

**Møte tirsdag den 20. januar 2009 kl. 10**

President: Carl I. Hagen

Dagsorden (nr. 42):

1. Interpellasjon fra representanten Inge Lønning til helse- og omsorgsministeren:

«Om lag 45 000 er rammet av leddgikt, som er en av de mest utbredte revmatologiske lidelsene i Norge. Ulike former for behandling kan bidra til å dempe sykdomsutvikling og lindre symptomer. Frem til 1999 fikk leddgikt pasienter et helhetlig behandlingstilbud ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Deretter ble ansvaret overført til den ordinære helsetjenesten. Pasientorganisasjonen Norsk Leddgiktforbund har påpekt at tilbudet på mange områder er mangelfullt. Ventetiden for utredning varierer fra 6 uker til 73 uker mellom ulike steder i landet, ifølge nettstedet «fritt sykehusvalg». Antall sengeplasser for leddgikt pasienter er redusert flere steder, eksempelvis ved Rikshospitalet.

Hvordan vurderer statsråden tilbudet om utredning og behandling for leddgikt pasienter, og hvilke tiltak vil Regjeringen iverksette for å styrke helsetilbudet for disse pasientene?»

2. Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide klare regler knyttet til innhenting av pasientjournaler. Reglene bør inneholde krav om å opplyse om formålet ved innhenting av slike opplysninger, avgrensninger i forhold til tid eller innhold og hvem som skal kunne be om pasientjournaler.»

3. Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):

«Stortinget ber Regjeringen om at det utformes klare regler for hvilke dokumenter som kan kreves, hvem i NAV som kan kreve dem, om disse kan fjernes eller kopieres og om hva som skal skje med dokumenter/kopier etter bruk.»

4. Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre en karantenetid i de tilfeller hvor det er åpenbart at det har foregått organisert trygdesvindel og i de tilfeller hvor det foreligger en rettskraftig dom på at alvorlig trygdemisbruk har skjedd. Det bes om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.»

5. Referat

**Presidenten:** Representantene Ulf Erik Knudsen, Rune J. Skjælaaen og Espen Johnsen, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Fra den møtende vararepresentant for Hordaland fylke, Audun Bjørlo *Lysbakken* foreligger søknad om å bli fritatt for å møte under den gjenværende del av representanten Ågot Valles permisjon fra og med 20. januar og inntil videre, av velferdsgrunner.

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

Fra Sosialistisk Venstrepartis stortingsgruppe foreligger søknad om sykepermisjon for representanten Heikki Holmås fra og med 20. januar og inntil videre.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:  
For Hordaland fylke: Aud Karin Oen  
For Oslo: Ingunn Gjerstad

**Presidenten:** Aud Karin Oen og Ingunn Gjerstad er til stede og vil ta sete.

*Valg av settepresident*

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

Presidenten vil foreslå Solveig Horne. – Andre forslag foreligger ikke, og Solveig Horne anses enstemmig valgt som settepresident for inneværende ukens møter.

Representanten Gunnar Gundersen vil fremsette et representantforslag.

**Gunnar Gundersen (H) [10:02:32]:** På vegne av representantene Martin Engeset, Elisabeth Røbekk Nørve, Torbjørn Hansen, Olemic Thommessen og meg selv vil jeg framsette forslag om å styrke bondens rettigheter til egen eiendom.

**Presidenten:** Representanten Inge Lønning vil fremsette et representantforslag.

**Inge Lønning (H) [10:03:01]:** På vegne av representantene Erna Solberg, Sonja Sjøli og meg selv har jeg gleden av å fremsette et forslag om å bedre kvaliteten i sykehus.

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

Sak nr. 1 [10:03:27]

*Interpellasjon fra representanten Inge Lønning til helse- og omsorgsministeren:*

«Om lag 45 000 er rammet av leddgikt, som er en av de mest utbredte revmatologiske lidelsene i Norge. Ulike former for behandling kan bidra til å dempe sykdomsutvikling og lindre symptomer. Frem til 1999 fikk ledd-

*giktspasienter et helhetlig behandlingstilbud ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Deretter ble ansvaret overført til den ordinære helsetjenesten. Pasientorganisasjonen Norsk Leddgiktforbund har påpekt at tilbudet på mange områder er mangelfullt. Ventetiden for utredning varierer fra 6 uker til 73 uker mellom ulike steder i landet, ifølge nettstedet «fritt sykehusvalg». Antall sengeplasser for leddgiktspasienter er redusert flere steder, eksempelvis ved Rikshospitalet.*

*Hvordan vurderer statsråden tilbudet om utredning og behandling for leddgiktspasienter, og hvilke tiltak vil Regjeringen iverksette for å styrke helsetilbudet for disse pasientene?»*

**Inge Lønning (H) [10:04:54]:** Kronisk leddgikt er en sykdom som karakteriseres ved betennelse i ledd, som gradvis kan føre til ødeleggelse av bein, brusk og leddkapsler. Årsaken til leddgikt er ukjent, men man vet en god del om forløpet av sykdomsprosessen. Sykdommen gir plager i form av smerter, stivhet og etter hvert funksjonsproblemer i dagliglivet. Alvorlighetsgraden kan variere, men vanligvis vil revmatoid artritt ha et kronisk, svingende forløp med gradvis forverring.

Det anslås at mellom 0,5 til 1 pst. av den voksne befolkning rammes av leddgikt. Rundt halvparten av pasientene har til enhver tid moderate eller alvorlige funksjonsproblemer. Sykdommen er tre–fire ganger mer vanlig hos kvinner enn hos menn. Forekomsten er høyest blant eldre. I aldersgruppen 60–69 år finner man at godt og vel 1,5 pst. av kvinnene har leddgikt og i aldersgruppen 70–79 år nesten 2 pst.

I sykdomsforløpet vil pasienter med leddgikt kunne utvikle alvorlig fysisk funksjonssvikt, ofte også med påvirket psykisk og sosial helse.

Leddgikt er en systemsykdom som også kan angripe indre organer. Mange leddgiktspasienter får også osteoporose, beinskjørhet. Dette skyldes at sykdommen ofte starter etter 50-årsalderen, at betennelsesforandringen i seg selv fremmer beintap, og at mange pasienter må bruke kortisonpreparater, som også er osteoporosefremkallende. Flere undersøkelser har vist at leddgikt forkorter livet med fra fem til ti år.

Frem til 1999 fikk leddgiktspasienter et helhetlig behandlingstilbud ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Deretter ble ansvaret overført til den ordinære helsetjenesten. En artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening fra 2007 viser at dagens behandling av revmatikere er preget av færre senger ved flertallet av revmatologiske sykehusavdelinger og kortere liggetid for pasientene. Sykehuset Buskerud fikk 20 plasser da OSR ble nedlagt. Nå er det to sengeplasser til revmatikere ved dette sykehuset. Rikshospitalet skulle være et landsdekkende tilbud til barn og ungdom. Sykehuset hadde frem til i høst 14 sengeplasser og egen avdeling. I august ble antallet sengeplasser redusert til ti. Avdelingen ble slått sammen med nevrologi. Pasientene opplever at dette svekker tilbudet og øker ventetidene. En mor fortalte at hennes ti år gamle sønn måtte vente i fem måneder på utredning ved Rikshospitalet på bakgrunn av mistanker om revmatisk sykdom.

Siden denne interpellasjonen ble levert inn, er opplys-

ninger om ventetider på nettstedet Fritt sykehusvalg oppdatert, og det viser ventetider for revmatologisk utredning opp mot tre år – tre år! Haukeland sykehus har den tvilsomme rekorden med 144 ukers ventetid for utredning, ifølge tall som er oppdatert pr. 19. januar i år. Mange andre sykehus har ventetider for utredning på ca. et år. Ifølge Norsk Leddgiktforbund får mange pasienter beskjed om at ventetiden i praksis er enda lengre enn det som oppgis på nettsiden.

For pasientene innebærer lang ventetid nødvendige helseproblemer og mulighet for å falle ut av arbeidslivet eller gå glipp av viktig skolegang. Det er åpenbart nødvendig å styrke behandlingstilbudet til dem som er rammet av leddgikt og andre revmatiske lidelser, for å sikre raskere utredning og behandling.

Den kommunale helsetjenesten spiller en viktig rolle for pasienter med leddgikt. Mangelfull kompetanse kan føre til sen diagnostisering og dermed forverring av sykdommen. Det er derfor behov for å styrke fastlegenes kunnskap om leddgikt og andre revmatiske sykdommer.

En pasient forteller at helsetjenesten brukte store ressurser til å operere inn en protese etter at albuen hennes var ødelagt av leddgikt. Fysioterapeuten som kom hjem for å bidra til rehabilitering av armen, hadde ingen erfaring med dette. Det førte til at pasienten ikke fikk den trening som var nødvendig for at hun kunne bruke armen igjen. Denne historien illustrerer at også det kommunale helse- og omsorgstilbudet må bli bedre dersom pasientene skal få effekt av den behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten.

Etter initiativ fra pasientorganisasjonene ble behovet for rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer utredet, og Stortinget besluttet i 1997 at det skulle opprettes et nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter. Dette senteret kom i drift fra 1999 og er lokalisert ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Det består av en fagutviklings- og formidlingsenhet i tillegg til en revmatologisk rehabiliteringsenhet med fem sengeplasser til tverrfaglig rehabilitering.

Ifølge en studie som er utført av doktor Margaret Grotle ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter har det foregått en dreining av den sykehusbaserte virksomheten – bort fra rehabilitering og opptrening til diagnostisering, operative inngrep og poliklinisk behandling. Dette kan være uheldig for pasienter med alvorlig sykdom og med behov for tverrfaglig kartlegging og oppfølging. Til tross for store fremskritt i behandlingen av revmatiske sykdommer opplever mange pasienter et betydelig funksjonstap med psykiske, sosiale og økonomiske konsekvenser. Mennesker med leddgikt har økt risiko for å falle ut av arbeidslivet, med de negative konsekvenser dette har for deres sosiale liv og for deres livskvalitet.

Rehabiliteringstilbudet i de regionale helseforetakene er svært mangelfullt. En undersøkelse Helsedirektoratet har gjennomført, viser at 51 pst. av de spurte innenfor gruppen med muskel- og skjelettsykdommer sier at de har behov for opphold i opptreningsinstitusjon. Bare 10 pst. har fått et slikt tilbud. Når det gjelder fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus, sier 29 pst. at de har behov for dette. 5 pst. har fått et slikt tilbud.

I Helse Nord's Handlingsplan for revmatologi 2008–2013 står det at rehabilitering er en helt nødvendig del av behandlingen av pasienter med revmatisk sykdom, men at det tilbys kun til 6 pst. av pasienter med inflammatorisk sykdom og i enda mindre grad til pasienter med artrose og bløtdelsrevmatisme.

Den nevnte studien av Margaret Grotle viser at svært mange pasienter som får rehabilitering på opptreningsinstitusjoner, har like gode resultater som pasientene som får rehabilitering ved revmatologisk avdeling på sykehus. Selv om rehabiliteringen i opptreningsinstitusjoner varer lenger, er den likevel langt billigere. Studien viser også at pasientene er like fornøyd med tilbudet de får i opptreningsinstitusjon, som med det de får på sykehus.

Og så litt mer direkte, noen utfordringer til statsråden.

Ventetidene for diagnostisering er opp mot tre år ved Haukeland sykehus, ca. ett år ved mange andre sykehus i landet. Ventetiden fører til dårlig funksjonsnivå, unødvendige lidelser for pasientene og økte utgifter til trykdeytelser og helsetjenester for samfunnet. Hva vil statsråden gjøre for å redusere ventetiden for pasienter som rammes av leddgikt og andre revmatiske sykdommer?

I Soria Moria-erklæringen lover Regjeringen rehabilitering til alle som trenger det. Den 8. desember demonstrerte 40 pasientorganisasjoner og fagforeninger utenfor Stortinget mot Regjeringens brutte løfter når det gjelder rehabilitering. Fasiten etter tre år er at det er kuttet i private opptreningsinstitusjoner med 53 700 behandlingdøgn. Den nevnte studien, utført av Margaret Grotle, viser at svært mange av pasientene som får rehabilitering på opptreningsinstitusjoner, har like bra resultater som de pasientene som får rehabilitering ved revmatologisk avdeling på sykehus. Selv om rehabiliteringen i opptreningsinstitusjon varer lenger, er den likevel langt billigere. Mener statsråden fortsatt at det er fornuftig å bygge ned opptreningsinstitusjoner og bygge opp langt dyrere rehabiliteringstilbud i sykehus? Er dette i tråd med hans budskap om at vi må satse mer på helsetjenester utenfor sykehus?

Den siste utfordring: Nedleggelsen av Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus har ifølge Leddgiktforbundet ført til at mye spesialisert kompetanse om behandling av leddgikt pasienter og andre revmatikere er blitt forringet. Et nasjonalt kompetansesenter kan bidra til bedre kunnskap om behandling av leddgikt og andre revmatiske lidelser og kan understøtte og bedre kvaliteten på det tilbudet som gis i helseforetakene. I tillegg kan det være naturlig å samle høyspesialisert behandling ved et slikt kompetansesenter. Hvorledes vurderer statsråden dette forslaget?

Lodve Solholm hadde her teke over presidentplassen.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [10:14:54]:** Det er ingen tvil om at det er et stort og viktig spørsmål representanten Lønning tar opp. Dette er en viktig pasientgruppe. Tema i interpellasjonen berører jo kjernen i mange av de helsepolitiske debattene, nemlig spørsmålet om et likeverdigg behandlingstilbud til alle som et klart politisk mål.

Helsedirektoratet anslår at om lag 20 000 nordmenn er

rammet av leddgikt og andre beslektede sykdommer som Bekhterevs sykdom og psoriasis artritt. 15 000 har diagnosen leddgikt, og mellom 1 000 og 1 500 barn har barneleddgikt. Det er ingen tvil om at vi snakker om en stor gruppe pasienter som er avhengig av tett oppfølging både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom og innen nivåene i helsetjenesten er nødvendig for å gi disse pasientene et tilbud som dekker deres behov.

Da Stortinget behandlet St.meld. nr. 50 for 1993–1994 Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, også kalt helsemeldingen, ble det vedtatt å utrede hvorvidt Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus kunne gjøres om til et spesialisert rehabiliteringssenter for pasienter med ulike former for revmatisme og muskel- og skjelettlidelser. Det daværende Statens helsetilsyn utredet dette i samarbeid med representanter fra Norsk Leddgiktforbund, Norsk Revmatikerforbund og Oslo Sanitetsforening.

Helsetilsynets rapport fra 1996 konkluderte med at de fleste oppgavene innen utredning og behandling måtte skje lokalt. Rapporten påpekte at det var begrenset behov for en nasjonal behandlingseenhet, og at det først og fremst var barn med revmatisme som trengte dette. Rapporten viste også at tilbudet om spesialisert rehabilitering var mangelfullt, og at det manglet vitenskapelig dokumentasjon for behandlingsmetodene.

I oppfølgingen av rapporten ble Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter opprettet ved Diakonhjemmet Sykehus. Dette kompetansesenteret har vært et viktig kraftsenter i norsk revmatologi ved å sørge for god kompetanse og veiledning om revmatisme til helsepersonell i alle deler av helsetjenesten.

Videre ble all kirurgisk behandling av barneleddgikt lagt til Rikshospitalet, som har landsfunksjon i barne- og ungdomsrevmatologi, og som er nasjonalt kompetansesenter for barne- og ungdomsrevmatologi.

Det er gjort store framskritt i behandlingen av leddgikt de siste årene, spesielt gjelder dette utvikling av nye legemidler. Det er gledelig at en stor andel av pasientene har god eller moderat effekt av de nye legemidlene.

Det er viktig at leddgikt diagnostiseres tidlig, slik at man kommer raskt i gang med behandling. Utredning og oppstart av behandling skjer i spesialisthelsetjenesten, og riktig prioritering er viktig for å motvirke ulikheter og forskjeller i tilbudet. De nye prioriteringsveilederne som Helsedirektoratet har utviklet på flere fagområder, skal bidra til lik prioritering av pasienter uavhengig av bosted. De skal også sikre at de sykeste pasientene prioriteres høyest. Prioriteringsveilederen for pasienter med revmatiske sykdommer var blant de første fem som ble laget, og den ble lansert før jul.

Jeg tror det er veldig viktig å peke på det som nå skjer når vi har fått prioriteringsveilederen på plass. Jeg tror vi nettopp gjennom prioriteringsveilederen kan greie å få påvirket prioriteringene i helsevesenet i den retning at de som har mest behov, får behandling først, og at det blir en lik behandling uavhengig av bosted.

Interpellanten Lønning anfører at det er 6 til 73 ukers

ventetid på utredning for leddgikt, og han viste nå til noen enda nyere tall i sin interpellasjon. Det som er viktig å si, er at disse tallene gjelder generelt for personer med plager i muskel- og skjelettsystemet. Det er ikke mulig å skille ut leddgikt pasienter i dette materialet. Jeg vil påpeke at leddgikt pasienter er spesielt løftet fram i den nevnte prioriteringsveilederen for revmatiske sykdommer. Det som beskrives, er at når det gjelder plager i muskel- og skjelettsystemet, er det til dels lang ventetid på noen av sykehuse- ne våre. Det er i seg selv kritikkverdig. Men det er en for rask konklusjon å trekke at det også betyr at disse tallene er direkte overførbare til leddgikt pasienter, i hvert fall tatt den nevnte prioriteringsveilederen med i betraktningen.

Utviklingen av moderne behandlingsmetoder, spesielt nye og mer effektive legemidler, har redusert behovet for sengeplasser betydelig for denne gruppen. Bedre effekt av nye legemidler og mindre bruk av kirurgi har også endret behovet for rehabilitering for mange av disse pasientene.

Men det vil fortsatt være en gruppe, ikke minst eldre pasienter, som trenger tett oppfølging på grunn av store smerter og funksjonstap, og det vil være en gruppe som ikke har nytte av moderne legemidler. Derfor er det viktig at arbeidet med å få til strukturert, tverrfaglig rehabilitering fortsetter i alle deler av landet. Det er i tråd med førin- gene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008–2011.

Flere lærings- og mestringssentre har også tilbud til dem som har revmatiske sykdommer.

Pasienter med leddgikt har behov for godt utbygde tjenester i kommunen, som også interpellanten var inne på, samtidig som de har behov for spesialisert medisinsk eller kirurgisk behandling og rehabilitering. I arbeidet med samhandlingsreformen vil vi vurdere økonomiske, organisatoriske og juridiske virkemidler som kan understøtte gode pasientforløp for pasienter med kroniske lidelser. Det inkluderer selvfølgelig også pasienter med leddgikt.

**Inge Lønning (H) [10:21:51]:** Jeg takker statsråden for svaret, men må få lov til å påpeke at det var en del ting som jeg savnet i det svaret. For det første alt det som har med rehabiliteringstilbudet å gjøre, eller rettere sagt, det rehabiliteringstilbudet som det store, store flertall av pasienter som har bruk for det, ikke får, og – hvis dagens situasjon fortsetter – sannsynligvis aldri kommer til å få.

Jeg viste til undersøkelsen av Margaret Grotle, som er interessant nettopp fordi den påpeker at de få pasientene som får sjansen til å få et opphold i opptreningsinstitusjon, er meget fornøyde med den fremgangen de gjør, og som jeg pekte på, er det et relativt sett billig tilbud for norsk helsevesen.

Hvorfor er ikke statsråden villig til å ta opp den hansen og svare på hva han tenker når det gjelder å komme på offensiven for å innfri det løftet som Soria Moria- erklæringen uttrykkelig gir, om at alle som har bruk for rehabiliteringstilbud, skal få dette? Det var det ene.

Det andre er: Vi kan selvfølgelig fort bli enige om at tydeliggjøring av prioriteringsforskriften er viktig, men det løser jo ikke det grunnleggende problem, nemlig at ventetidene er, som jeg refererte til med en del talleksempler,

nesten skremmende lange. Når man tenker på hvilke smerter og hvilke funksjonsproblemer mennesker som rammes av denne sykdommen, faktisk sliter med, kan ikke flere års ventetid på utredning og behandling være akseptabelt.

Mitt spørsmål til statsråden er: Har han ikke på kort sikt noen virkemidler til rådighet som kan bringe disse ventetidene ned imot noe som likner på et akseptabelt nivå?

Til sist: Det er nøyaktig ti år siden man gikk til det skritt å nedlegge Oslo Sanitetsforenings Revmatismesyke- hus, som var det holdepunktet som mange av de tyngste leddgikt pasientene hadde å holde seg til. Den gangen ble de forsikret om at dette skulle medføre en mer offensiv holdning og et bedre tilbud. Det er ingenting som tyder på at vi i løpet av de ti årene faktisk har fått et bedre tilbud. Derfor ville jeg gjerne også ha statsrådets kommentar til spørsmålet om han mener at det kan være behov for et nasjonalt kompetansesenter.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [10:25:14]:** Hovedsvaret mitt er i tråd med den interpellasjonen som representanten Lønning har meldt skriftlig. Jeg går ut fra at man kan ha forståelse for at når han i sitt innlegg rett før stiller en rekke nye, konkrete spørsmål, er det naturlig at hovedsvaret tar utgangspunkt i det skriftlige spørsmålet jeg har fått, og det mener jeg at jeg har forsøkt å svare på på en god måte.

Selvfølgelig er prioriteringsveilederen svært viktig. Én ting er i hvert fall sikkert, og det er at det som har vært mitt utgangspunkt for spesialisthelsetjenestens virksomhet i 2009, er det beste budsjettet som noensinne er vedtatt. Det er i hvert fall mer penger der enn det representanten Inge Lønning har foreslått i denne salen. Så de økonomiske rammebetingelsene for virksomheten i 2009 er lagt bedre til rette enn noensinne. Da er det viktig med en faglig prioritering av ressursene i spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at vi har en klar og tydelig prioriteringsveileder som sørger for at de med størst behov får hjelp først.

Hvis det gjelder personer med store smerter og funksjonsproblemer, som er ord som representanten Lønning nå bruker, er selvfølgelig en ventetid på flere år uakseptabelt. Men jeg både mener og har tro på at folk som er i en situasjon med store smerter og funksjonsproblemer, ikke har en ventetid på flere år når det gjelder den type problemer. Så er det riktig, som representanten Lønning sier, at det finnes folk med muskel- og skjelettproblemer som har en ventetid på flere år. Det er også uakseptabelt. Men å dra det dit at man dermed er i en situasjon der folk med leddgiktproblemer og store smerter og funksjonsproblemer av norsk helsevesen gjennomgående tilbys en ventetid på flere år, mener jeg er feil.

På akkurat samme måte er det grunnleggende viktig at folk får den opptrening og rehabilitering som de har behov for, ut fra en prioritering. Jeg har ingenting imot at folk nyttiggjør seg et godt tilbud i opptreningsinstitusjoner, og det er veldig mange opptreningsinstitusjoner som fortsatt er til stede. Men det jeg insisterer på, er at det har vært rett å sanere en del av de opptreningsinstitusjonene vi har hatt, fordi mye av den faglige virksomheten der har vært

for dårlig. Det har også vært rett å bygge opp noe rehabiliteringskapasitet i norske sykehus. Men vi har mer igjen å gjøre på det området, og det må vi gripe fatt i. Spørsmålet om et kompetansesenter synes jeg er viktig å få vurdert. Jeg skal ta med meg det representanten Lønning sier i så måte.

**Sonja Mandt-Bartholsen (A) [10:28:47]:** Interpellanten tar opp et tema som er viktig å løfte opp til diskusjon, enten det gjelder ventetider for pasienter med leddgikt eller andre former for revmatisme, eller det gjelder ventetider for pasienter med andre sykdommer som er kroniske, og som trenger behandling.

Det å gå og vente på behandling, ofte med store smerter, er vondt, og det er heller ikke positivt for sykdommen, idet unødvendig ventetid kan gå ut over ledd og bevegelighet. I tillegg vil det være en stor psykisk belastning å gå og vente. Det ikke å få hjelp eller ikke å få en diagnose og komme seg videre i behandlingsskjeden oppleves som vanskelig, enten det er seks ukers ventetid, eller det er mer, som interpellanten har satt fokus på. Uansett er fokuset på sykdommen det som styrer livet for den enkelte, noe som en lett kan forstå. Derfor er det viktig å ha denne og andre pasientgrupper i fokus når det gjelder interpellantens spørsmål. En ser at når ventetiden er lang, vil det påvirke sykdomsutviklingen negativt. Da bør en være ekstra oppmerksom. Vi hørte alle Lønnings beskrivelse av hva som kan skje, enten ved å gå lenge eller ved å bruke medisiner.

Tidlig behandling vil kunne bidra til å opprettholde arbeidsevne, få tilbake livskvalitet og forebygge skader. Samtidig vet vi at det å få en diagnose vil være en lettelse for den enkelte, for da vet en i hvert fall hva en har å forholde seg til.

Det er viktig for alle med revmatiske sykdommer å komme til rett behandling, til rett tid og på rett plass. Mange har nok opplevd å være til behandling hos fastlegen lenge før en blir henvist videre, fordi debut av en del revmatiske lidelser ofte er diffuse og ikke alltid er like lett å avsløre med en gang. Muskel- og skjelettplager blir ofte nedvurdert og bagatellisert. Mange går lenge med vondt i kroppen før de tar kontakt med legen. Det er ofte mye som prøves først, med medisiner som tradisjonelt skal virke, og behandling som demper smerter og ubehag. Slik går tiden – og med nye medisiner dersom de første ikke virker. Dette er forståelig nok, for grensesnittet mellom muskel- og skjelettplager er vanskelig å oppdage og skille mellom. Her er kunnskap hos fastlegen en viktig faktor, og rutiner for å avdekke revmatiske sykdommer må tas i bruk.

Det er viktig at f.eks. leddgikt diagnostiseres tidlig, slik at man kan komme raskt i gang med behandling, og at utredning og oppstart av behandling skjer i spesialisthelsetjenesten. Riktig prioritering er viktig for å motvirke ulikheter og forskjeller i tilbudet.

Jeg vil nevne alle de gode, nye medisinerne som vi har fått, som har god effekt. De har bedret dagliglivet for mange, og det er veldig bra. Men likevel trenger mange mer. Mange får god hjelp, men en kan lett forstå at ventetid ikke er lett når en trenger enda mer hjelp.

Statsråden viste til de nye prioriteringsveilederne fra Helsedirektoratet som skal bidra til rett prioritering av pasientene, slik at de sykeste og de med mest behov for behandling kommer først. Det er positivt. Det er nødvendig, og det er bra å ha en sånn prioriteringsveileder, slik at en faktisk vet hvem som skal komme først. Men det er også viktig at dette gjøres godt kjent, slik at en får forståelse for hvorfor ikke alle kommer like raskt til behandling eller utredning. Dette kan kanskje gjøres i fagblader eller hos legen.

Samhandlingen, som statsråd Bjarne Håkon Hanssen nevner, mellom fastlegen og spesialistene må bedres. Det er helt i tråd med den tankegangen som Regjeringen har. Da kan kanskje løpet bli kortere. Det å kunne gi kunnskapen til dem som treffer pasientene først, og dermed gi mulighet for å avdekke hvem som skal hvor, litt raskere, vil kunne gi et smidigere løp for den enkelte og samtidig være besparende for samfunnet. Derfor er også samhandling her en viktig del av pasientforløpet.

Mange nordmenn har en revmatisk diagnose, og enda flere har udiagnostiserte eller diffuse muskel- og skjelettplager. Det er en stor gruppe som vil være synlig på budsjettposten når det gjelder sykepenger og uføretrygd. Derfor er det viktig å få ventetiden ned – for å avklare og komme videre.

Det er viktig at det er et likeverdig tilbud, som statsråden sier, uansett hvor en bor, økonomi, eller hva en trenger oppfølging med. Derfor er det bra at statsråden følger dette videre opp, og at Regjeringen fokuserer på saken.

**Harald T. Nesvik (FrP) [10:33:59]:** Interpellanten tar opp et svært viktig tema, og dette er et tema som gjelder mange personer. Én ting er den ene gruppen med leddgiktspasienter, men vi vet at når det gjelder muskel- og skjelettlidelser generelt sett, er vel kanskje det en av de største gruppene med hensyn til bl.a. frafall fra arbeidslivet og økte ytelser knyttet til nettopp uføretrygd og andre ytelser.

Det er nettopp i en slik setting at hele behandlingsforløpet blir viktig. Det er viktig å komme raskt inn til utredning, å få den utredningen foretatt og få en diagnostisering, sørge for at de som har behov for kirurgi, får det, og at de som trenger legemidler, får det, inn til rehabilitering og så videre tilbakeføring.

Statsråden sier i sitt svar til interpellanten at når det gjelder denne gruppen, er det sendt ut en prioriteringsveileder. Problemet er jo bare at det er nettopp utredningen det er lang ventetid på. Det er veldig vanskelig å gå inn og si at denne gruppen skal prioriteres før man faktisk er blitt utredet, og man vet hva som feiler den enkelte. Man kan ikke bare lettvis forklare det med at man har sendt ut en prioriteringsveileder, når man ikke får den utredningen og diagnostiseringen som er så viktig.

Det som har med rehabilitering å gjøre for denne gruppen, er også svært lite omtalt. Når det gjelder rehabilitering av leddgiktspasienter og av muskel- og skjelettlidelser generelt sett, vet vi at det er svært viktig med rehabiliterings- og opptreningsopphold. Det går på bevegelighet, det går på det å kunne takle sykdommen, og vi vet også

at svært mange av dem som får den gode oppfølgingen i alle ledd, og som var i jobb i utgangspunktet, kan fortsette i jobb betydelig lenger enn om man ikke hadde fått dette tilbudet. Vi vet også at det er svært nyttig å få et slikt opphold, slik at man kan få mindre smerter og fungere bedre i hverdagen. Det er heller ikke alle som skal rehabiliteres tilbake til jobb – mange har falt utenfor yrkeslivet.

Det er også gledelig at det har kommet svært mange nye legemidler, og la oss håpe at den utviklingen fortsetter. Dette er en gruppe som har behov for betydelig hjelp. Som også statsråden var inne på, er det etter hvert som alderen tynger, grunn til å tro – det vet vi vel for så vidt en del om også – at plagene blir større med alderen. Da er det viktig at vi nettopp har den kompetansen som vi i dag kan formidle ut til alle ledd i behandlingsskjeden. Jeg vil be om at statsråden i de vurderingene han nå skal foreta – og statsråden sa jo det i sitt andre innlegg her – vil se på nettopp det med kompetansebiten. Da er det jo viktig at vi kan bruke den kompetansen som vi allerede har begynt å opparbeide ved Diakonhjemmet Sykehus. La oss bruke den kompetansen. La oss utvide den kompetansen, slik at flere får tilgang til den, og at man kan drive med mer veiledning ut til kommunehelsetjenesten, som det er viktig har den kompetansen som de skal ha, slik at vi kan gi enda mer kompetanse til rehabiliteringsinstitusjonene, som har behov for ytterligere kompetanse, og ikke minst til slutt at pasientene også selv blir satt enda bedre i stand til å kunne takle sin egen sykdom. Jeg håper statsråden vil ta dette med seg og i hvert fall vurdere å utvide den virksomheten som allerede er ved Diakonhjemmet, slik at vi kan få disse tingene ytterligere opp og fram til nytte og glede for flere pasienter.

Jeg håper også at statsråden setter i gang og intensiverer arbeidet med at flere får rehabilitering og opptrening. Det er veldig viktig. Vi vet at det nytter med rehabilitering og opptrening, ikke bare i et samfunnsøkonomisk perspektiv, hvor man til de grader vil tjene på det ved at folk kan stå lenger i jobb eller bruke mindre medisiner etc., men også for den enkelte til å kunne takle sykdommen sin og for de pårørende som har den belastningen som de har i en slik situasjon. Ja, dette er en vinn-vinn-situasjon, og derfor er det viktig at vi bruker de ressursene som skal til, at vi sørger for at man gir rehabilitering. Eller: La oss sørge for at vi har økt kompetanse og innsats i alle ledd til glede for pasientene.

**Olav Gunnar Ballo (SV) [10:39:02]:** Jeg synes alltid det er spennende å høre på representanten Lønning, fordi han har et mangfold i sin tilnærming når det gjelder helsepolitiske spørsmål. Samtidig, hvis man summerer ulike interpellasjoner som har vært tatt opp om helsepolitiske spørsmål i denne salen, og skulle tenke seg å lage en felles konklusjon, ville den felles konklusjonen være at vi må gjøre mer av alt til alle. Og det er jo nettopp dilemmaet knyttet til helsebudsjettet: Vi kan ikke gjøre mer av alt til alle – jeg har jo nevnt det før og nevner det gjerne igjen. Det har vært synliggjort veldig godt i de to prioriteringsutvalgene som Inge Lønning har ledet. Man kan altså ikke gjøre mer av alt til alle.

Så påpeker man her – helt riktig – at det finnes en gruppe mennesker med revmatiske lidelser som må vente uforholdsmessig lenge. Så blir spørsmålet: Hvordan løser man et sånt problem? Løser man det problemet ved å basere seg på at markedet skal fungere, sånn at flere får behandling og køene dermed går ned? Svaret på det er åpenbart nei. Er det noe område der markedet ikke kan løse disse problemene, er det nettopp når det gjelder de gruppene vi her snakker om. For det første er kostnadene knyttet til behandling så høye hvis man skal få folk friske, at det ikke er lønnsomt for et marked å rydde opp i det. I tillegg har vi sett at det enkelte steder har vært en til dels betydelig overetablering av rehabiliteringsklinikker og opptreningsentre nettopp basert på markedet, men man har sortert de problemstillinger som man skal tjene penger på. Skal man klare å løse disse problemene, er man nødt til å se på hvor store ressurser man skal sette inn, hvordan man skal fordele ressursene for å ta ned køen, og hvordan det offentlige kan styre med at det ikke er markedet som gjør at man løper løpsk når det gjelder kostnader.

Et dokument som jeg har lest flere ganger, og som jeg synes er veldig godt, er det dokumentet, som jeg også har nevnt før, som daværende statsråd Tove Strand Gerhardsen fikk utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet i 1988, som heter Helse for alle år 2000. Der tok man for seg de ulike spesialitetene og satte opp en kalkyle over følgende: Hvor store volumer trenger vi når det gjelder ulike spesialiteter for å kunne avvikle køene? Hvor mange konsultasjoner i gjennomsnitt må vi påregne i hele befolkningen pr. år? Hvor mange konsultasjoner vil en spesialist kunne forestå? Og dermed i sum: Hvor mange trenger vi av hver spesialitet?

Når vi nå skal utvikle en samhandlingsreform, som jo statsråden er godt i gang med, burde man også se på en del sånne basistall, for hvis man ikke tenker seg at man skal styre spesialiststrømmen, noe jeg for så vidt synes statsråden uttrykkelig har sagt at man skal, betyr det bare at man får en ukontrollert vekst innenfor deler av helsevesenet som gjør det umulig f.eks. å ivareta denne gruppens behov. Det betyr at når det gjelder fordeling av faglige ressurser, må man evne å si nei til noe, og at også vi i denne salen må evne å si nei til noe. Da kan det ikke være sånn at budskapet i sum av alle interpellasjoner er at vi skal gi mer av alt til alle, for da vil det nettopp være svake grupper som blir rammet.

Jeg synes vi har vært gode til dette når det gjelder psykiatrien, ved at vi har fått satt fokus på det, styrket den gjennom en tiårsperiode, og vi ser nå kimen til at vi skal begynne å gjøre det samme innenfor rusfeltet, selv om vi har kommet for kort. Men hvis vi skal lykkes innenfor det feltet vi snakker om her, må vi gjøre det ut fra prioritet. Da kan vi ikke si at enhver som kommer til lege, og som beskriver at man har ømhet i muskulaturen, skal sikres et tilbud hos en revmatolog i løpet av veldig kort tid. Da må man nettopp si, sånn som statsråden også sier, at det må være de som har behov for spesialisten som skal ha prioritet. Det må også bety at man må bevare portvokterfunksjonen som fastlegen har, og si at en som har så alvorli-

ge plager som dette, selvfølgelig må sikres en plass hos revmatologen i neste uke. En som har behov for en ny hofteluddsprøse, skal selvfølgelig sikres at kirurgen får operert innen en måned. Men en som har relativt lette plager, som har normale blodprøver, og det da er stor sannsynlighet for at disse plagene ikke har med en revmatisk lidelse, men med helt andre mekanismer å gjøre, skal man løse problemene for på andre måter. Det krever et helsevesen som styres både politisk og faglig på en annen måte enn ved at markedet skal ordne opp i det. Dette synes jeg representanten Lønning har vært god til å påpeke når han har ledet to prioriteringsutvalg. Jeg synes ikke representanten Lønning er like god til å uttrykke det klart når han taler på vegne av Høyre.

**Laila Dávøy (KrF) [10:44:43]:** Jeg vil også takke interpellanten for å reise denne viktige problemstillingen. Dette er en sykdomsgruppe jeg har nær kjennskap til.

Det er av stor betydning å komme raskt til behandling for pasienter med leddgikt eller andre revmatiske sykdommer. Det er en forutsetning for å kunne motta behandling, som har blitt utviklet de senere årene. Rask behandling vil kunne forhindre eller forsinke at sykdommen utvikler seg. Blant annet har det, som flere har vært inne på, blitt utviklet medisiner den senere tid som kan bremse sykdomsutviklingen. Ventetiden, som interpellanten har vist til, er uakseptabelt lang og kan for mange preges av smerte og stivhet samt forringet livskvalitet. Revmatikere får ikke adekvat behandling før en diagnose er stilt.

Likeverdig tilgang på behandling i hele landet er et svært viktig prinsipp i våre helsetjenester. Det er beklagelig, slik også interpellanten synliggjorde i sitt innlegg, at ventetiden for behandling også er ulik, avhengig av hvor man bor i landet.

Revmatikere er en gruppe pasienter som har kroniske sykdommer. Disse passer dårlig inn i stadige runder med effektivisering på våre sykehus. Problemet for kronikerne er at det uansett hvor god behandling de får på et sykehus, vil de med største sannsynlighet dukke opp igjen etter en viss tid. De lar seg heller ikke behandle raskt. Ofte er sykdomsbildet sammensatt, og det er uvisst hvilken behandling som virker, om det er medisiner, smertelindring, operasjoner eller kanskje kombinasjoner av ulike typer behandling.

Videre er det ikke minst behov for rehabilitering etter behandling. Mange vil ha behov for flere rehabiliteringsopphold. I tider hvor sykehusene viser til at de skal holde budsjettene, er det kutt i tilbudene til kronisk syke som monner. Det har vi sett flere ganger. Mange av disse prioriteres heller ikke gjennom ordningen «Raskere tilbake», siden det er en snarvei til rehabilitering kun for mennesker som er sykmeldt fra arbeid. Mange kan ikke stille seg i den køen. Det er overfor kronisk syke at politiske prioriteringer er nødvendig når det kan være grunn til å frykte at helsetilbudet styres ut fra hva som er økonomisk lønnsomt i et snevert perspektiv, som flere har vært inne på.

Det er behov for å styrke behandlingen på flere områder, både på spesialistnivå og på kommunenivå. Det må være tilstrekkelig kompetanse for å kunne gi riktig be-

handling, også for å sikre god trening i lokalmiljøet. Det må være gode systemer for utveksling av kunnskap mellom sykehus og kommuner for å sikre pasientene et godt tilbud. Bassengtrening er noe som kan lindre symptomene for flere leddgikt pasienter. Dessverre er det svært mange pasienter som mangler et slikt tilbud i landet vårt i dag.

Det er flere som har vært inne på at rehabiliterings-tilbudet er for dårlig mange steder i landet. Som tidligere arbeids- og inkluderingsminister vet også statsråden at dette kan medføre at revmatikere faller ut av arbeidslivet. 33 pst. av utbetalinger til uførepensjon i Norge går til personer med muskel- og skjelettlidelser. Disse er også mottakere av 40 pst. av attførings- og rehabiliteringsstønad og så mye som 46 pst. av utbetalte sykepenger. Dette er tall fra 2006.

Et annet forhold jeg har lyst til å nevne, som bl.a. Norsk Revmatikerforbund har vært svært bekymret over, er omleggingen av fysioterapifinansieringen i forbindelse med årets budsjett. Allerede før en måned er gått av dette året, får vi meldinger om at fysioterapitjenesten i mange kommuner er presset, og at kronikere blir nedprioritert. Jeg håper at statsråden vil følge denne utviklingen nøye, og bidra til at ikke revmatikere og andre med kronisk sykdom rammes av den omleggingen som Regjeringen nylig initierte. Jeg er svært bekymret for dette.

Vi har et godt nasjonalt kompetansesenter ved Diakonhjemmet. Dette bør sannsynligvis styrkes, som også representanten Nesvik var inne på. Man bør vurdere å samle kanskje enda mer kompetanse her dersom det i dag framstår fragmentert, ikke minst med tanke på rehabilitering, oppfølging og veiledning.

**Trygve Slagsvold Vedum (Sp) [10:49:46]:** Det er et viktig og alvorlig tema for mange vi diskuterer i dag.

Jeg vil ta utgangspunkt i høringen i komiteen 31. oktober og innspillet fra Norsk Revmatikerforbund. I innspillet deres står det:

«Å få en revmatisk sykdom er som å få en ny jobb som varer livet ut. Altfor mange er uføretrygdet, men kunne vært i jobb dersom de hadde fått tidlig diagnostisering, nødvendig behandling, rehabilitering og opptrening.»

Jeg har vært medlem i helse- og omsorgskomiteen i tre-fire måneders tid. Jeg sitter med en dårlig følelse av at helsevesenet ikke hjelper nok de store grupper med kroniske sykdommer, bl.a. leddgikt pasienter. Det er vondt å høre og lese fra høringen med Revmatikerforbundet at de mener vi flytter ressursene fra de eldre til de yngre pasientene, og fra dem som *bare* trenger hjelp til å beholde livskvalitet, til dem som kan bli arbeidskraft, og videre at bare halvparten av dem som søker om statlig behandlingsreise til varmere strøk, får dette – resten får det ikke.

Slik jeg ser det nå, mener jeg at vi bør ha råd og plikt til å hjelpe dem som er verdig trengende, både til å komme i jobb og til å få et best mulig liv. Vi som samfunn burde ha råd og plikt til å hjelpe alle med de beste medisinene.

Jeg er glad for at de nye prioriteringsveilederne skal

bidra til bedre behandling for leddgikt pasienter generelt, og spesielt for dem som hører til områder der tilbudet har vært dårligst.

Det er positivt at det er blitt så gode resultater av behandling med nye medisiner – utrolig positivt når en leser om forskjellen fra bare 20–30 år siden til i dag. Det ser ut som det er en helt ny verden. Mange blir nesten symptomfrie, og skadene i ledd kan stoppe opp. Helt friske er det få som blir. Jeg vil understreke at effekten er best – det ser vi i alt vi leser – når diagnosen stilles tidlig. Det er viktig at behandling med de beste og dyreste medisinene kommer i gang tidlig, før det har blitt skader på viktige ledd.

Så er det viktig å forske videre, både for å kunne hjelpe dem som dagens medisiner virker dårlig på, og for å finne medisiner med mindre bivirkninger. Det er veldig negativt når et svekket immunforsvar tar bort noe av helsegevinsten ved de nye medisinene vi har fått.

Leddgikt er i stor grad en kvinnesykdom. Vi vet for lite om hvorfor det er slik. Det burde vært nødvendig, men jeg har likevel lyst til å si at det er viktig at innsatsen på forskning knyttet til behandling, rehabilitering og mestrings ikke må bli noe mindre fordi det i sterkere grad er en kvinnesykdom enn en mannesykdom.

Til slutt vil jeg si at etter å ha lest historien om behandlingen av leddgikt pasienter vil jeg framheve viktigheten av frivillig sektor – som Sanitetsforeningen og Norsk Revmatikerforbund – som løfter opp viktige problemstillinger. I min egen Region Innlandet er Sanitetsforeningens revmatismesykehus på Lillehammer et av fyrtårnene. Så her ser vi det viktige samspillet vi har mellom frivillig sektor og det offentlige.

**Gunvald Ludvigsen (V) [10:53:19]:** Som andre har sagt, er det eit viktig tema vi snakkar om. Eg tenkte eg skulle bruke nokre av dei tala som interpellanten var inne på. Han sa at mellom 0,5 pst. og 1 pst. av den vaksne befolkninga er ramma av leddgikt. Det høyrst ikkje så mykje ut når vi snakkar om prosent. Det er først når vi gjer det om til faktiske tal at vi får forståing av kor mange vi snakkar om. Viss vi gjer dette om til tal, er det, som interpellanten var inne på, 45 000 menneske i Noreg som er ramma av leddgikt. Det betyr at like mange er ramma av leddgikt i Noreg som det bur i den største byen i Nordland, Bodø. Så vi snakkar om ei stor gruppe.

Leddgikt er ein alvorleg, kronisk sjukdom som fører til mykje smerte og lidning for dei som blir ramma. Derfor er det viktig med tiltak som styrkjer den enkelte sine moglegheiter til å leve eit godt liv på eigne premissar. Slike tiltak er lønsame for samfunnet, for dei bidreg til at vi blir sjølvhjelpne og kan vere yrkesaktive. Ikkje minst er det å få delta i yrkeslivet svært viktig for oss alle saman. Det å ha eit arbeid å gå til er kanskje det mest helsefremjande verkemiddel i eit samfunn.

Det er urimeleg at ventetida for revmatologisk utgreiing er så lang. Det er uverdig å måtte vente på ei slik utgreiing, som vi høyrde, i kanskje bortimot tre år. Det er jo altfor lenge.

Statsråden var i sitt innlegg inne på – ikkje overra-

skande – samhandlingsreforma. Det er jo eit viktig område som statsråden og Regjeringa vil satse på. Ein har tru på at betre samhandling kan bidra både til raskare og betre utgreiing og behandling av dei som blir ramma av leddgikt og andre revmatiske lidningar. For det er jo andre store grupper utanom dei som får leddgikt; når det gjeld berre dei som får artrose, snakkar vi om kanskje 300 000 i Noreg.

Eg er einig i at samhandling er viktig, og eg trur at fastlegen vil måtte få ei viktigare rolle. Han har i dag ei viktig rolle for alle pasientar og naturlegvis også for denne pasientgruppa, men eg trur at det er eit potensial for betre og meir systematisk samarbeid mellom fastlege, revmatolog eller revmatologisk avdeling ved sjukehus, rehabilitering, som mange har vore inne på, og det totale kommunale helse- og sosialtenestetilbodet.

Men det er jo slik at system er ei side av denne saka. Kanskje det viktigaste av alt når vi snakkar om denne typen sjukdom – ofte ein litt usynleg sjukdom – er at desse pasientane verkeleg blir sedde, og at dei verkeleg blir tekne på alvor.

**Vigdis Giltun (FrP) [10:57:31]:** Interpellanten tar opp en pasientgruppe som har en alvorlig sykdom med store smerter og store lidelser. Denne pasientgruppen føler i dag at den ikke får et så godt tilbud som det de hadde for noen få år siden. Det er jo alvorlig i seg selv at det ikke går fremover, og at ikke pasientene får et bedre og bedre tilbud hvert år som går, men at de faktisk oppfatter det slik at kompetansen hos fagpersonell som skal behandle dem, er i ferd med å bli svekket, og at de har lengre ventetid og en større utrygghet i forhold til om de får behandling i tide.

Når det gjelder ventetid for utredning, var det en sak som vi hadde oppe i en interpellasjon her for litt over en uke siden, og det er et problem i seg selv. Selv om man har fått en prioriteringsveileder, avdekker altså ikke den de med de mest alvorlige lidelsene. Jeg viste til et eksempel i den interpellasjonen, hvor et radiologisk institutt hadde sett på 160 krefttilfeller, og hvor faktisk halvparten av dem ikke kunne avdekkes før det var stilt en diagnose. Det er altså først etter at en utredning er foretatt, at man kan si når det er riktig å sette inn behandling.

Det er også slik at forebygging er veldig viktig. Forebygging handler også om å forebygge utvikling av en sykdom. Så for dem som er i en tidlig fase av en sykdom, er det veldig viktig å få en diagnose og få behandling raskt for at vi ikke skal få flere og flere med langt fremskredne sykdomsplager.

Olav Gunnar Ballo sa at markedet kan ikke styre. Nei, markedet kan ikke styre, men pasientenes behov kan i hvert fall styre hvordan vårt helsevesen skal være, og det å prioritere ned pasienter ved å sette dem langt ned på en venteliste er ikke den rette måten å prioritere på når det gjelder hva man skal gjøre for offentlige midler.

Opptrening og rehabilitering er viktig, og vi har hatt en situasjon nå hvor det er flere og flere yngre som får opptrening, og det er flere og flere nye pasientgrupper, bl.a. innenfor diabetes og overvekt, som har behov for opptre-



ning, og da ville det vært riktig å øke opptreningstilbudet. Det har ikke skjedd i den grad som er nødvendig. Det har ført til at eldre og veldig ofte revmatikere har blitt tapere i kampen om disse plassene. De er ikke lønnsomme pasienter i den forstand at de skal tilbake til arbeidet og gjøre nytte for seg der. Men det er pasienter med store lidelser, som har et stort behov for å klare seg selv og få en bedre hverdag.

«Mer av alt til alle» – nei, det er ikke det man etterspør i denne debatten, og det var ikke det man etterspurte i den forrige debatten om ventetid. Men man ber om at man tar i bruk de mulighetene man har innenfor Helse-Norge, på en fornuftig måte, og at man ikke lurer pasientene ved å sette dem langt ned på en venteliste, kanskje i håp om at de skal betale behandlingen selv, eller at de skal bli så syke at de ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen. Det er mulig å bruke de helsekronene vi bruker i dag, på en helt annen måte, både for å forebygge utvikling av sykdom og for å gi de alvorlig syke et mye bedre tilbud for de samme pengene.

Når det gjelder et kompetansesenter for de alvorlig syke revmatikerne, burde det være interessant å se på om ikke det kan være en bedre løsning, som vil gi et bedre tilbud og i neste rekke være helseøkonomisk riktig, som også er viktig. Det å gi folk en bedre helse og et bedre tilbud gir folk en bedre hverdag. Det sparer vi på i kroner og øre, og det sparer vi veldig mye på ved at folk klarer seg selv og får det bedre.

**Inge Lønning (H) [11:01:46]:** Jeg er 100 pst. enig med representanten Ballo i at «mer av alt til alle» ikke er svaret hvis man med «mer» hele tiden snakker om penger. Derimot kan det i høy grad være et spørsmål om hva man får igjen for pengene, og hvorledes man utnytter de tilgjengelige ressursene, slik at de som trenger det mest, får tilbudet.

Ballo minnet meg om prioriteringsutredningene. Det var faktisk to budskap som var veldig tydelig i begge. Det ene var at det var – og fremdeles er – et behov for å satse sterkere på det psykiske helsevern, for det er den delen av pasientene som kanskje hittil har fått det dårligste tilbudet. Det andre budskapet gjaldt kronikergruppene, som er relativt små. Selv om det er mange mennesker i tall, er de relativt små, og de er ikke spesielt lydsterke, og det er ikke de som har lettest for å bruke fjernsynsskjerm eller andre virkemidler for å gjøre seg sett. Denne interpellasjonen er faktisk en helt logisk oppfølging av det.

Så må jeg få lov å vende tilbake til rehabiliteringsproblematikken. Det kan jo ikke være helt tilfeldig når alle – alle – pasientorganisasjoner som har noe med rehabiliteringsfeltet å gjøre, samlet seg utenfor Stortinget da vi behandlet helsebudsjettet for i år. Det skyldes jo at denne regjering har skapt en forventning ved å slå fast at alle som har behov for tilbud om rehabilitering, skal få det, samtidig som tallenes tale er helt entydig, nemlig at det har blitt færre og færre av dem som har behov for rehabilitering, som faktisk får det.

Den 26. november i fjor svarte statsråden på spørsmål i spørretimen at

«det er for dårlig at vi ikke har hatt rehabiliteringstilbud ved norske sykehus. Derfor har vi nå brukt ressurser på å bygge opp det».

I Soria Moria-erklæringen er begrunnelesen for at man skal trappe ned bruken av private at man skal utnytte ledig kapasitet i det offentlige. Men igjen: Det finnes ingen ledig kapasitet i det offentlige. Og jeg har ikke hørt at statsråden heller har ambisjoner om at man skal øke den, f.eks. ved å bruke lokalsykehusene til i sterkere grad å rette sine tilbud mot nettopp kronikergruppene. Da er det jo kanskje ikke så underlig at markedet fungerer – igjen til representanten Ballo. Men i dag fungerer det på den måten at det er en dramatisk økning i kjøp av private helseforsikringer, og det er en dramatisk økning i full egenbetaling fra dem som har råd til det, mens de som ikke har råd til det, må vente lenger og lenger.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [11:05:16]:** Bare noen få merknader fra min side også ut fra den debatten som har gått.

Jeg tror vi alle sammen i denne sal er enige om at de som har alvorlige revmatiske plager, leddgiktspasienter, er en pasientgruppe som det er viktig får rett behandling til rett tid.

Så har vi hele tiden innenfor norsk helsevesen, som jeg synes representanten Ballo på en god måte påpekte, en drøfting av hva som er rett kapasitet. Når vi skal vurdere hva som er rett kapasitet, er det selvfølgelig et spørsmål om ressurser – økonomiske, faglige og menneskelige ressurser – sett i forhold til tilstrømningen ønsket om behandlingstilbud. Det er hele tiden den utfordringen vi står overfor.

Det som i tillegg til forholdet mellom ressurser og tilstrømning til enhver tid vil være avgjørende, er jo at nærmest uansett ressurser må pasientene prioriteres. Noen er viktigere enn andre. Man greier aldri å bygge opp et helsevesen som er på et slikt nivå at alle umiddelbart kan få behandling for alt. Det må *prioriteres*. Vi har en stor jobb å gjøre i forhold til det å prioritere bedre.

Jeg må si at jeg blir veldig overrasket når jeg hører komiteens leder svinge seg opp her med det som etter hans syn åpenbart er et godt poeng, når han sier: Hvordan kan en vise til prioriteringsveilederen når folk ikke har fått utredning? – Veilederen handler jo ikke bare om det som skal skje etter utredning, veilederen gjelder også for fastlegen: Hva karakteriserer leddgiktspasienter med alvorlige symptomer? Hva får en fram av karakteristiske sykdomsbilder som gjør når det gjelder henvisning til spesialisthelsetjenesten, at de med størst behov får raskest utredning og dermed raskest behandling?

Jeg tror heller ikke at komiteens leder mener at vi skal bygge opp en revmatologisk kapasitet ved norske sykehus som gjør at alle som henvises for muskel- og skjelettplager, f.eks. innen 14 dagers tid skal få behandling. Det må prioriteres. Det må lages en veileder som også gjelder for fastlegen, og som gjelder for den som mottar henvisningen, sånn at vedkommende som får en henvisning, er i stand til å prioritere, så de

med størst behov får behandling raskest. Derfor er denne typen prioriteringsveiledere så viktig, for nærmest uavhengig av behandlingsskapasitet vil det måtte prioriteres. Og da må det prioriteres rett. For jeg er helt enig med representanten Ballo i at alle kan ikke få alt til enhver tid.

**Presidenten:** Då er debatten i sak nr. 1 slutt.

Sak nr. 2 [11:08:23]

*Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):*

*«Stortinget ber Regjeringen utarbeide klare regler knyttet til innhenting av pasientjournaler. Reglene bør inneholde krav om å opplyse om formålet ved innhenting av slike opplysninger, avgrensninger i forhold til tid eller innhold og hvem som skal kunne be om pasientjournaler.»*

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet.  
(Votering, sjå nedanfor)

Sak nr. 3 [11:08:37]

*Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):*

*«Stortinget ber Regjeringen om at det utformes klare regler for hvilke dokumenter som kan kreves, hvem i NAV som kan kreve dem, om disse kan fjernes eller kopieres og om hva som skal skje med dokumenter/kopier etter bruk.»*

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet.  
(Votering, sjå nedanfor)

Sak nr. 4 [11:08:55]

*Forslag fra stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegne av Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti oversendt fra Odelstingets møte 8. januar 2009 (jf. Innst. O. nr. 35):*

*«Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre en karantenetid i de tilfeller hvor det er åpenbart at det har foregått organisert trygdesvindler og i de tilfeller hvor det foreligger en rettskraftig dom på at alvorlig trygdemisbruk har skjedd. Det bes om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.»*

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet.  
(Votering, sjå nedanfor)

Etter at det var ringt til votering, sa

**presidenten:** Stortinget skal no votere i sakene på dagens kart.

I sak nr. 1 ligg det ikkje føre noko voteringstema.

*Votering i sak nr. 2*

**Presidenten:** Det blir votert over forslag frå stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegner av Framstegspartiet, Høyre, Kristeleg Folkeparti og Venstre oversendt frå Odelstingets møte 8. januar 2009:

*«Stortinget ber Regjeringen utarbeide klare regler knyttet til innhenting av pasientjournaler. Reglene bør inneholde krav om å opplyse om formålet ved innhenting av slike opplysninger, avgrensninger i forhold til tid eller innhold og hvem som skal kunne be om pasientjournaler.»*

**Votering:**

Forslaget frå Framstegspartiet, Høyre, Kristeleg Folkeparti og Venstre vart med 58 mot 43 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 11.16.38)

*Votering i sak nr. 3*

**Presidenten:** Det blir votert over forslag frå stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegner av Framstegspartiet, Høyre, Kristeleg Folkeparti og Venstre oversendt frå Odelstingets møte 8. januar 2009:

*«Stortinget ber Regjeringen om at det utformes klare regler for hvilke dokumenter som kan kreves, hvem i NAV som kan kreve dem, om disse kan fjernes eller kopieres og om hva som skal skje med dokumenter/kopier etter bruk.»*

**Votering:**

Forslaget frå Framstegspartiet, Høyre, Kristeleg Folkeparti og Venstre vart med 54 mot 48 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 11.17.10)

*Votering i sak nr. 4*

**Presidenten:** Det blir votert over forslag frå stortingsrepresentant Robert Eriksson på vegner av Framstegspartiet og Kristeleg Folkeparti oversendt frå Odelstingets møte 8. januar 2009:

*«Stortinget ber Regjeringen vurdere å innføre en karantenetid i de tilfeller hvor det er åpenbart at det har*

foregått organisert trygdesvindel og i de tilfeller hvor det foreligger en rettskraftig dom på at alvorlig trygdemisbruk har skjedd. Det bes om at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.»

V o t e r i n g :

Forslaget frå Framstegspartiet og Kristeleg Folkeparti vart med 72 mot 30 røyster ikkje vedteke.  
(Voteringsutskrift kl. 11.17.40)

S a k n r. 5 [11:17:48]

*Referat*

**Presidenten:** Det ligg ikkje føre noko referat.  
Forlanger nokon ordet før møtet blir heva? – Møtet er heva.

Møtet slutt kl. 11.18.

---