

**Møte mandag den 30. mars 2009 kl. 12**

President: Carl I. Hagen

Dagsorden (nr. 67):

1. Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:

«Undersøkelser viser at det fortsatt gjenstår et arbeid med å desentralisere psykiske helsetjenester og endre behandlingsskulturer og holdninger innen det psykiske helsevernet. Dette vil bl.a. ha konsekvenser for bruk av tvang. Dette var målene med opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er også behov for å satse ytterligere på lavterskeltilbud og tidlig intervensjon for å hindre utvikling til mer alvorlige psykiske tilstander.

Hvordan vil statsråden sikre det videre omstillingsarbeidet innen psykiske helsetjenester?»

2. Forslag fra stortingsrepresentant Jan-Henrik Fredriksen på vegne av Fremskrittspartiet oversendt fra Odelstingets møte 16. mars 2009 (jf. Innst. O. nr. 49):

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til endring av tobakksskadeloven § 6 slik at loven åpner for bruk av ubetjente røykerom som ikke er til sjenanse for andre enn dem som frivillig benytter seg av slike rom.»

3. Referat

**Presidenten:** Representantene Laila Dāvøy, Inger S. Enger og Trond Lode, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Den tidligere fritatte vararepresentant for Møre og Romsdal fylke, Svein Gjølseth, har tatt sete.

Statsråd Bjarne Håkon Hanssen overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

**Presidenten:** Fra Statsministerens kontor foreligger følgende brev til Stortinget, datert 27. mars 2009:

«I statsråd for H.M. Kongen holdt på Oslo slott 27. mars 2009 kl. 11.00 er bestemt:

Statsministerens kontor

Statssekretær Liv Monica Stubholt gis avskjed i nåde. Politisk rådgiver Sigrid Hjørnegård utnevnes til statssekretær for statsråd Terje Riis-Johansen i Olje- og energidepartementet.

Statssekretær Kjell Erik Øie gis avskjed i nåde.

Politisk rådgiver Lotte Grepp Knutsen utnevnes til statssekretær for statsråd Anniken Huitfeldt i Barne- og likestillingsdepartementet.»

Det refererte brevet foreslås vedlagt protokollen. – Det anses vedtatt.

Sak nr. 1 [12:02:40]

*Interpellasjon fra representanten Laila Dāvøy til helse- og omsorgsministeren:*

*«Undersøkelser viser at det fortsatt gjenstår et arbeid*

*med å desentralisere psykiske helsetjenester og endre behandlingsskulturer og holdninger innen det psykiske helsevernet. Dette vil bl.a. ha konsekvenser for bruk av tvang. Dette var målene med opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er også behov for å satse ytterligere på lavterskeltilbud og tidlig intervensjon for å hindre utvikling til mer alvorlige psykiske tilstander.*

*Hvordan vil statsråden sikre det videre omstillingsarbeidet innen psykiske helsetjenester?»*

**Laila Dāvøy (KrF) [12:03:24]:** Dagens interpellasjon har dessverre blitt mer aktuell enn vi hadde forestilt oss.

I kjølvannet av det som har skjedd i Tromsø, har det vært skrevet og sagt mye i mediene. Noen har etterlyst flere institusjonsplasser og mer tvang. Det har vært sentrale politikere som har uttalt at de er redde for å gå på gata, av frykt for at noen skal «klikke». Psykologforeningen har i en pressemelding nylig påpekt: «Farlig» er ingen diagnose.

Det er svært viktig at slike hendelser ikke setter oss som samfunn tilbake. Det må ikke medføre at fordommer og stigmatisering av psykisk syke øker. Det kan føre til at folk nøler med å søke hjelp, og at de dermed ikke får den hjelpen de har behov for. Nær 50 pst. av den norske befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet. Av disse er det 10–15 pst. med alvorlige psykiske lidelser. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Noen svært få er farlige og trenger særlige tiltak, både for at de skal beskyttes mot seg selv og for å beskytte omgivelsene.

Åpenhet om psykiske lidelser og nedbygging av store institusjoner var viktige målsettinger med opptrappingsplanen for psykisk helse som kom i 1998. De fleste kan huske situasjonen på slutten av 1990-tallet. En rekke mennesker var feilplassert, og i stortingsmeldingen som var forløperen til opptrappingsplanen, stod det:

«I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.»

I evalueringer av opptrappingsplanen underveis i planperioden kom det fram at manglende omstilling flere steder var til hinder for bedre utnyttelse av ressursene, bl.a. var den største utfordringen når det gjaldt sykehusplasser, å ha riktig type plasser tilgjengelige i forhold til den enkelte pasients behov. Med andre ord: Vi trenger både langtids- og korttidsplasser, og ikke minst bedre kommunale tilbud.

Jeg antar at den endelige evalueringen av opptrappingsplanen snart foreligger, og jeg frykter at det også etter ti år vil være manglende omstilling som har vært mest krevende å få til, og at det fortsatt gjenstår mye.

Jeg vil også vise til rapporten fra Statens helsetilsyn om de mange lovbrudd ved de distriktpspsykiatriske sentrene. Helsedirektør Lars E. Hanssen uttalte til TV 2 nylig at det dreier seg om meget alvorlige funn som kan gå ut over liv og helse.

Når omstilling skjer, er det viktig å sikre at det skjer på en forsvarlig måte. Når noe legges ned, må det samtidig bygges opp noe bedre et annet sted, slik at enkeltmennes-

kene som berøres – først og fremst pasientene, men også de ansatte og ikke minst de pårørende – ikke lider. Rett før jul reiste jeg en interpellasjon om nettopp det. Fortsatt er ikke situasjonen f.eks. på Blåbærli i Helse Bergen løst. For to dager siden var denne institusjonen nok en gang i tv-nyhetene. Det dreier seg om et tilbud for unge som er svært syke. Fagfolk og pårørende er meget bekymret. Det er helt uforståelig for meg at statsråden kan tillate at det utvikles behandlingsplasser uten at det foreligger tilsvarende eller bedre tilbud for disse pasientene, slik at pårørende og de det gjelder, er trygge. Det har ikke skjedd i denne saken, og heller ikke i andre saker, som vi har eksempler på. Derfor må jeg nok en gang be statsråden om å sikre at ikke noe legges ned før et alternativt tilbud er på plass. Her må man jo også bruke mulighetene for å snakke med pårørende, snakke med dem det gjelder – de pårørende og pasienten. Brukermedvirkning må bli mer enn et ord. I dette tilfellet er det ingen trygghet for fremtiden, det jeg er kjent med.

I arbeidet med opptrappingsplanen ble det vektlagt at det var en viktig utfordring for de regionale helseforetakene å utvikle kulturer og holdninger med vekt på brukerperspektivet, mestringsperspektivet, helhet, samarbeid og fokus på lokalbasert psykisk helsearbeid. Denne vektleggingen må ikke svekkes som følge av de siste ukers uttalelser i mediene. Snarere tvert imot imøteser jeg statsrådets svar på hvordan dette vil bli formidlet og ivaretatt framover.

Vi må ikke ende opp med krav om mer bruk av tvang som strategi framover, dette bl.a. fordi bruk av tvang i Norge for noen faktisk er brudd på grunnleggende menneskerettigheter. Dessverre viser tall fra SINTEF Helse offentliggjort i februar i år at utviklingen av tvangsmidler og skjerming i perioden 2001–2007 har økt. 39 pst. flere pasienter i det psykiske helsevernet ble utsatt for tvangsmidler og skjerming i 2007 enn i 2001. Det kommer også fram at det er store forskjeller mellom sykehusene i bruken av tvangsmidler.

Virkemidlene for å få ned tvangsbruken har de siste årene vært å bygge ut det kommunale helsearbeidet, lage ambulante kriseteam og akutteam. Det er flott. Når den ønskede nedgangen i tvangsbruk likevel har uteblitt, tyder det på at denne omstillingen har gått for sakte. Det må åpenbart legges en helt klar strategi for hvordan en slik omlegging kan nås overalt.

Det vises også til en annen årsaksforklaring når man ser på den manglende nedgangen i bruk av tvang i forhold til det som var målsettingen. Det er kulturforskjeller. Også på dette punktet imøteser jeg statsrådets tiltak for å redusere kulturforskjeller mellom ulike sykehus og områder i landet vårt. For noen steder har de klart å få ned tvangsbruken betydelig, mens andre steder har den nærmest økt.

Det er et stort arbeid som gjenstår med å sikre en helhetlig pasientbehandling slik at de psykiske helsetjenestene framstår som sømløse, og vi vet at også statsråden er opptatt av dette. Vi vet det gjenstår mye for å få flere psykologer i kommunene. Det må også satses på et tverrfaglig tilbud. Særlig viktig er det å utvikle lavterskeltilbud slik at de som har lettere psykiske lidelser, kan få hjelp raskt,

men det må også være lavterskeltilbud for dem med alvorlige lidelser, der fokus på tidlig hjelp, forebygging, oppsøkende tilbud og ambulante team er viktige elementer, og også kriseteam fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil etter min mening kunne hindre forverring av tilstander, og ikke minst forebygge bruk av tvang. Som kjent skal også andre tiltak være forsøkt før tvang brukes, men dette vet vi oppfylles på langt nær alltid. Det mangler også mange steder tilbud mellom fastlege/legevakt og akuttavdelinger på sykehus. Det er for tette skott, og veien er for lang imellom. For alle mennesker er bolig ut fra individuelle behov, arbeid/aktivitetstilbud og nettverk avgjørende for om vi har det bra i hverdagen.

Jeg håper at dagens debatt skal bli noe mer enn at vi bare viser til en framtidig samhandlingsreform. Vi ønsker også en slik reform, eller en stortingsmelding, som det jo blir, velkommen, og vi vet at den også vil ha konsekvenser for det psykiske helsetilbudet. Men i dag etterspør jeg mer enn det. Det må også bli en debatt om hvor vi vil, og hvordan vi skal få det til.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:13:31]:** La meg starte med å takke for en god interpellasjon.

Psykiske lidelser er en økende utfordring. Folkehelseinstituttet oppgir at 30 til 50 pst. av oss vil oppleve å få en psykisk lidelse en eller annen gang i livet, og Verdens helseorganisasjon anslår at depresjon vil bli en økende folkehelseutfordring. Lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon, er den viktigste årsaken til at mennesker faller utenfor i arbeidslivet. Hver tredje langtidssykemelding og uføretrygd er begrunnet med psykisk lidelse. Mange som har psykiske lidelser, har også omfattende problemer med rusmidler.

Utgangspunktet her er at vi bruker mest ressurser i Europa på psykisk helse, og svært mye har skjedd siden opptrappingsplanen trådte i kraft i 1998. Dobbelt så mange får behandling, og vi har fått 4 000 flere årsverk i det psykiske helsevernet, altså spesialisthelsetjenesten. Men vi kan spørre: Har vi fått maksimalt ut av disse ressursene? Og brukes ressursene riktig? Jeg mener at svaret er nei. Skal man få hjelp i dag, må man i veldig stor grad oppsøke spesialisthelsetjenesten. Men utfordringene kan ikke løses ved å bygge ut denne delen av tjenesten enda mer. Det må være hjelp å få der folk bor, altså i kommunene.

En fersk rapport fra SINTEF tyder på at en tredjedel av dem som får et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten, heller skulle hatt et tilbud i kommunen. Dette bekrefter at det er behov for omstilling og flytting av ressurser. I dag er 85 pst. av dem som jobber innen psykisk helsevern, ansatt i døgninstitusjoner, og bare 15 pst. i ambulante og polikliniske tjenester. Rundt 70 pst. av ressursene i sektoren går til spesialisthelsetjenesten, og bare 30 pst. til kommunale tjenester. Denne fordelingen speiler ikke behovet for tjenester. Jeg mener det er mye å vinne på å snu tjenesten fra kostbar døgnaktivitet til ambulante tjenester og lokale tiltak med god tilgjengelighet.

Mange mennesker med psykiske lidelser erfarer at problemene får utvikle seg for lenge før de får hjelp. Resultatet blir stort forbruk av døgnplasser og for mye bruk

av tvang. Dette er en dårlig løsning for pasientene og svært kostbart for samfunnet. Mennesker som sliter, skal få bedre hjelp før de blir alvorlig syke, og god oppfølging etter at de har vært til behandling i sykehus. Dette er bærebjelken i samhandlingsreformen som vi arbeider med.

Vi er på rett vei. Det har brukerorganisasjonene gitt tydelig tilbakemelding på. Samtidig må vi evaluere tjenesten for å finne ut hva vi gjør bra, og hvor vi kan bli bedre. Helsetjenesten – både i kommunene, i sykehusene og i forvaltningen – må bli lærende organisasjoner i langt større grad enn i dag. Ikke minst ut fra dette perspektivet har jeg nedsatt et utvalg etter den tragiske hendelsen i Tromsø nylig. Utvalget skal belyse alle forhold som lå bak disse drapene, og gå gjennom alle lignende drap som er begått de siste årene. Utvalget skal peke på mulig svikt og undersøke om det er fellestrekk som vi kan lære av i disse sakene. Målet er at vi, så langt det er mulig, skal kunne forebygge slike hendelser i fremtiden.

Når jeg har sett på disse problemstillingene, føler jeg meg ganske trygg på at f.eks. det psykiske helsevernet i Oslo har lært av den tragiske hendelsen som «trikkedrapet» var. Det jeg er mer usikker på, er om det psykiske helsevernet i Vadsø, i Kristiansand, i Trondheim eller i Ålesund har fanget opp den lærdommen som kom ut av tilsynet med helsevesenet i Oslo, og den svikt som man kunne påpeke i forbindelse med «trikkedrapet». Så jeg er veldig opptatt av å gjennomgå dette, se om vi systematisk har lært av tragiske hendelser i forbindelse med det psykiske helsevernet de siste årene. Derfor er jeg glad for at vi snart har et oppegående utvalg, bredt sammensatt kompetansemessig, som kan se på dette.

Jeg er i likhet med interpellanten opptatt av at Norge ser ut til å bruke mye tvang sammenlignet med andre land i Europa. Det har trolig sammenheng med at vi har over dobbelt så mange institusjonsplasser som f.eks. Sverige. Samtidig har jeg opplevd voldsom kritikk i kjølvannet av den tragiske hendelsen i Tromsø, bl.a. at vi bruker for lite tvang for å forebygge farlige hendelser, og at vi har for få institusjonsplasser.

Hvis jeg var overbevist om at mer tvang og flere sikkerhetsplasser ville gjort Norge tryggere, hadde det vært enklere. Men situasjonen for personer som begår drap i psykotisk tilstand, ofte i forbindelse med misbruk av rusmidler, kjennetegnes, etter det som blir fortalt meg, sjelden ved at de skulle hatt en sikkerhetspsykiatrisk plass før drapet skjedde, snarere ved at andre deler av tilbudet har sviktet, som f.eks. for tidlig utskrivning og manglende oppfølging i kommunene. Derfor må vi satse langt sterkere på flere lett tilgjengelige lavterskeltilbud og gode fagfolk der folk bor.

La meg til det supplere, i forbindelse med det bl.a. politimester Truls Fyhn i Tromsø har vært opptatt av, altså at man har en gruppe pasienter som kjennetegnes ved at de er for syke til å være i fengsel og for friske til å bli tvangsinnlagt i det psykiske helsevernet: Dette er en gruppe pasienter som er et tema i arbeidet med oppfølgingen av Mæland-utvalgets innstilling. Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er i den forbindelse i

ferd med å gjennomføre en høring nå. Høringsfristen går ut 1. april, og i det opplegget ligger det et forslag om å utvide grunnlaget for når tvang kan brukes. Det kan altså være aktuelt overfor personer som gjentatte ganger og vedvarende har en oppførsel som er uakseptabel, der hver enkelt handling etter dagens lovverk ikke kvalifiserer for bruk av tvang, men der summen av de handlingene personen utøver, i fremtiden gjennom en lovendring vil kunne danne grunnlag for tvangsbruk. Så gjennom den høringen får vi viktige tilbakemeldinger på ett av de temaene som bl.a. politimester Truls Fyhn har vært opptatt av.

Dessuten har jeg lyst til å si at jeg har veldig stor sans for tjenester som f.eks. ACT-teamene – og vi har et godt eksempel på det i Moss – som oppsøker mennesker som trenger hjelp, men som ikke selv tar kontakt med helse-tjenesten. Det er pasienter med psykisk sykdom og rusproblemer, som trenger kontinuitet i behandling og oppfølging. Nok en gang er temaet at pasienten har en viktig medisiner, men følger den ikke opp. ACT-teamet i Moss lar ikke pasienten få anledning til å slutte å ta medisinen sin. Vedkommende følges opp, oppsøkes, og man forsikrer seg om kontinuitet i behandlingen.

Vi må også lære av andre gode eksempler, som Jæren Distriktpsikiatriske Senter. De har opprettet brukerstyrte døgnplasser som pasientene kan komme til når de kjenner at de trenger det. I stedet for økning i bruk av døgnplasser har bruk av tvang gått kraftig ned. Altså: Tilgjengelige tjenester gir tryggere pasienter som mestrer livet bedre. Jeg har bedt alle de regionale helseforetakene om å prøve ut brukerstyrte døgnplasser.

Samtidig vil jeg understreke at vi selvfølgelig skal ha gode institusjoner og et godt tilbud om sikkerhetspsykiatri. Folk må få riktig hjelp på riktig nivå, når de trenger det.

På spørsmål om hvordan jeg vil sikre fortsatt omstilling, vil jeg først peke på at samhandlingsreformen skal bidra til at intensjonene fra opptrappingsplanen blir gjennomført. Reformen skal legge til rette for at kommunene kan løse sine oppgaver på en bedre måte. Dette har jeg også gitt klare føringer om i oppdragsdokumentene. Det er bevilget 20 mill. kr i stimuleringstilskudd for å ansette flere psykologer i kommunene. Det er også bevilget 50 mill. kr til å utvikle forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og DPS-er. Et viktig mål er å etablere 20 nye oppsøkende ACT-team i kommunene.

Summen av disse grepene vil sikre fortgang i omstillingen av de psykiske helsetjenestene, slik at tilgangen på hjelp blir bedre og ressursene blir brukt på en hensiktsmessig måte.

**Laila Dāvøy (KrF) [12:24:08]:** Jeg vil takke statsråden for svaret. Jeg tror vi langt på vei er enige om de store linjene her – det høres slik ut – og mange av de tiltakene som statsråden nevner, har jeg også nevnt i mitt innlegg.

Jeg er også enig med statsråden i at det kanskje ikke er pengesummen vi bruker, det går på. Selv om vi bruker mest mulig ressurser, kan ikke vi peke på at vi har verdens beste psykiatritjeneste i Norge. Det er viktig å se hva vi bruker disse pengene på.

La meg ta et annet eksempel som statsråden ikke var

inne på. Vi bruker enormt mye penger på bl.a. medikamenter knyttet til psykisk syke i dette landet vårt. Det er vel ingen gruppe jeg får så mange enkelthenvendelser fra, som psykisk syke pasienter – ikke minst fra pårørende, foreldre, som har opplevd at deres barn og ungdommer har fått enorme mengder med medikamenter. Noen går så langt som til å si at det kanskje er medikamentene som har ødelagt vårt barn. Først får man medikamenter, så virker kanskje ikke det ene medikamentet godt, så får man et nytt – og så får man medikamenter for å ta bort bivirkninger. Jeg er jo ingen fagperson på dette området, men det bekymrer meg når så mange er opptatt av disse forholdene.

Statsråden svarte ikke på en av mine utfordringer, og det synes jeg godt han kan gjøre: Er ikke statsråden enig i at selv om vi er inne i denne omstillingen – og jeg er ikke uenig i den, jeg er veldig enig i de trekkene som statsråden snakker om – går det faktisk forttere å bygge ned enn å bygge opp tilbud i kommunene?

Da er mitt spørsmål: Mener ikke statsråden at vi må bygge opp? Vi må skape trygghet, vi må gi medbestemmelsesrett, slik at de det dreier seg om, faktisk vet at de på den andre siden, i neste uke eller i neste måned, når dette tilbudet blir lagt ned, vet hvor de skal, vet at de får behandling videre, at tilbudet faktisk blir bedre, eller iallfall minst like bra som det de har hatt til nå. Det skjer ikke. Så jeg har lyst til å høre om ikke statsråden i noe større grad enn det vi har sett til nå, bør følge med på hva som skjer – for det er statsråden som har hovedansvaret for psykiatrien i dette landet.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:27:12]:** Ja, det siste poenget, hvem som har ansvaret, er jeg veldig klar over. Det har jeg også følt den siste tiden.

Dette er vanskelige saker. Jeg tror det er viktig at vi tar inn over oss at det som f.eks. skjedde i Tromsø, er en dypt tragisk hendelse som gjør at det er rett at alvoret preger diskusjonen vår. Tre mennesker og et ufødt liv ble rammet av gjerninger som det er nesten vanskelig å forstå.

Jeg har bare lyst til å kommentere veldig kort at det som jo er min føring, min politikk, med hensyn til omstilling, er at vi ikke skal bygge ned tilbud før vi har alternativer på plass. Det er gjeldende politikk, og det kommer helt klart til uttrykk i den kommunikasjonen jeg har, både skriftlig og muntlig, med de regionale helseforetakene. Men jeg kan bare si til representanten Dāvøy at jeg skal enda en gang gå inn i den aktuelle saken i Bergen, bare for å etterspørre hva det er som skjer. Men bestillingen fra min side er at det ikke skal bygges ned før det finnes alternativer på plass. Så tror jeg vi må ta inn over oss at det finnes eksempler der man faglig sett mener at det er alternativer på plass, men der pasienten er usikker på om det er et rett alternativ. Det kan være en litt mer krevende diskusjon.

Så har jeg på dette tidspunktet bare én kommentar til dette med bruk av tvang. For der er representanten Dāvøy inne på noe som er veldig viktig. Det er at vi har en diskusjon om vi har et rett nivå på bruk av tvang, eller om vi har et feil nivå på bruk av tvang. Svaret mitt på det er faktisk både-og. Jeg mener at vi noen steder har et rett

nivå på bruk av tvang, og noen steder har vi et feil nivå på bruk av tvang – i den forstand at det er så store variasjoner. For å illustrere det er det altså slik at i Førde har vi seks tvangsinnleggelser pr. 10 000 innbyggere. Sykehuset Østfold har 27 tvangsinnleggelser pr. 10 000 innbyggere. Det er altså mer enn fire ganger så mye bruk av tvang pr. 10 000 innbyggere i Østfold som i Helse Førde. Og begge deler kan ikke være rett. Man kan si mye om folk i Østfold, men dette kan umulig faglig være rett.

Jeg synes det er en stor utfordring at vi også må ha mindre faglige eneherskere og mer faglige retningslinjer og faglig konsensus. Og det jobber jeg intenst med i forhold til bruk av tvang.

**Jan Böhler (A) [12:30:44]:** Jeg er særlig opptatt av den delen av den viktige interpellasjonen som er reist her i dag, som angår hvordan vi kan komme videre i å etablere lavterskeltilbud og tidlig intervensjon. Jeg husker at komiteen ved flere anledninger tidligere har vært opptatt av skolehelsetjenestens rolle i denne forbindelse, av hvordan vi kunne styrke skolehelsetjenestens mulighet til å oppetre ved psykiske plager. I dag utsettes ungdom ofte for en veldig lang prosess – tiltak for utredning i PP-tjenesten og videre til BUP osv. tar lang tid, og det ender ofte opp med en samtale på et kontor en sjelden gang, langt unna skolehverdagen.

I den senere tid har vi ved bl.a. et par, tre videregående skoler i Oslo hatt forsøk med at psykologer fra barne- og ungdomspsykiatrien har vært til stede på skolen noen dager i uken og hatt samtaler med elever med psykiske plager og problemer. De har derved kunnet være inne sammen med skolehelsetjenesten på et tidlig stadium. Det tror jeg er en erfaring som det er veldig viktig å gå videre på. Vi må utvikle den typen tilbud og få mer kapasitet inn i førstelinjen ved f.eks. nye samarbeidskonstellasjoner mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten, hvor også ambulerende team – som statsråden nå varsler at det skal satses mer på – kan settes inn i neste omgang hvis det er behov for større og mer konsentrert innsats.

Komiteen har også i forbindelse med bl.a. stortingsmeldingen om sosiale helseforskjeller kommentert hvor dårlig samspillet er mellom de ulike aktørene på dette området, fra skolehelsetjeneste til PPT til BUP – barne- og ungdomspsykiatrien – til barnevernet, som kan være inne i en del sammenhenger, osv. Jeg er kjent med at Regjeringen for en stund siden startet en utredning av hvordan dette samspillet skal bedres. Det tror jeg er veldig viktig for å kunne få disse tjenestene til å tre mer direkte inn overfor ungdom og elever. I den sammenheng er det også viktig å se på hvordan man kan komme inn i barnehagene via helsestasjoner og annet og få et bedre redskap der.

Når det gjelder lavterskeltilbud og tidlig intervensjon, vil jeg kommentere fastlegenes rolle. Det er viktig å se på fastlegenes kompetanse når det gjelder psykiske plager, og også se på hvordan takstsystemet osv. er utformet, fordi det i dag i liten grad – etter min mening – inviterer til konsentrasjon om denne delen av pasientenes helsesituasjon. Et ytterligere problem i den forbindelse er at når fastleger nå henviser til spesialister og videre utredning

og behandling, utstyres pasientene ofte med en ringeliste, og det kan være et problem i det hele tatt å få kontakt med spesialistene, som har lange ventelister og fullt opp med pasienter. Det er også viktig å se på disse spesialistenes ressursbruk, fordi noen kan møte 15 til 20 pasienter om dagen, og noen kan møte tre, fire – helt avhengig av hva slags terapi de sverger til. Det er mulig i dag fordi basistilskuddet er så stort at det ikke er de samme stramme rammer for innsats som man kanskje kan forvente på andre hold i helsevesenet.

Jeg har til nå konsentrert meg om disse lavterskeltilbudene og tidlig intervensjon, som jeg mener vi fortsatt må vie oppmerksomhet, og som det også var lagt opp til i interpellasjonen. Når det gjelder andre deler av tjenestene her, vil jeg særlig kommentere hva som skjer når pasienter kommer ut fra institusjoner ute i kommunene. Der har man gjennom reformen fra rundt 1990 lagt stor vekt på at de skal bosettes hver for seg. Det har vel ført til en del eksempler på at de blir ensomme, får for lite aktiv oppfølging og for lite faglig støtte. Jeg tror derfor at de kommunene som i dag tyr til mer bofellesskap, flere botun, sterkere enheter som kan gi mer aktivitet, mer faglighet og mer påpasselighet f.eks. når det gjelder oppfølging av medisiner og andre spørsmål, velger en riktig vei. Og jeg tror det er viktig at vi gir den typen signaler også fra styring og regjering ut til kommunene, som skal organisere det tilbudet som da kan bli mer forsvarlig.

Jeg vil til slutt også få uttrykke at jeg er glad for det statsråden sa om disse som faller mellom to stoler, nemlig at det nå kommer nye svar på den situasjonen som ikke kan vedvare: at vi har personer som man ikke finner en klar behandlingsmåte for.

**Harald T. Nesvik (FrP) [12:36:20]:** Først av alt vil jeg få takke interpellanten for det hun tar opp her i dag, som er en svært viktig problemstilling. Det er ikke til å legge skjul på at det gjennom de senere årene har vært relativt mange interpellasjoner knyttet til psykiatrien, relativt mange spørsmål i spørretimen og relativt mange saker om dette som har vært til behandling. Det var jo det som på mange måter var bakgrunnen for at vi fikk på plass en opptrappingsplass innenfor psykiatrien.

Dette er en opptrappingsplan som ble avsluttet ved årsskiftet. De øremerkede bevilgningene som man har fått tidligere, rettet inn både mot de regionale helseforetakene og ikke minst mot kommunene, har nå blitt lagt inn i rammene, slik at man skal gå videre ut fra det – ut fra at man skal ha et kommunalt mangfold, at man skal kunne forsøke ut flere modeller for å se hva som virker best.

Jeg tror nok vi har sett en viss pendeleffekt i forbindelse med både opptrappingsplanen og de endringene vi har gjort innenfor psykiatrien. Da vi i sin tid skulle gå bort fra institusjonsoppholdene, med mest mulig tilbake-skriving til kommunen, var det en veldig god tanke. Spørsmålet er: Gikk det for fort, og har pendelen svingt for langt? Kanskje vi skal tenke litt tilbake, ikke for å gå tilbake til institusjonsomsorgen, men for å se på om antallet plasser har blitt nedbygd for fort. Da tenker jeg særlig på sikkerhetspsykiatrien.

Jeg tror nok det er grunn til å stille et slikt spørsmål, for vi har fått relativt mange signal om at terskelen for å bli skrevet inn har blitt for høy, mens den har blitt for lav i forbindelse med utskrivelse. Dette går selvfølgelig ut over de pasientene som har behov for denne type tilbud. Det er viktig å si at det er én gruppe som har behov for disse sikkerhetsplassene, og så har vi de andre store gruppene, der man er veldig mange, som har behov for helt andre tiltak. Det er kanskje personer med depresjoner, som helt åpenbart kan behandles i hjemkommunen ved å få god oppfølging og et godt tilrettelagt tilbud der. Men vi ser dessverre også eksempler på at nå når kommunene har fått dette inn i rammebevilgningene sine, begynner faktisk enkelte kommuner å se på muligheten for å skjære ned, for å spare penger.

Jeg har selv besøkt en kommune der det nå er lagt fram forslag om å redusere antall årsverk bl.a. på dagtilbudet – det er et skikkelig lavterskeltilbud i kommunen. Det vil kunne ramme svært mange personer, og det er alvorlig for dem som har stor nytte av den type tiltak.

Så jeg tror nok at vi er nødt til å se på flere måter å gjøre dette på. Men det er åpenbart, som statsråden selv sier, at omstillingsprosesser er vanskelig, og at omstillingsprosesser vil ta tid. Men det viktigste i slike prosesser er, som statsråden selv var inne på, at vi har lærende organisasjoner – at de gode eksemplene, der vi ser at ting åpenbart virker, blir videreført til andre steder. Jeg stiller meg spørsmålet om det er tilfellet i dag. Og jeg tror nok at jeg tør å gi svaret selv også: Det er ikke tilfellet. Det virker som om det her nærmest er vanntette skott mellom forskjellige nivå som gjør at informasjonen ikke kommer videre, eller at andre ikke vil ta til seg denne kunnskapen – fordi man er overbevist om at det man selv gjør, er det beste. Det er disse veggene som faktisk må rives ned. Hvis det skal bli en lærende organisasjon, må det være et sømløst system. Da må det være slik at selv om man befinner seg på Østlandet, på Vestlandet, i Nord-Norge eller hvor det nå er, har man tilgang til den samme kunnskapen – at man nettopp får en informasjonsflyt som er reell, som ikke bare er på papiret, eller som kommer i fine festskrift og gode taler.

Noe annet som jeg har lyst til å komme litt inn på, er bl.a. tiltak for fengselsinnsatte med psykiske problemer. Her har vi et åpenbart problem som vi er blitt gjort kjent med både gjennom media og en del andre typer oppslag – også kunnskap vi har fått gjennom bl.a. brev. Jeg har selv besøkt Ila fengsel. Det bekymrer meg at fanger som skal sitte veldig lenge, og som får store psykiske problemer, bare blir sittende, mens de egentlig – i perioder – skulle ha hatt et psykiatrisk tilbud. Her bør statsråden sette seg ned sammen med justisministeren og prøve å få på plass et tiltak slik at man i fengsler med de psykisk tyngste syke, kan få skrive personer rett inn på sikkerhetsavdelingen – til beste for samfunnet, til beste for fengslet, men ikke minst til beste for den innsatte, som da kan få et tilbud han har behov for i en sikkerhetsavdeling, og ikke bli sittende bak murene og ikke få den hjelpen han skal ha.

**Inge Lønning (H) [12:41:44]:** Det kan være verdt å minne om utfordringenes omfang, som statsråden startet med i sitt svar på interpellasjonen.

Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid har en psykisk lidelse. Om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, har psykiske problemer som en vesentlig årsak til dette. Verdens helseorganisasjon antar at psykiske lidelser, nest etter hjerte- og karsykdommer, kommer til å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning på verdensbasis.

Opptappingsplanen for psykisk helse startet med en stortingsmelding som ble fremlagt av daværende statsråd Gudmund Hernes i 1997. Det avstedkom en bred, unison, tverrpolitisk enighet i Stortinget om den tiårsplanen som ble avsluttet ved utløpet av 2008.

La meg bare minne om hovedprinsippene: Desentralisering var det enighet om. Men det er også viktig å minne om at det var enighet om at døgnkapasiteten i sykehus ikke skulle bygges ned, men videreføres på det samme nivå som man hadde den gang. Evalueringene så langt av opptappingsplanen er i mange henseende positiv i den forstand at de viser at vi har beveget oss i riktig retning. Samtidig har omfanget av utfordringer økt. Det er jo det som gjør at det er vanskelig å holde tritt med problemenes omfang.

Jeg skal konsentrere meg om noen av de hovedutfordringene som gjenstår, og som vi ikke har klart å møte skikkelig hittil. Det gjelder likeverdigheten i de kommunale tilbudene. Det er fremdeles slik at ujevnheter og mangel på kommunale tilbud fører til stort press på spesialisthelsetjenesten. Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten er fremdeles problematisk. Ventetiden er fortsatt for lang – i gjennomsnitt 53 dager for voksne og 75 dager for barn. Rettssikkerhetsproblemer på dette området er enda større enn i helsevesenet i sin alminnelighet. Blant barn og unge som søkte psykisk helsehjelp, opplevde 16 pst. brudd på fristen for vurdering og 23 pst. brudd på fristen for behandling i 2. tertial 2008.

Riksrevisjonen har i sin rapport påpekt at det er institusjonenes kapasitet og ikke pasientens behov som synes å være avgjørende for de vurderingene som blir gitt, om rett til helsehjelp. Riksrevisjonens rapport tyder også på at noe av problemet her er knyttet til strukturen ved at helseforetakene blir, folkelig uttrykt, bukken som passer havresekken, dvs. det er en mangel på uavhengighet når det gjelder de faglige, medisinske vurderingene i forhold til kapasiteten. Derfor har Høyre i et representantforslag om raskere helsehjelp foreslått en ordning som sikrer større faglig uavhengighet i vurderingen av pasientenes behov for hjelp.

Vi har også fra vår side vært kritisk til at Regjeringen har bygd ned plasser i sikkerhetspsykiatrien, fra 228 til 191 i perioden 2001–2008. Høyre har gått inn for å trappe opp tilbudet om psykisk helsevern til denne kategorien pasienter, herunder flere sikkerhetspsykiatriske plasser. Kompetansen knyttet til vurdering av farlighet må helt åpenbart styrkes, for dette er langt på vei et spørsmål om spesialkompetanse.

Vi har også fra vår side bedt om at den kapasitet som finnes hos private aktører og private avtalespesialister, må utnyttes bedre for å sikre pasientene raskere hjelp enn det som er tilfellet i dag. Vi bad allerede i 2006 om at om-

fanget av mulig ledig kapasitet på dette området skulle bli kartlagt, slik at vi i det minste vet med sikkerhet hvor stor den mulige utnyttbare kapasiteten er.

Fremdeles er det ikke kommet noe svar på dette, og jeg oppfattet ikke at dette var inkludert i de tallene statsråden gjengav i sitt innlegg.

**Gunvald Ludvigsen (V) [12:47:07]:** Tilhøva innanfor det psykiske helsevesenet har vore drøfta veldig mange gonger i denne salen. Det betyr jo at vi tek det alvorleg. Det er viktig at vi i denne salen drøftar dette viktige området. Eg minner bl.a. om at Venstre hadde ein interpellasjon i november 2007, der vi prøvde å setje fokus på den store tvangsbruken som vi har i Noreg, samanlikna med andre land.

I juni i fjor behandla vi her i Stortinget eit representantforslag frå Venstre som drøfta moglege tiltak for å redusere tvang innanfor psykisk helsevern. Som interpellanten sjølv nemnde, hadde vi ein interpellasjon om dette like før jul, og vi har hatt dette temaet oppe i mange samanhengar.

At vi atter ein gong, i dag, debatterer dette temaet, er heilt nødvendig, for vi veit at det ved fleire høve er avdekt at vi ikkje har eit godt nok tilbod. Riksrevisjonen si undersøking i fjor viste jo eit resultat som gav ein knusende dom, vil eg seie. Undersøkinga slo fast at behandlingstilbodet er verken likeverdig eller tilstrekkeleg. Det er vi einige om alle saman. Eg trur også statsråden er einig i det. Noko anna som Riksrevisjonen slo fast, var at prioritering med tanke på kven av pasientane som skal få hjelp, fungerer dårleg. Så her har vi meir enn nok å ta tak i. Det store spørsmålet er: Korleis skal vi løyse det?

Når det gjeld prioritering av pasientar, vil eg kanskje seie det mest alvorlege er at vi ikkje klarer å prioritere dei sjukaste. Auke i talet på behandla pasientar er eit lite tilfredsstillande mål i seg sjølv dersom det er slik at dei alvorlegast sjuke ikkje får nødvendig behandling.

Men eg trur det er rett å peike på i denne debatten i dag at vi ikkje må miste hovudet sjølv om alvorlege, tragiske hendingar skjer. Eg trur likevel vi må vurdere om behandlingsapparatet greier å gje dei aller sjukaste med psykose eit godt nok tilbod. Vi treng etter mi oppfatning generelt ikkje fleire senger, men vi treng fleire senger til dei som har alvorlege lidningar. Dei andre bør få fleire brukarstyrte plassar og gode desentraliserte tilbod. Eg trur at førebygging og lågterskeltilbod er god medisin, ikkje minst for dei med psykiske lidningar.

Eg kan ikkje unngå å nemne samhandling. Eg er i grunnen veldig einig i det dette ordet inneber. Samhandling mellom spesialistnivå og primærnivå er viktig. Det trur eg eit stort fleirtal er einig i. For eksempel ambulante team, knytt til distriktsmedisinske sentra og som driv oppsøkjande verksemd i form av behandling og rehabilitering samt tilrettelegging i pasientanes heimemiljø, er gode tiltak. Alle pasientar som mottek helsetenester, bur i ein kommune. Så kommunane må jo ta sitt ansvar. Dessutan meiner eg at vi har ein ubrukt ressurs i dei pårørande. Eg trur også vi kan dra nytte av samhandling med dei pårørande.

Skal pasientane få eit mest mogleg meningsfylt og

sjølvstendig liv med optimalt funksjonsnivå både sosialt, kjenslemessig og praktisk, må alle partane bidra. Dette står det om i ei programerklæring frå det ambulante teamet ved Nordfjord psykiatrisenter i Nordfjordeid. Statsråden var inne på Helse Førde. Ein er jo kjent med at Nordfjord psykiatrisenter er langt framme innanfor psykiatrien. Det fortel i praksis at dei har sett samhandling på dagsordenen. Eg veit at tilbodet til dei psykisk sjuke i denne regionen er relativt godt etter norsk målestokk. Iallfall veit eg at kommunane er veldig nøgde med dette ambulante teamet. Det er eit faktum at i Helse Førde, og kanskje spesielt knytt til Nordfjord psykiatrisenter, er tvangsbruken liten, som statsråden var inne på. Korleis skal vi i praksis få dette best til? Vi snakkar om lærande organisasjonar, men vi må få dei til å fortelje kvarandre om dette innanfor eige helseforetaksområde, iallfall. Det burde gå an.

**Laila Dāvøy (KrF) [12:52:34]** Jeg vil takke for debatten. Selv om ikke alle partiene i Stortinget har deltatt i dag, har vi hatt flere debatter om psykiatrifeltet – det er riktig – og vi kommer nok til å ha flere framover.

Det er riktig, som statsråden sier, at det er enorme forskjeller når det gjelder bruk av tvang rundt om i landet vårt. Bare det i seg selv er nok til å si at her må noe være «hakkande gale» – slik vil i hvert fall jeg, på mitt språk, bergensk, si det.

Så sier statsråden at han er helt enig i – og det er jeg glad for – at ikke noe skal bygges ned før man har gode nok tilbud oppe å stå for dem som trenger det, og at helt klare føringer er gitt fra politisk hold. Det er nok riktig – det er mange gode føringer som gis fra politisk hold – men vi har jo gang på gang sett at man også må følge med på hva som faktisk skjer. Da institusjonen Solbu – en kløverinstitusjon her i Oslo for ungdommer med store psykiske problemer – ble nedlagt, flyttet flere av dem som bodde der, hjem til gamle foreldre. De fikk ikke noe nytt tilbud. Og dette er en sak som jeg må si har vært en av de vanskeligste, nemlig å være på besøk hos disse ungdommene og se den usikkerheten de stod overfor. Til slutt måtte de altså velge å flytte hjem, for de ikke fikk noe nytt tilbud. Dette gjaldt ikke alle, men det gjaldt noen. Det skulle ikke ha gjeldt én eneste, etter min mening. Det er viktig at man ikke bare har føringer, men at man også kontrollerer i en del tilfeller. Mange helseforetak sier at de får veldig mange føringer. Det er kanskje vanskelig for dem å prioritere – kanskje trenger de av og til hjelp til å prioritere.

Så et par ord til representanten Bøhler. Jeg er veldig enig når det gjelder de forebyggende tiltakene. Det å begynne i helsestasjonene, begynne med lavterskeltilbudet i kommunene, har jo vært tatt opp her flere ganger, og her er vi ganske enige. Vi er også glad for den ventetidsgarantien som er kommet når det gjelder barn og unge. Ventetiden skulle kanskje vært enda kortere, men garantien er i hvert fall der.

Så er det ett forhold som vi for så vidt ikke har berørt, men som jeg kunne tenke meg å utfordre statsråden på. Han behøver for så vidt ikke akkurat i dag svare på om han er enig eller ikke, men tenke på det. Det gjelder føl-

gende: Når fastlegen og pasienten er enige om at nå kommer vi ikke lenger, vi trenger faktisk spesialisthjelp, har andrelinjetjenesten en suveren rett til å si: Nei, hit kan du ikke komme, du er ikke syk nok – man får ikke engang en time. Jeg skulle ønske vi hadde hatt et system der man sa at når både fastlegen og pasienten mener at de trenger litt hjelp – det kan være råd, veiledning, innspill fra andrelinjetjenesten, besøk av det ambulante teamet eller time hos en spesialist – bør de faktisk få det. Slik er det ikke i dag. Altfor mange blir avvist. Så blir man gående i kommunehelsetjenesten – og blir sykere og sykere – før man til slutt ender opp i andrelinjetjenesten.

**Statsråd Bjarne Håkon Hanssen [12:55:59]:** Takk for debatten.

Det siste kan vi sikkert diskutere nærmere. Men jeg tror det er viktig å understreke at pasienten jo har rett til å få vurdert sitt behov for helsehjelp. Det er ikke sikkert man er enig i at behovet ikke er til stede, men jeg tror det er krevende å se for seg en utvikling der det ensidig er førstelinjetjenesten som skal ha retten til å definere hvilke pasienter som trenger andrelinjetjenesten. Men jeg ser poenget til representanten Dāvøy.

Så har jeg noen kommentarer til dette med nedbygging av antall plasser. Jeg tror det er viktig at vi i debatten forholder oss til de faktabeskrivelsene som det i hvert fall er mulig å være enige om, slik at debatten ikke føres på gale premisser. Hvis man ser på utviklingen etter at psykiatriplanen ble vedtatt, ser man at det har vært en stor endring – i form av at de psykiatriske omsorgsplassene på statlig hånd i stor grad har blitt nedlagt og blitt overført til kommunene. Jeg opplever det slik at vi stort sett er enige om at det å yte den type sykehjemstjenester er en kommunal oppgave. Men det vi er opptatt av, er antall behandlingssenger. Her har utviklingen vært slik at da vi startet med psykiatriplanen, hadde vi ca. 3 000 sykehussenger. Antallet er nå nede i ca. 2 700. Representanten Lønning har et poeng når han sier at utgangspunktet var at antall sykehussenger ikke skulle reduseres. Men da er det viktig å se dette i sammenheng med utviklingen når det gjelder antall behandlingssenger i de distriktspsykiatriske sentrene, for der har det blitt 1 800 flere i løpet av perioden. Ja, det har blitt færre sykehussenger, men det har blitt svært mange flere behandlingssenger i DPS-ene. Og det fører til at vi i dag har klart flere behandlingssenger enn da vi startet med opptrappingsplanen.

Så er det hele tiden rett å vurdere om vi f.eks. har nok sikkerhetsplasser. Det tror jeg det er viktig at vi fortløpende vurderer. Men det som i hvert fall jeg er blitt opplyst om, er at det ikke er noen kø til sikkerhetsplasser i dag. Det har vært noen utfordringer i Helse Sør-Øst – som visstnok skal være håndtert. Så det er ikke der vi har kø, selv om vi fortløpende må vurdere om vi har rett nivå.

Det siste jeg vil si, er at det representanten Nesvik tok opp om taushetsplikt mellom etater, er et veldig viktig tema. Det utvalget som nå nedsettes, skal også vurdere det.

**Presidenten:** Dermed er interpellasjonsdebatten omme.

## Sak nr. 2 [12:59:15]

*Forslag fra stortingsrepresentant Jan-Henrik Fredriksen på vegne av Fremskrittspartiet oversendt fra Odelstingets møte 16. mars 2009 (jf. Innst. O. nr. 49):*

*«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til endring av tobakksskadeloven § 6 slik at loven åpner for bruk av ubetjente røykerom som ikke er til sjenanse for andre enn dem som frivillig benytter seg av slike rom.»*

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

(Votering, se nedenfor)

Presidenten vil dele en observasjon med Stortinget – og en utfordring. Vi har hatt en interpellasjonsdebatt om et tema som har vært meget aktuelt i alle medier de siste dager. I debatten deltok statsråden og fire representanter, i tillegg til interpellanten. Antallet i presselosjen var null. Det må det være en utfordring for Stortinget å gjøre noe med.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

**presidenten:** Stortinget går nå til votering.

I sak nr. 1 foreligger det ikke noe voteringstema.

*Votering i sak nr. 2*

**Presidenten:** Det voteres over forslag fra stortingsrepresentant Jan-Henrik Fredriksen på vegne av Fremskrittspartiet oversendt fra Odelstingets møte 16. mars 2009:

*«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til endring av tobakksskadeloven § 6 slik at loven åpner for bruk av ubetjente røykerom som ikke er til sjenanse for andre enn dem som frivillig benytter seg av slike rom.»*

**Votering:**

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 75 mot 19 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.00.33)

## Sak nr. 3 [13:00:43]

*Referat*

1. (173) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Linda C. Hofstad Helleland, Jan Tore Sanner, Olemic Thommessen, Gunnar Gundersen, Ivar Kristiansen og Elisabeth Aspaker om tilpasninger i lov om motorferdsel i utmark som bidrar til å styrke det lokale selvstyret. (Dokument nr. 8:63 (2008–2009))  
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen.
2. (174) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olemic Thommessen, Hans Olav Syversen og Trine Skei Grande om at Stortinget får behandle en sak om Nasjonalmuseets fremtidige innretning, lokalisering mv. (Dokument nr. 8:65 (2008–2009))  
Enst.: Sendes familie- og kulturkomiteen.
3. (175) Om samtykke til godtakelse av vedtak om videreutvikling av Schengen-regelverket (forordning (EF) 767/2008 om Visa Information System (VIS), og rådsbeslutning 2008/633 om tilgang til VIS for utpekte myndigheter og Europol) (St.prp. nr. 52 (2008–2009))  
Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen som forelegger sitt utkast til innstilling for utenrikskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
4. (176) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Øyvind Korsberg, Hans Frode Kielland Asmyhr og Kåre Fostervold om at det utarbeides en stortingsmelding om byggenæringen (Dokument nr. 8:66 (2008–2009))
5. (177) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingebrigt S. Sørfonn og Hans Olav Syversen om å styrke hensynet til verdiskaping og regelforenkling ved å samle ansvaret for næringslivsrelaterte lover i ett departement (Dokument nr. 8:67 (2008–2009))  
Enst.: Nr. 4 og 5 sendes næringskomiteen.

**Presidenten:** Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37 a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 13.02.