteen.

Presidenten: Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 20.17.