

**Møte torsdag den 4. februar 2016 kl. 10**

President: Marit Nybakk

Dagsorden (nr. 43):

1. Valg av nytt varamedlem til valgkomiteen
2. Innstilling fra valgkomiteen om suppleringsvalg til Stortingets delegasjon til NATOs parlamentariske forsamling og til Stortingets delegasjon til konferansen for overvåking av EUs utenriks-, sikkerhets- og forsvarspolitikk (Innst. 147 S (2015–2016))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om legemidmeldingen. Riktig bruk – bedre helse (Innst. 151 S (2015–2016), jf. Meld. St. 28 (2014–2015))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler (Innst. 148 S (2015–2016), jf. Dokument 8:125 S (2014–2015))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Kirsti Bergstø, Karin Andersen og Torgeir Knag Fylkesnes om å stoppe stoppeklokkene og øke bemanningen i eldreomsorgen (Innst. 149 S (2015–2016), jf. Dokument 8:129 S (2014–2015))
6. Stortingets vedtak til lov om granskingskomisjonen for brannen på Scandinavian Star (Lovvedtak 43 (2015–2016), jf. Innst. 144 L (2015–2016))
7. Referat

**Presidenten:** Det foreligger tre permisjonssøknader:

- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om permisjon for representantene Hege Haukeland *Liadal* og Anette *Trettebergstuen* i tiden fra og med 8. februar til og med 10. februar – begge for å delta i høring i FN i regi av Den interparlamentariske union, i New York
- fra representanten Abid Q. *Raja* om permisjon, som leder av Stortingets religionsfrihetsgruppe, i tiden fra og med 9. februar til og med 12. februar for å delta i møte i London samt i tiden fra og med 16. februar til og med 19. februar for å delta i religionsfrihetskonferanse i Taiwan

Disse søknadene foreslås behandlet straks og innvilget.

– Det anses vedtatt.

Fra første vararepresentant for Akershus, Siri *Engesæth*, foreligger søknad om fritak for å møte i Stortinget i tiden fra og med 9. februar til og med 11. februar under representanten Abid Q. *Rajas* permisjon, av velferdsgrunner.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.

2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden slik:

For Akershus fylke: Erik *Lundeby* 9.–11. februar og Siri *Engesæth* 16.–18. februarFor Hedmark fylke: Lasse *Juliussen* 9.–10. februarFor Rogaland fylke: Øystein *Langholm Hansen* 9.–10. februar**Presidenten:** Terje Aasland vil framsette et representantforslag.

**Terje Aasland (A) [10:02:14]:** Jeg vil på vegne av stortingsrepresentantene Eva Kristin Hansen, Per Rune Henriksen, Åsmund Aukrust, Eirik Sivertsen, Magne Rommeveit og meg selv framsette et representantforslag om tiltak for å redusere klimagassutslipp.

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

Før vi går til sak nr. 1, vil presidenten gjøre oppmerksom på at vi skal votere i sak nr. 1 før vi går til sak nr. 2.

Sak nr. 1 [10:02:48]

*Valg av nytt varamedlem til valgkomiteen***Presidenten:** Presidenten ber om forslag til nytt varamedlem til valgkomiteen.**Trond Helleland (H)** (fra salen): Jeg foreslår Solveig Sundbø Abrahamsen.**Presidenten:** Solveig Sundbø Abrahamsen er foreslått som nytt varamedlem til valgkomiteen.

Andre forslag foreligger ikke, og presidenten antar at det kan voteres på vanlig måte. – Det anses vedtatt.

Votering:

Forslaget fra Trond Helleland ble enstemmig bifalt.

Sak nr. 2 [10:03:32]

*Innstilling fra valgkomiteen om suppleringsvalg til Stortingets delegasjon til NATOs parlamentariske forsamling og til Stortingets delegasjon til konferansen for overvåking av EUs utenriks-, sikkerhets- og forsvarspolitikk* (Innst. 147 S (2015–2016))

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

Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at sakene nr. 3 og 4 behandles under ett. – Det anses vedtatt.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

## Sak nr. 3 [10:04:31]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse* (Innst. 151 S (2015–2016), jf. Meld. St. 28 (2014–2015))

## Sak nr. 4 [10:04:48]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler* (Innst. 148 S (2015–2016), jf. Dokument 8:125 S (2014–2015))

**Presidenten:** Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 35 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene: Arbeiderpartiet 30 minutter, Høyre 25 minutter, Fremskrittspartiet 15 minutter, Kristelig Folkeparti 5 minutter, Senterpartiet 5 minutter, Venstre 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter og Miljøpartiet De Grønne 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

**Sveinung Stensland (H) [10:06:16]** (ordfører for sak nr. 3): Jeg vil først takke komiteen for et utmerket samarbeid om legemiddelmeldingen. Komitebehandlingen har vært smidig, og innstillingen fremstår tidvis som en eneste lang komitémerknad. Vil en skape uenighet omkring legemiddelpolitikken, er det få steder å lete i denne innstillingen. Det er svært gledelig at Stortinget er så samstemte når vi nå staker ut kursen for legemiddelpolitikken i Norge.

Bransjeaktører, pasientorganisasjoner og ikke minst fagforbund skal også ha stor takk for sine innspill til arbeidet med legemiddelmeldingen. Responsen etter komitéinnstillingen har vært god, noe som tyder på at mange er fornøyd.

Voltaire sa: Leger forskriver medisiner de vet lite om, for å behandle sykdom de vet mindre om, hos mennesker de vet ingenting om.

Norsk helsepersonell motbeviser dette hver dag, selv om det fortsatt finnes mange utfordringer på legemiddelområdet. Målet må være å gjøre Voltaires ord til skamme en gang for alle.

Medisinsk-teknologisk utvikling går fremover. Behandlingsmulighetene blir flere, forventningene øker og utgiftene vokser. Presset på hva som skal dekkes innenfor den offentlige helsetjenesten, øker, men helsesektoren, som alle andre sektorer, kan ikke heve seg over økonomiske rammer fastsatt av Stortinget og samfunnets samlede ressurser.

Pasienten skal stå i sentrum for vår helsepolitikk. Bedre og mer treffsikre legemidler hjelper ikke bare mennesker

til å bli friske, de gjør det også lettere for dem som ikke kan bli friske, å leve med sykdommen. Nye og mer skånsomme metoder gjør ikke bare behandlingen bedre, de sørger for at møtet med helsetjenesten blir mindre belastende for dem som lever med sykdom over tid. Da er riktig legemiddelbruk og god informasjon om bruken viktig.

Regjeringen foreslår følgende legemiddelpolitiske målsettinger:

- sikre god kvalitet ved behandling med legemidler
- legemidler skal ha lavest mulig pris
- likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- legge til rette for forskning og innovasjon

En samlet komité stiller seg bak disse målene og påpeker at de fire målene må ses i sammenheng i utøvelsen av legemiddelpolitikken.

Når en diskuterer legemidler, blir pris raskt et tema. Det vil det selvsagt være i fremtiden også, spesielt når det gjelder kostbare nye legemidler. Regjeringen har allerede iverksatt flere tiltak for å redusere saksbehandlingstiden og sikre at metodevurderinger foretas raskest mulig. Dette, sammen med hevingen av bagatellgrensen, er viktige tiltak for å sikre befolkningen rask tilgang på effektive legemidler. Bare i fjor fikk vi 14 nye legemidler raskere på blå resept grunnet den økte bagatellgrensen.

En ny målsetting for legemiddelpolitikken er at den skal legge til rette for forskning og innovasjon. Det er flere grunner til at dette er viktig. Kliniske studier gir norske pasienter raskere tilgang på nye legemidler, det gir norske arbeidsplasser og styrker norske fagmiljø. Ikke minst bidrar det til å styrke legemiddelindustrien i Norge. Vi vedtar i dag at offentlige innkjøpsordninger for legemidler skal bidra til å fremme innovasjon. Komiteen anerkjenner at Norge må bidra for å utvikle nye legemidler. Samtidig har vi et stort potensial for videreutvikling av norsk legemiddelindustri og forskning.

I årene som kommer er det viktig at vi bevarer et vel fungerende og bærekraftig marked for generika, også kalt kopimedisiner. Vi legger til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere gode forslag til endringer som styrker leveringssikkerheten og funksjonsdyktigheten også på generikamarkedet i det utredningsarbeidet som Legemiddelverket gjennomfører.

Brukt riktig kan legemidler forebygge og behandle sykdom og øke livskvaliteten for den enkelte. Det er imidlertid bevist at det forekommer legemiddelrelaterte utfordringer i alle deler av helsetjenesten.

Pasientsikkerhetskampanjen viste at 12 pst. av pasient-skadene skyldes feil legemiddelbruk. Eksempler på feilbruk er at pasienten bruker for mange legemidler, får for høye eller for lave doser eller bruker uheldige kombinasjoner av legemidler. Pasientens egen oppfølging av effekt og bivirkninger, opplæring i legemiddelbruk og egen mestring av sykdom er også sentrale elementer for å sikre legemiddelbruk. Som vi har sett i nyhetsbildet senest denne uken, er det også en stor utfordring med økende bruk av antidepressiva blant unge mennesker. Det har vi også skrevet gode merknader om i legemiddelmeldingen, og jeg setter stor pris på at helseministeren har vært tydelig på at medikamentfri behandling skal være prioritert i helsetjenesten.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

Feilbruk av legemidler kan få alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter, som bivirkninger eller dødsfall. Det er anslått at mellom 1 000 og 2 000 mennesker i Norge årlig dør som følge av bivirkninger og uheldig bruk av legemidler. I Norge dør hvert år altså ti ganger flere av feil legemiddelbruk enn i trafikken. Det er alvorlig. Først og fremst for den enkelte og deres familie og venner, men også for samfunnet fører feilbruk av legemidler til dårlig ressursutnyttelse og betydelige ekstrakostnader knyttet til f.eks. sykefravær og sykehusinnleggelse.

For at behandlingen skal virke, må legen stille rett diagnose og velge rett behandling. Vi vet at en grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging av pasienter med flere sykdommer vil redusere omfanget av bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Legemiddelmeldingen bærer preg av dette, og riktig bruk er en gjennomgangstone i meldingen. I tillegg tar vi inn over oss at kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter, «Academic Detailing», også viser gode resultater, og i meldingen peker vi flere plasser på at dette kan være et viktig bidrag for å sikre god forskrivning og god medisinsk utredning av pasienter når de besøker legen.

Skal legemidler ha virkning, må pasienten etterleve behandlingen som blir forskrevet. Det foreligger dokumentasjon på at denne etterlevelsen er lavere enn en har vært klar over. Tall fra WHO viser at om lag 50 pst. av pasientene med en kronisk lidelse ikke følger den anbefalte behandlingen. Det er et høyt tall og kan ha mange forklaringer, alt fra manglende kunnskap til glemsomhet, frykt for bivirkninger, fornektelse av egen sykdom eller praktiske utfordringer.

Videre er det sånn at pasientrollen har endret seg fra å være underdanig til å være spørrende. Flere pasienter krever å bli involvert i egen behandling, noe jeg anser positivt. Vi ønsker jo en helsetjeneste som utvikler seg i denne retningen, med mer makt til pasienten. Både i Norge og internasjonalt etterspør pasienter i økende grad deltagelse i beslutninger som gjelder egen helse og sykdom.

Ut fra det vi vet om årsakene til feil bruk, ser det ut som om god informasjon og beslutningsstøtte er viktige verktøy for å gi bedre behandlingskvalitet og økt pasient-sikkerhet. Den ene utfordringen er at helsepersonells oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk ofte er svært mangelfull. Det er også et problem at samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege ikke alltid er så god, og det er vist også i norske studier at det ikke alltid er samsvar mellom det som står i journalsystemene på sykehjemmene, og det som fastlegen faktisk tror pasienten går på. Dette møter vi i meldingen med flere tiltak, bl.a. tiltaket Legemidler i bruk, som vil gi legene oversikt over pasientens samlede legemiddelliste. Det blir litt vanskelig å være lege og ordinere ny medikasjon eller fjerne medikasjon når en ikke har oversikt over hva som er utgangspunktet.

En annen utfordring er at dagens systemer ikke er brukervennlige. Helsepersonell mangler tilgang til relevant legemiddelinformasjon i sine arbeidsverktøy. Tilgjengelig informasjon er også i liten grad tilpasset allmennheten, med den konsekvens at pasienten ikke forstår informasjon

som er ment for dem. I legemiddelmeldingen er virkemidler for å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler og virkemidler for å ivareta pasientsikkerheten prioritert.

Samtidig er vi opptatt av å gi pasientene bedre mulighet til å mestre egen legemiddelbruk. I den forbindelse peker vi på flere og bedre farmasøytjenester, legemiddelgjennomgang, oppstartsamtaler og bedre og mer tilpasset legemiddelinformasjon. Vi venter nå på resultatene fra Medisinstart-studien, som vil vise oss om det er veien å gå når det gjelder oppdatert legemiddelinformasjon til pasient fra apotek.

Vi er enige om at vi må tillate moderne kommunikasjonsplattformer for å gi pasienter best mulig tilgang på informasjon. Dessverre er det for mange kryptiske pakningsvedlegget de fleste pasienters eneste informasjonskanal om egne legemidler, og sannheten er nok at de fleste kaster pakningsvedlegget så fort de åpner medisinpakken. Informasjonen er ikke tilgjengelig.

Regelverket for legemiddelreklame er harmonisert i EØS-området. Likevel er det betydelige forskjeller i praksis i ulike land. Ulikheten skyldes i hovedsak ulik tolkning eller ulikheter i myndighetsoppfølging av legemiddelreklame. For å oppnå riktig bruk mener vi at legemiddelindustriens spesifikke produktkunnskap om egne legemidler kan utnyttes mer pasientrettet. Det er gledelig at et bredt flertall stiller seg bak denne vurderingen.

Vi ønsker å bedre finansieringen av og øke tilgangen til utprøvende behandling. For at utprøvende behandling skal tilbys under forhold som sikrer trygge og gode tjenester, er det etablert prinsipper for at utprøvende behandling primært bør tilbys pasienter gjennom kliniske forskningsstudier. Legemiddelmeldingen inneholder en rekke virkemidler for å heve antallet og kvaliteten på kliniske studier. Vi vil bedre pasienters tilgang til kliniske studier og tilrettelegge for nødvendig infrastruktur som understøtter gjennomføringen av flere og større kliniske studier. Det er viktig at dette blir fulgt opp i spesialisthelsetjenesten, og at en sørger for et best mulig samspill mellom spesialisthelsetjenesten, norske forskningsmiljø og industrien som faktisk utvikler nye legemidler. Det er nemlig sånn at hvis ikke legemiddelindustrien er der, så er det ingen andre som står klare til å utvikle nye legemidler i fremtiden.

Likeverdig og rask tilgang til legemidler forutsetter et effektivt og rettferdig refusjonssystem for legemidler. Bare sånn vil alle ha lik tilgang til legemidler, uavhengig av økonomi. Et godt utbygd apotekvesen og effektiv grossistvirksomhet er bærebjelkene i legemiddeldistribusjonen. Legemiddelpolitikken må sikre at distribusjonen fungerer, også med endringer i kommunikasjon og handelsplattformer.

Vi ser behovet for å definere nærmere kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygd og helseforetak samt for finansieringsordningen for vaksiner. Vaksiner har blitt omtalt som et medisinsk sakrament tilsvarende dåpen. Nå skal vi ikke dra det så langt, men i kampen mot infeksjonssykdommer er en offensiv vaksinepolitikk og ditto høy vaksinasjonsgrad vesentlig.

Det er viktig å få frem at et legemiddel kan være uten effekt eller sågar skadelig om det brukes feil. Legemidler kan både kurere og påføre lidelse. Meldingens over-

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

skrift er Riktig bruk – bedre helse. Det betyr at alle aktører i helsetjenesten og forsyningskjeden må arbeide sammen for at rett legemiddel forskrives, distribueres, utleveres og gis pasienten i riktig mengde til riktig tid.

Jeg vil avslutte med Paracelsus:

«Alt er gift og ingenting er uten gift; bare dosen avgjør om noe er en gift.»

**Ingvild Kjerkol (A) [10:19:16]** (ordfører for sak nr. 4): Stortinget behandler i dag to saker. Den ene er Meld St. 28 for 2014–2015, Legemiddelmeldingen: Riktig bruk – bedre helse, som saksordfører nettopp omtalte. Den andre er representantforslag Dokument 8:125 S for 2014–2015 fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen, om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler. Jeg viser i den saken til komiteens tilråding og til i alt fire mindretallsforslag som er fremmet av to ulike mindretall. Jeg vil komme tilbake til det mot slutten av mitt innlegg.

Utvikling av legemidler er vår felles historie om menneskelige framskritt, om bedre og lengre liv. Legemidler er den vanligste medisinske behandlingsform i vår felles helsetjeneste. I løpet av ett år får to tredjedeler av den norske befolkningen reseptbelagte legemidler. Legemiddelbehandling spiller en viktig rolle i å forebygge og redusere sykkelighet og dødelighet, men kan også forårsake bivirkninger og andre legemiddelrelaterede problemer.

Teknologiske framskritt og utviklingen av stadig nye legemidler gir oss fantastiske muligheter til å kurere sykdom. Nye legemidler gir folk et bedre, lengre og enklere liv. Samtidig bringer utviklingen oss opp i vanskelige diskusjoner om prioriteringer og ressursbruk på nye og usikre behandlingsformer. I et slikt landskap er en framtidrettet legemiddelpolitikk avgjørende. Det er mye bra i meldingen, og Arbeiderpartiet vil bidra til at gode intensjoner på legemiddelfeltet følges opp gjennom praktisk handling.

Det er en styrke for vår felles helsetjeneste at legemiddelpolitikken er så omforent som det komiteens innstilling viser. Norge er et lite land og et lite marked for legemidler. Vi har i internasjonal sammenheng lave priser og en begrenset legemiddelproduksjon her hjemme.

Det er ti år siden forrige legemiddelmelding, og Arbeiderpartiet er glad for at regjeringen fulgte opp Stortingets anmodningsvedtak fra våren 2013 om å utarbeide en legemiddelmelding. Vi synes det er bra at vi behandler en melding som foretar en helhetlig gjennomgang av legemiddelpolitikken. Arbeiderpartiet slutter seg til de fire hovedmålsettingene for legemiddelpolitikken som er en videreutvikling av de gamle målene.

I vår felles helsetjeneste skal det sikres god kvalitet ved behandling med legemidler. Legemidler skal ha lavest mulig pris. Det skal være likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler. I tillegg må vi evne å legge til rette for forskning og innovasjon.

Feilbruk av legemidler er en av de hyppigste årsakene til dårlig kvalitet og skader i helsetjenesten vår. Derfor ventet vi på tiltak i den nye meldingen. Vi er derfor veldig positive til forslaget i legemiddelmeldingen om at kommunene plikter å gå systematisk igjennom legemiddelbruken på sine sy-

kehjem. Vi ser altså at en gjennomsnittspasient bruker sju legemidler samtidig, noe som kan være veldig uheldig uten nøye vurderinger. Dette har vært praksis i Trondheim kommune lenge, og vi ser gode resultater av slike tiltak. Arbeiderpartiet ønsker også at farmasøyter skal spille en sentral rolle i helsetjenesten. Flere farmasøyter inn i kommunehelsetjenesten kan være et riktig og godt tiltak. Vi mener brukervennlighet er helt sentralt for å fremme trygg bruk av legemidler. Da bør det ytterligere forenklinger og forbedringer til i systemet, slik at pasienter og helsepersonell kan forstå og gjøre seg nytte av ordningene som finnes.

Det er stort behov for mer informasjon og kunnskap, og her må alle parter samarbeide. Her må vi oppfordre til å bruke alle plattformer, til å ta i bruk ny teknologi og sørge for at det finnes god informasjon til pasientene der ute. De profesjonene i helsetjenesten som jobber der, må lykkes med å dele og overføre sin kompetanse sømløst. Her må jeg også nevne veiledningstjeneste i apotek. Vi venter spent på departementets svar for standardiserte veiledningstjenester for astma- og kolspasienter som går lenger enn dagens informasjonsplikt. Arbeiderpartiet, sammen med flertallet i komiteen, mener også at her må legemiddelindustrien trekkes aktivt med i informasjonsarbeidet.

Som jeg har sagt, er mye bra! Men slik vi leser meldingen, er den kanskje noe forsiktig, mye skal utredes og vurderes videre. Statsråden etterspurte en ny og mer offensiv legemiddelpolitikk i opposisjon, og vi mener han kunne vist enda mer handlekraft i posisjon. Komiteens behandling viser heldigvis likevel at det er stor vilje i Stortinget til å gå lenger med en del. Jeg er glad for at komiteen samlet løfter fanen for at Norge skal bidra atskillig mer for å utvikle nye legemidler. En samlet komité peker på et stort potensial for videreutvikling av norsk industri og forskning. Norske pasienter kan ha nytte av å delta i utprøvede behandling. Det vet vi. Arbeiderpartiet er veldig fornøyd med at en samlet komité vil satse på Norges komparative fortrinn som går ut fra biobanker og helseregistre av svært god kvalitet. Biobanker og helseregistre blir viktige for å utvikle morgendagens persontilpassede medisin. Norges muligheter for å forløse mer forskning, innovasjon og industriutvikling basert på norske biobanker og helseregistre må utforskes videre. Arbeiderpartiet har fremmet et representantforslag om et løft for norske biobanker, og vi ser fram til Stortingets behandling av det.

Tidligere helseminister fra Arbeiderpartiet Jonas Gahr Støre ga i 2013 de regionale helseforetakene i oppdrag å gjøre en utredning om persontilpasset medisin i vår felles helsetjeneste. Rapporten ble ferdig i 2014, men regjeringen har foreløpig gjort lite ut av den. Utredningen slår fast at ny teknologi for rask og omfattende biologisk analyse har gitt persontilpasset medisin et nytt og mer presist fundament de siste årene. Utredningen anslår at persontilpasset medisin vil ha en positiv effekt på folkehelsen, og at man forventer at summen av mer pasienttilpasset diagnostikk, behandling og forebygging på individnivå vil resultere i flere gode leveår for så mange mennesker at det blir målbart i form av redusert sykkelighet og dødelighet på folkehelsenivå.

Det ligger til rette for en stor og koordinert satsing

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

på persontilpasset medisin også i Norge. Arbeiderpartiet fremmet forslag om dette i fjor, hvor vi ba regjeringen legge fram en nasjonal strategi og finansieringsplan for persontilpasset medisin i Norge og bevilge midler til å bygge opp nasjonal kompetanse på dette.

Når det gjelder målsettingen om riktig pris og likeverdig og rask tilgang til legemidler, vil jeg bare understreke komiteens samstemmighet. Arbeiderpartiet avventer regjeringens helhetlige gjennomgang av apotekavansen og trinnprisordningen. Eventuelle endringer her må henge sammen med de andre legemiddelpolitiske målsettingene.

Den rød-grønne regjeringen og daværende helseminister Gahr Støre beskrev behovet for et nasjonalt system for innføring av nye metoder i helsetjenesten. Hovedlinjene ble beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011–2015 og Meld. St. 10 for 2012–2013, God kvalitet – trygge tjenester. Systemet gjør at vi har fått bedre grep om og kontroll over hvilke legemidler som tas i bruk. Det er nødvendig i en helsetjeneste som stadig presses av prioriteringer og avveininger mellom ulike hensyn. Vi mener at ordningen i utgangspunktet er god, men den trenger justeringer for å fungere optimalt. Vi mener at åpenhet ikke nødvendigvis krever at allmennhet og media skal kunne delta direkte i alle beslutningsfora der enkeltbeslutninger tas, men at det skal være full åpenhet om begrunnelsen. Dette er også i tråd med det Norheim-utvalget, kjent som Prioriteringsutvalget, sier. Behandlingstiden oppleves også som for lang, informasjonsflyten må bli bedre, og det bør stilles strenge krav til åpenhet. Begrunnelsen for hvorfor et legemiddel tas i bruk, bør være offentlig tilgjengelig. Vi er positive til at det nå skal foreligge en faglig uttalelse før behandling i Prioriteringsutvalget.

Jeg har lyst til å understreke spesielt at vaksiner er en viktig del av nasjonal legemiddelpolitikk. Vaksiner redder utallige liv hvert år. I fattige utviklingsland trygler foreldrene om å få vaksiner til ungene sine, mens det i rike industriland finnes interessegrupper og enkeltpersoner som motarbeider all vaksinasjon. Vaksineskeptikerne påtar seg et tungt ansvar for egne og andre barns helse. Uten solidarisk vaksinasjon vil farlige sykdommer som meslinger, polio, difteri og kikhoste kunne spres i befolkningen. I en framtid med økt migrasjon blir nasjonale vaksineprogram enda viktigere verktøy for nasjonale helsemyndigheter. I Norge har vi høy oppslutning om barnevaksineprogrammet og utvalgte målgrupper som vurderes å være i risiko. Det er for lite systematisert innsats utover det, det er vi helt enig i. Vi synes det er bra at regjeringen ser på dette, eventuelt et vaksineprogram for voksne, og vi er også positive til et bedre system for innføring av vaksiner.

Den første testen for regjeringens legemiddelpolitikk kommer i budsjettene. Her må det leveres. Vi lover full støtte i Stortinget. I representantforslaget om overforbruk av reseptfrie legemidler støtter vi en informasjonskampanje rettet mot ungdom. Kunnskap om bruk av reseptfrie legemidler er viktig å etablere tidlig. Arbeiderpartiet mener at helsetjenesten godt avlastes med en god egenomsorg og ansvarlig bruk av reseptfrie legemidler for mindre lidelser. God tilgjengelighet og god informasjon er viktig.

Jeg vil til slutt ta opp de forslagene som Arbeiderpar-

tiet er medforlagsstiller til, i begge sakene – og jeg gjen- tar det momentet jeg synes er viktig: En omforent legemiddelpolitikk er viktig for vår felles helsetjeneste.

**Presidenten:** Representanten Ingvild Kjerkol har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Morten Wold (FrP) [10:31:36]:** La meg aller først få takke komiteens saksordfører, representanten Stensland, for særdeles godt arbeid med en stor melding som er viktig for veldig mange, og også en samlet komité for særdeles gode bidrag i den prosessen vi har vært igjennom.

Det er en gledens dag for Fremskrittspartiet når en ny legemiddelmelding endelig debatteres og vedtas i denne sal. Fremskrittspartiet har etterlyst en slik melding, nettopp fordi vi mener den er et viktig bidrag når vi skal se fremover og tenke langsiktig på legemiddelområdet.

La meg gå tilbake til november 2012. Da fremmet Fremskrittspartiet et representantforslag om en legemiddelpolitikk for fremtiden. I forslaget skisserte vi ønsket om å forbedre norsk legemiddelpolitikk – konkretisert gjennom en rekke tiltak.

Vi mente den gang – som nå – at feil bruk av legemidler er en utfordring. Meldingen vi behandler i dag, tar for seg nettopp det at feilbruk og bivirkninger av legemidler er et problem som i verste fall kan få dødelig utgang. En av hovedutfordringene ved målet om å oppnå riktig legemiddelbruk er at helsepersonell og pasient ikke har god nok oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Problemet er særlig alvorlig for dem som bruker mange legemidler samtidig, og for dem som skifter mellom ulike omsorgsnivåer.

En samlet komité mener legemiddelmeldingen peker på en rekke tiltak som kan bedre situasjonen på dette området, bl.a. ved at en bedre oversikt over pasienters legemiddelbruk vil kunne hindre både uheldige legemiddelkombinasjoner, feilbruk og bivirkninger.

Vi må ta inn over oss at endringer i sykdomsbildet og demografisk utvikling i stor grad vil gjøre behovet for ytterligere innovasjon på dette området stort også fremover. For oss politikere er det svært essensielt at de legemiddelpolitiske målene vi setter oss, resulterer i praktisk handling.

Vi mente i 2012 at bagatellgrensen måtte endres. Den hadde da stått stille siden den ble innført i 2003. Først nå, under dagens regjering, er grensen endret – og faktisk femdoblet – fra 5 til 25 mill. kr. Fremskrittspartiet mener det vil bidra til at vi raskere får nye, effektive legemidler. At bagatellgrensen ble hevet, er viktig også for å få fortgang på medisiner som skal inn under blåreseptordningen.

Fremskrittspartiet er glad for at 14 flere medisiner har kommet inn under blåreseptordningen den senere tiden, og at vi har hatt og fremdeles har en gjennomgang av kosttilskuddforskriften. Endringene i forskriften skapte store debatter og engasjerte tusenvis av enkeltmennesker. Vi må aldri glemme at særlig innen helse- og omsorgsfeltet er det nettopp dem det handler om: enkeltmenneskene. Fremskrittspartiet har alltid satt enkeltmennesker foran systemet, og det vil vi fortsette med.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

Fremskrittspartiet er svært tilfreds med at det skjer spennende ting på legemiddelfeltet, og at mye av vår tidligere opposisjonspolitikkk blir vedtatt og gjennomført, bl.a. spørsmålet om innføring av nettapotek, som vil være med på å forenkle folks hverdag. Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre tok ikke stilling til hvorvidt en rekke av utfordringene vi pekte på og fremmet forslag om, skulle være en del av en ny legemiddelmelding. Det blir de altså her i dag.

Jeg sier ikke at vi er i mål, vi må fortsatt være målrettet når det gjelder innovasjon, forskning og kliniske studier på et stort og omfattende felt. Vi trenger en sterk og kompetent legemiddelbransje, det er viktig at vi sikrer riktige medisiner til riktig pris, og at også lille Norge må bidra til å utvikle nye legemidler.

Jeg er glad for at det er en samlet komité som slutter seg til de fire hovedmålsettingene i legemiddelmeldingen: at det er god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, at det skal være likeverdig og rask tilgang på legemidler, og ikke minst at det skal legges til rette for forskning og innovasjon.

Så noen ord om representantforslaget fra Senterpartiets to representanter Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen.

Jeg må si at jeg er litt overrasket over selve forslaget fra representantene, som dreier seg om overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler. For det første ber de om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler. For det andre lanserer de fire ulike forslag, hvorav flere allerede ligger inne i legemiddelmeldingen. Og selv om det nå kommer en opptrappingsplan på rusfeltet, etterlyses det i representantforslaget kartlegging av overdoser knyttet til bruk av smertestillende legemidler.

Folkehelseinstituttet melder om nedgang i salget av smertestillende legemidler som paracetamol og ibuprofen, mens Senterpartiet lager en tiltaksplan for økninger som ikke eksisterer. En viktig detalj er at disse reseptfrie legemidlene brukes mot lette hverdagsplager for en ellers ganske så frisk befolkning. Jeg synes det er nødvendig av forslagsstillerne å dramatisere et overforbruk når de ikke sier noe som helst om hva som er å anse som normalt forbruk. Reseptfrie legemidler er et godt supplement og er gjerne viktig egenpleie for vanlige mennesker som får noe så dagligdags og ufarlig som moderat feber og hodepine oftest er.

Det er salget av reseptbelagt paracetamol som har vist seg å øke, ikke den reseptfrie varianten. Jeg må derfor få uttrykke undring over at Senterpartiet faktisk ønsker tiltak på det området hvor det nettopp er nedgang i bruk og salg.

Men tilbake til legemiddelmeldingen helt avslutningsvis. Jeg avslutter som jeg innledet: Dette er en gledens dag for Fremskrittspartiet, og det er også en gledens dag for norsk legemiddelpolitikk. Denne legemiddelmeldingen er et stort skritt i riktig retning.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [10:38:39]:** Kristelig Folkeparti vil stille seg i rekken av dem som takker saksordførerne i begge sakene som vi nå diskuterer. Det har vært et godt samarbeid i komiteen, synes Kristelig Folkeparti.

Jeg vil først gå til legemiddelmeldingen, men jeg vil

diskutere denne med begge sakene i bakhodet. Visjonen i legemiddelmeldingen er at legemiddelpolitikken «skal bidra til bedre folkehelse» – verken mer eller mindre. Det er basert på fire målsettinger: kvalitet, pris, likeverdig tilgang og forskning og innovasjon.

God kvalitet har mange sider, og bruk og overforbruk er en del av kvaliteten. Det kan handle om et overforbruk av antibiotika. Komiteen ber regjeringen vurdere nye retningslinjer for bruk av antidepressiva, smertestillende og vanedannende legemidler blant unge spesielt, for kvalitet handler også alltid om hvordan vi bruker medikamenter.

Kristelig Folkeparti skulle også ønske at vi i et folkehelseperspektiv, som er en del av visjonen, hadde vurdert muligheten for å få medikamenter til bruk for røykavvenning på blå resept. Vi tror det er en viktig og riktig måte å jobbe på med hensyn til folkehelseperspektivet. Det er et behov for dem som trenger det aller mest, og som kanskje har minst lommebok. Flertallet ville dessverre ikke det.

Kristelig Folkeparti er også opptatt av de mange legemidler med stor tilgjengelighet, som har blitt svært alminneliggjort, og som daglig brukes aller mest av den friskeste delen av befolkningen, som dermed trenger kunnskap om at det også kan gi et overforbruk og et misbruk, noe som igjen får folkehelsemessige konsekvenser. Derfor er vi enig i mange av forslagene fra Senterpartiet.

Det er også sånn at mange av de alvorlige hendelsene i spesialisthelsetjenesten omhandler svikt knyttet til legemiddelbruk. Det samme ser vi i norske sykehjem og i hjemmetjenesten. Det må derfor rettes spesielle tiltak mot hjemmesykepleie og norske sykehjem. Vi vet at i gjennomsnitt har pasienter på norske sykehjem seks–sju lidelser. Det betyr at de også har et stort medikamentforbruk, og dermed er også risikoen for bivirkninger stor. Vi ber regjeringen vurdere en egen handlingsplan rettet mot akkurat dette, for det koster pasienter i norske sykehjem mye, men aller mest koster det samfunnet. Derfor hadde det vært viktig å få til en høy bemanning på legesiden i norske sykehjem for å sikre kvaliteten ved legemiddelbruk.

Kristelig Folkeparti er glad for at regjeringen vil forskriftsfeste en plikt for kommunene til å sørge for systematiske legemiddelgjennomganger. Kristelig Folkeparti ville gått lenger og faktisk lovfestet dette, fordi vi mener det er en så viktig kvalitetsindikator for kommunene å styre etter for å sikre kvaliteten for pasientene og også for å sikre kostnadene i samfunnet vårt.

Bruk av farmasøyt i både kommune og sykehus er bra. Informasjonen som de kan gi, er ofte utover det som legestanden og sykepleierstanden kan gi.

Kristelig Folkeparti er glad for legemiddelmeldingen i sin helhet, og jeg tar opp det forslaget som vi er med på i innstillingen til legemiddelmeldingen, og de forslag som vi er med på i innstillingen til Dokument 8:125 S.

**Presidenten:** Representanten Olaug V. Bollestad har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Kjersti Toppe (Sp) [10:43:48]:** Legemiddel er ein veldig viktig innsatsfaktor i helsetenesta, både til forebygging

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

og til behandling, og eg synest det er veldig bra at regjeringa har levert denne legemiddelmeldinga, som inneheld mange gode tiltak.

Først til målsetjinga for legemiddelpolitikken: Det er stor politisk einigheit om dei fire måla som er sette, nemleg å sikra god kvalitet, at legemiddel skal ha lågast mogleg pris, at det er likeverdig og rask tilgang, og at det vert lagt til rette for forskning og innovasjon.

Senterpartiet står åleine om ein merknad i innstillinga der vi peikar på at vi i tillegg meiner at rett legemiddelbruk burde vore eit sjølvstendig mål for legemiddelpolitikken, slik det var tidlegare. Vi må ha respekt for at rett legemiddelbruk òg kan vera ingen bruk. Antibiotikabruk og resistensutvikling er eksempel på akkurat det. Eg er glad for at ein i meldinga er tydeleg på at vi skal ha 30 pst. nedgang i nettopp antibiotikabruk, og at det er fremja ein handlingsplan for å oppnå akkurat det.

Det som vi saknar i meldinga, er at rett prioritering av legemiddel er skuva ut til prioriteringsmeldinga. Det er slik at det i dag er ei urettferdig fordeling av legemiddel mellom pasientgrupper, iallfall kan vi vera bekymra for det. Kreftmedisinane får stor merksemd, og det er forståeleg, men Senterpartiet er òg bekymra for f.eks. rusavhengige med hepatitt C-smitte, beinskjøre eldre damer som ikkje får dei medisinsane dei treng for osteoporoseforebygging, osv., men vi ser fram til denne debatten i samband med prioriteringsmeldinga.

Eg vil framheva dette med persontilpassa medisin. Det er eit veldig viktig område som mogleggjer presis diagnostikk og tilpassa behandling, og dette er framtida. Vi ser fram til den nasjonale strategien som kjem, og at ein får regionale kompetansesentre på dette området.

Utdanninga av farmasøytar er òg omtalt i meldinga. Vi er noko bekymra for utdanningskapasiteten, og vi har i ein merknad bedt regjeringa sikra farmasistudiet i Bergen, som det no er skapt usikkerheit om.

Feil legemiddelbruk er eit alvorleg problem i helsetenesta og utgjer 5–10 pst. av sjukehusinnleggingane. Statens helsetilsyn har òg påvist manglar på dette området i kommunehelsetenesta, på sjukeheimar og i open omsorg. Legemiddelmeldinga inneheld mange konkrete tiltak på dette området, og det er vi glade for: felles legemiddellister, elektronisk kurve, kjernejournal og ikkje minst det at ein skal forskriftsfesta plikt til systematisk legemiddelgjennomgang. Vi meiner òg at vi må sikra dette i fastlegeordninga – det er allereie forskriftsfesta i dag, men det vert ikkje utnytta i den grad som vi meiner er nødvendig – at ein må utnytta kompetansen til apotekfarmasøyten betre, og at ein får ei betre utvikling i bruken av kommunefarmasøytar. Det er allereie kome ei inhalasjonsrettlegg, og det er bra, og prosjektet Medisinstart er Senterpartiet veldig positiv til. Dette er bra tiltak som er nemnde i meldinga.

Vi er skeptiske til å opna opp for reklame for reseptfrie legemiddel. Eg vil ta dette opp i mitt innlegg om det representantforslaget som vi har fremja. Senterpartiet støttar regjeringa, i motsetnad til Høgre og Framstegspartiet, i at ein ikkje skal opna opp for at informasjonsmaterieil frå industrien, som vert delt ut til pasientar etter forskrivning, ikkje skal reknast som reklame lenger.

6 000 dør i Noreg kvart år på grunn av røyking. Røyking kostar samfunnet 3,5 mrd. kr i året. Vi fremjar i dag eit forslag om å endra legemiddelforskriftas § 14-14, slik at legemiddel mot nikotinavhengigheit kan vurderast for refusjon. Vi kjem òg til å stemma subsidiært for forslag nr. 2, frå Venstre, om det same, der dei ber regjeringa vurderer dette. Vi har òg eit forslag der vi ber regjeringa koma tilbake til Stortinget med ein plan for leverings- og forsyningsikkerheita for legemiddel.

Med dette fremjar eg Senterpartiet sine forslag i denne saka.

**Presidenten:** Representanten Kjersti Toppe har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Ketil Kjenseth (V) [10:49:11]:** Jeg vil også få takke komiteen for et godt samarbeid. Det er jo flertall for mye i innstillingen og også brede flertall der ikke hele komiteen er med.

På kreftdagen velger jeg å starte mitt innlegg med å snakke om tilgang på legemidler. Vi er vitne til en rask utvikling når det gjelder nye kreftmedisiner. Selv om det er gjort betydelige framskritt de senere år, ligger Norge etter når det gjelder å få tilgang til de nyeste og mest innovative kreftlegemidlene. Dette gjelder også for nye kombinasjoner av behandlingsformer av medikamenter, som stamcellebehandling og persontilpasset medisin for personer med sjeldne lidelser.

Venstre er bekymret for en utvikling som kan forsterke et klassesdelt helsevesen, hvor de som har råd, betaler sin medisin og sin behandling selv, mens andre må vente på grunn av økonomi. Vi ønsker ikke en slik utvikling.

Kreftforeningen ønsker en fondsmodell som et av flere svar på en mer systematisk og raskere innfasing og mellomfinansiering av nye medisiner, basert på en modell som er foreslått tidligere av Helsedirektoratet. Et slikt fond har positive elementer i seg som åpner for at pasientorganisasjoner og private kan samle inn penger. Det kan bidra til å redusere pris for pasienter som er villige til å prøve ut medisiner, og det åpner for at noen pasienter tør å ta en større risiko enn andre – på vegne av seg selv, selvfølgelig, men også på vegne av fellesskapet. Så vet vi også at det er utfordringer med en fondsmodell som både Danmark, Tyskland og England har prøvd ut.

Venstre er positive til å drøfte en fondsmodell for å finansiere tilgang til nye medisiner og behandlingsformer til de sykeste pasientene, men mener fondet bør være universelt og ikke bare gjelde kreftmedisiner – og heller ikke bare medisiner. Det skjer en rask teknologisk utvikling. Vi mener også at vi bør se til et mulig nordisk samarbeid.

Vi ønsker også at det etableres en strategi for offentlige anskaffelser på legemiddelområdet som tar utgangspunkt i framtidens behandlingsbehov og gjenspeiler legemiddelpolitiske målsettinger. Transparens og åpenhet er viktig på dette området for å sikre både pasienters sikkerhet og demokratisk legitimitet. Vi ønsker å gå på leting etter en norsk fondsmodell og har fått mange innspill i løpet av behandlingen av denne meldingen, som vi ønsker å se nær-

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

mere på og ta med inn i diskusjonen om prioriteringsmeldingen når den kommer.

Ebolautbruddet i flere afrikanske land ga Norge en mulighet til å vise både oss selv og verden hva vi kan bidra med. Med den befolkningsveksten vi ser i verden nå, vil det komme mange muligheter til å bidra på mange vis, men vi må både evne og ville gripe noen muligheter. Det blir stort behov for kombinasjonen av ferskvann, medisiner, vaksiner, medisinsk behandling og ikke minst medisinsk kompetanse i verden framover. Vi har en sterk bistandssektor i Norge. Greier vi å koble den med industriell kompetanse opp mot legemiddelindustri samt kjemi og annen prosessindustri, har vi et godt grunnlag for å bygge ny legemiddelindustri i Norge og øke eksporten av norsk helse- og bistandskompetanse.

Australia har helse som sin største eksportartikkel. Her ligger en blå-grønn sektor og venter på oss – og de to nyeste eksemplene på etablering av legemiddelproduksjon i Norge finnes i Elverum og på Fagernes, i innlandet og på relativt små steder i Norge. Stabil arbeidskraft og stabil samfunnsmessig infrastruktur blir pekt på som norske fortrinn. Greier vi i tillegg å koble på innovasjon i folkehelse og primærhelsetjenesten i kommunene, kan dette bli en vinn-vinn-situasjon på mange vis, ikke minst også for beredskap. Vi er på noen områder på et minimum av nasjonal legemiddelberedskap i Norge og må derfor av den grunn diskutere mer egenproduksjon i Norge for å sikre denne.

Med en såkalt moralparagraf i legemiddellovgivningen har det også vært anslag til en debatt om hvorvidt vi fortsatt skal holde oss med en hevet pekefinger i legemiddelpolitikken. De siste års utvikling har vist at det nærmest umulig er mulig. Selv har jeg tatt til orde for å avvikle hele moralparagrafen, begrunnet i folkehelse. Som flere har vært inne på, må vi se på røykesluttmedisiner og særlig på kolspasienter. Når vi nå skal tilby dem mer systematisk rehabilitering, bør de også få tilbud om røykesluttmedisiner. På hvilken måte, må vi diskutere nærmere.

**Presidenten:** Presidenten antar at representanten skal ta opp forslag.

**Ketil Kjenseth (V) [10:54:19]:** Det stemmer. Jeg vil ta opp det forslaget som Venstre står alene om, og det vi står sammen med andre om.

Vi vil også stemme for Senterpartiets varslede forslag her i dag.

**Presidenten:** Representanten Ketil Kjenseth har tatt opp de forslag han refererte til.

**Karin Andersen (SV) [10:54:37]:** Da kan jeg først opplyse at SV vil stemme for forslagene nr. 1–6 i saken om legemiddelmeldingen, og for forslagene nr. 1, 2 og 4 i representantforslaget.

Medisiner er et stort gode, og det har revolusjonert verden. Nå overlever vi sykdommer og skader som man ikke for veldig lenge siden døde av, så det er en stor revolusjon og et kjempegode. Derfor er det viktig at Norge tilbyr gode medisiner tidlig, og at man kanskje er litt mer frampå enn

det man har vært til nå med å ta i bruk nye behandlinger. Spesielt har vi sett det knyttet til kreft, men også til en del andre medikamenter.

Når det er sagt, er SV, i likhet med det Senterpartiet ga uttrykk for, svært opptatt av rett legemiddelbruk. Debatten om antibiotikaresistens er en viktig sak der. Vi har diskutert det knyttet til dyrehelse, men også opp mot folkehelse, og det er klart at hvis en så viktig medisin blir ikke-virksom fordi den skal virke mot, er blitt gjort resistent, er det veldig alvorlig. Jeg har vært i debatter med helseministeren, som har sagt at dette er den største helsepolitiske utfordringen vi har, og at behandling som til nå har reddet liv, faktisk kan bli uvirksom. Så det er en av de aller viktigste tingene som vi er nødt til å passe på. Derfor er SV kritisk til at man har tatt ut rett legemiddelbruk som en av hovedmålsettingene og de prioriterte områdene i meldingen.

Jeg har tidligere hatt interpellasjon til statsråden knyttet til bivirkninger av medikamenter, også terapeutiske doser av vanlige medisiner – altså ikke overforbruk, ikke rus – for det er mye bivirkninger her som gjør folk alvorlig syke, og som igjen blir diagnostisert som ny sykdom der man blir medisineret, med påfølgende bivirkninger. Arbeidsministeren bør være veldig opptatt av dette, for det er veldig mange av dem som dette ut av arbeidslivet og går i den runddansen, som har dette problemet. Og det er ikke folk som søker rus; det er folk som har fått behandling, og som får altfor langvarig og altfor massiv behandling mot vondt, sorg eller smerte. Det er en del av dette som vi er nødt til å diskutere med mye større alvor knyttet til bruk av medikamenter, ikke bare når det gjelder antibiotika, men også når det gjelder bruk av andre medikamenter, for samfunnet har ikke lenger tid til sorg. Samfunnet har ikke lenger tid til at folk får lov til å ta den tida de trenger for å bli frisk. Man skal putte i seg masse medisiner og skal opp og stå og være like blid fra dag tre. Det er ikke et gode. Det skaper mye ny sykdom og bivirkninger, så det er det svært viktig at vi er opptatt av.

I meldingen står det også noe om kvinner og LAR – de som blir gravide når de er på LAR-behandling. SV er veldig opptatt av at vi får gått igjennom det området skikkelig, og nå får på plass regler og ikke minst tilbud om langvarig prevensjon, gratis prevensjon, som man ikke kan avslutte selv, for dette skader barn svært mye.

Det har også vært mye diskusjon rundt overdosedødsfall og bruk av metadon. Det er en sak for seg, som vi må komme tilbake til, men her mener jeg at legemiddelpolitikken er for mye preget av moralisme og for lite preget av realisme og av at man skal redde liv.

Det siste punktet jeg skal ta opp, er knyttet til sykehjem og syke pasienter, særlig de demente. Det er svært mange demente pasienter som får veldig mye medisiner, og de får veldig mye medisiner for å roe seg ned, men noen ganger er det sykdom og skade, som skaper smerte og uro, som blir ubehandlet hos disse pasientene. Derfor er det uhyre viktig at vi får økt legetetthet knyttet til både hjemmesykepleie og sykehjem, og at man får økt bemanning ellers av fagpersonell, som vi skal diskutere i neste sak.



## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

**Statsråd Bent Høie [10:59:51]:** I dag diskuterer vi legemiddelmeldingen. Denne meldingen handler om hvordan legemiddelpolitikken kan bidra til bedre folkehelse. Legemidler brukes i alle deler av helsetjenesten, og legemiddelpolitikken retter seg derfor mot både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Innledningsvis vil jeg takke saksordføreren og komiteen for arbeidet med meldingen og for en innstilling som viser at det er bred tilslutning til den legemiddelpolitikken som regjeringen har lagt fram.

Alle aktører på legemiddelområdet har vært involvert i arbeidet med stortingsmeldingen. Vi har fått tydelige tilbakemeldinger om hva som er de største utfordringene: Vi har manglende oversikt over pasienters legemiddelbruk, lite brukervennlig legemiddelinformasjon og manglende etterlevelse av behandling. Vi trenger økt samspill på tvers av sektorer og nivåer for å nå målet om flere og bedre kliniske studier. Dette utfordringsbildet er det bred enighet om.

Legemiddelmeldingen er en av flere meldinger fra regjeringen det siste året, og alle meldingene må ses i sammenheng. Det er folkehelsemeldingen, den årlige kvalitetsmeldingen, primærhelsemeldingen, Nasjonal helse- og sykehusplan, Opptrappingsplanen for rusfeltet, den kommende prioriteringsmeldingen og regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21.

Regjeringens visjon for legemiddelpolitikken er at den skal bidra til bedre folkehelse. Legemidler er med på å bedre helsen og øke livskvaliteten for mange pasienter. Legemidler er viktig i både forebygging og behandling av sykdom. Vi foreslår en oppdatering av de legemiddelpolitiske målsettingene.

Endringene som foreslås i meldingen, tar utgangspunkt i fire viktige legemiddelpolitiske mål. Disse er:

- å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler
- å ha lavest mulig pris på legemidler
- å ha likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- å legge til rette for forskning og innovasjon

Ved all bruk av legemidler skal pasientsikkerheten ivaretas, og pasienter skal ikke bli unødvendig skadet. Det skal være god kvalitet i alle ledd – fra utvikling og produksjon til utlevering og bruk.

Fordi vi mangler oversikt over pasienters legemiddelbruk, foreslår vi å utrede en felles legemiddelliste. Felles legemiddelliste skal ivareta behovet for å ha oversikt over legemidler i bruk, men vil også være sentral med tanke på videreutvikling av dagens reseptregister. Dette skal ses i sammenheng med det langsiktige arbeidet med å realisere visjonen «én innbygger – én journal».

Eldre på sykehjem får ofte for mange legemidler og uheldige kombinasjoner av legemidler. Feilmedisinering kan føre til uheldige bivirkninger, at sykdommen blir forverret, at behandlingen ikke fungerer som den skal, og i verste fall at personen dør. Vi foreslår derfor å pålegge alle kommuner å sørge for en systematisk gjennomgang av legemidler for alle eldre på sykehjemmene. Dette er kunnskap som vi har hatt over lang tid. Konsekvensene har vi visst om i lang tid, men det er likevel for stor forskjell mel-

lom kommunene med hensyn til å ta i bruk dette virkemidlet. Derfor gjør vi noe som vi sjelden gjør: bruker en forskrift for å pålegge kommunene å gjøre dette. Det foreslås en rekke tiltak for å bedre informasjonen om legemidler til helsepersonell og pasienter. Dette vil bidra til å heve kvaliteten og pasientsikkerheten.

Vi er opptatt av å ta alle gode krefter i bruk i dette arbeidet. Farmasøytene har helhetlig legemiddelkompetanse som pasientene kan dra nytte av, og denne yrkesgruppen bør derfor ha en rolle i pasientbehandlingen. Med økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet er klinisk farmasi innført ved flere sykehus, og kommunene ansetter kommunefarmasøyer.

Apotekene er et lavterskeltilbud for helsetjenester, som har gode forutsetninger for å informere pasientene om riktig legemiddelbruk. Dette er en lovpålagt og viktig oppgave for apotekene.

Det er allerede bevilget 5 mill. kr til en prøveordning med standardiserte veiledningstjenester fra apotekfarmasøyer til pasienter med astma eller kols. Aktørene er nå godt i gang med å planlegge denne tjenesten.

Alt dette er eksempler på virkemidler som kan gi bedre behandling ved at man forebygger feilbruk av legemidler, og gi bedre etterlevelse av behandlingen.

Vi vil beholde målet om at legemidler skal ha lavest mulig pris – dette for å sikre lave utgifter for det offentlige så vel som lave utgifter for pasienten. Sentrale virkemidler for å nå dette målet er maksimalpris- og trinnprissystemet.

Vi ser imidlertid at det kan være rom for forbedringer, og har derfor gitt Legemiddelverket i oppdrag å gjennomgå og vurdere trinnprisordningen og apotekenes avanse i løpet av 2016.

Nye legemidler introduseres på markedet til uforholdsmessig høye priser. Det er behov for å styrke muligheten til å forhandle fram rabatter på legemidler som finansieres over folketrygden. Vi har nylig hatt på høring et forslag til endringer i lovverket for å legge til rette for den type prisrabatter.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler dreier seg om å sikre at legemidler er tilgjengelig på det norske markedet, og å sikre tilgang til legemidler uavhengig av betalingsevne.

I dag er det mer enn 800 apotek i Norge – altså en svært god dekning. Det er også lagt til rette for etablering av nettapotek. Nettapotek i kombinasjon med løsning for elektroniske resepter vil gi befolkningen enda bedre tilgang til trygge og effektive legemidler.

Heving av bagatellgrensen har vært et av regjeringens viktigste tiltak for å sikre likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler på blå resept, og 14 legemidler har fått refusjon på grunn av den økte bagatellgrensen.

Det er viktig at vi har gode systemer for finansiering, gjennomføring av vaksinasjon og overvåking av vaksiner. Vi har foreslått å utrede et mer robust system for å vurdere innføring av nye vaksiner i offentlig regi. Videre foreslår vi å utrede behovet for et vaksinasjonsprogram for voksne, tilsvarende barnevaksinasjonsprogrammet.

Regjeringen har som mål å styrke helseforskningen. Vi har foreslått at legemiddelpolitikken skal legge til rette for

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

forskning og innovasjon. Vi vil gi flere pasienter tilgang til utprøvende behandling gjennom kliniske studier.

Vi oppretter fra 2016 et felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten, og vi har opprettet en nettside på helsenorge.no som gir pasienter informasjon om hvilke kliniske studier det er mulig å delta i.

Vi vil styrke forskningsinfrastrukturen og utprøvningsenhetene i sykehusene, slik at kliniske studier kan gjennomføres raskere. Det skal legges bedre til rette for tidlig-fase-studier og for samarbeid med industrien gjennom NorCRIN, som er et etablert nettverk for kliniske studier.

Nasjonalt, nordisk og internasjonalt samarbeid om kliniske studier skal styrkes, og vi vil vurdere om deltakelse i kliniske studier skal bli en del av finansieringssystemet for forskning i helseregionene. Målet er å gi enda sterkere incentiver for å gjennomføre kliniske studier.

Meldingen om legemiddelpolitikken viser retning for en helhetlig utvikling, som jeg håper – og ser – at Stortinget vil slutte seg til.

Et representantforslag om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler er også til debatt i dag. Ordningen med salg av legemidler utenom apotek, LUA-ordningen, ble innført i 2003. Ordningen tillater at enkelte reseptfrie legemidler kan selges i f.eks. dagligvarebutikker. Reseptfrie legemidler brukes hovedsakelig ved moderate lidelser, som smerter og feber, av den ellers friske delen av befolkningen. LUA-ordningen gjør at disse brukerne slipper å oppsøke lege eller apotek for å kjøpe paracetamol eller ibuprofen.

Salget av reseptfri paracetamol har vært stabilt. Salget av reseptbelagt paracetamol har økt på bekostning av andre mer sterktvirkende smertestillende preparater. Det er viktig å hindre overforbruk og feilbruk, spesielt blant barn og unge. Salg av LUA-legemidler har 18-års aldersgrense. Den primære kilden til smertestillende midler for 15–16-åringene er legemidler som er tilgjengelig i hjemmet.

Feilbruk av smertestillende legemidler var en problemstilling også før LUA-ordningen. Et forbud mot salg av paracetamol utenom apotek vil måtte medføre at også andre smertestillende legemidler forbys. Et slikt inngripende tiltak i folks tilgjengelighet til smertestillende legemidler vil i stor grad oppheve formålet med LUA-ordningen.

Reklame for reseptfrie legemidler når fram til norske seere via utenlandske TV-kanaler og via alle andre medieplattformer, inkludert nett-TV. Det forbudet som nå er opphevet, rammet kun de kanalene som sender fra Norge og er underlagt norsk lovverk.

Det er innført strenge retningslinjer for utforming av slik reklame. De negative mereffektene av at slik reklame også blir lovlig for sendinger fra Norge, anslås å være svært begrenset.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Ingvild Kjerkol (A) [11:10:07]:** Antibiotikaresistens er foreløpig et begrenset problem i Norge, men trusselen er overhengende. Man ser at antibiotikabruken øker i en høyere takt enn omfanget av infeksjonssykdommer skulle

tilsi. Det forteller oss at det er viktig å jobbe med denne problemstillingen, og det er viktig å jobbe på tvers av sektorer.

Regjeringen har lagt fram en handlingsplan. Legemiddelmeldingen beskriver også hvilke spor nasjonale helsemyndigheter bør jobbe etter. Men dette er et globalt problem. Så mitt spørsmål til statsråden er egentlig: Hva gjør regjeringen for å forebygge dette internasjonalt, og hvilke initiativ har man tatt i dette arbeidet for en styrket innsats globalt?

**Statsråd Bent Høie [11:11:02]:** Norge deltar i og har tatt initiativ på en rekke områder knyttet til arbeidet mot antibiotikaresistens internasjonalt. Jeg er helt enig i at her må vi handle både nasjonalt og globalt. Jeg har ofte brukt bilder fra klimautfordringene. Jeg mener at antibiotikaresistens er helsetjenestens klimautfordring, som konsekvens hvis vi ikke gjør noe, fordi mye av det vi kjenner fra den moderne medisinen, ikke vil være virksomt, men òg fordi det krever tverrsektoriell innsats, internasjonal innsats og lokal innsats. Vi må handle både lokalt og globalt.

Dette jobber vi med gjennom det nordiske samarbeidet, men ikke minst gjennom EU-ministersamarbeid. Dette er òg en del av det USA-initierte arbeidet Global Health Security Agenda, som vi òg deltar aktivt i. Jeg skal delta på et toppmøte om dette i Amsterdam neste uke, så dette er en av de sakene jeg prioriterer aller høyest når det gjelder det internasjonale arbeidet.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [11:12:20]:** Jeg ønsker å fokusere på barn og unge, både når det gjelder bruken av – det de selv sier er bruken av – reseptfrie medikamenter på egne bruksområder, og når det gjelder bruken av antidepressiva gitt av helsetjenesten. Vi vet at 57 pst. økning av antidepressiva de siste 15 årene er en av hovedutfordringene, spesielt for barn og unge. Jeg ønsker å spørre statsråden hva han tenker om denne økende bruken, og hva han vil gjøre for å få redusert bruken, både av antidepressiva og av reseptfrie medikamenter. For det er ikke løsningen på alt.

**Statsråd Bent Høie [11:13:11]:** Jeg er overbevist om at vi er nødt til å bli bedre på dette området. Som jeg sa i spørretimen i går, skal det å bruke psykofarmaka ikke være den første løsningen i møtet med barn og unge med psykiske helseutfordringer. Vi ser en urovekkende utvikling der en fra 2005 til 2014 har hatt en sterk økning i antall personer i aldersgruppen 15–19 år som bruker antidepressiva, ifølge tall fra Reseptregisteret.

Legemiddelverket og de europeiske legemiddelmynighetene advarte i 2003 mot bruken av antidepressiva hos unge. Vi så i etterkant av det en reduksjon i bruken av antidepressiva blant barn og unge på 17 pst. fra 2004 til 2005. Helsedirektoratet vil nå samarbeide med Folkehelseinstituttet for å vurdere ny informasjon om brukere og å forskrive legemiddel mot depresjon. Helsedirektoratet ønsker òg å bestille et oppdrag for kunnskapsgrunnlag om bedre behandling på dette området.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

**Kjersti Toppe (Sp) [11:14:31]:** I legemiddelmeldinga går regjeringa inn for å fjerna punkta a og d i legemiddelforskrifta § 14-14, slik at nye legemiddel mot rusavhengighet og erektil dysfunksjon kan få innvilga forhandsgodkjent refusjon – det kan vera gode nok grunnar til at desse legemidla kan få det.

Men når det gjeld medisinar mot røykeslutt, grunngir regjeringa i legemiddelmeldinga det at desse personane skal betala desse medisinar sjølve, med at dei vil tena så mykje på å la vera å røyka. Akkurat den argumentasjonen synest eg det er veldig vanskeleg å forstå, for han kan jo òg gjelda f.eks. dei rusavhengige.

Vil statsrådene igjen forklara kva som egentlig er argumentet mot at røykesluttmedisinar fortsatt skal vera med i paragrafen?

**Statsråd Bent Høie [11:15:41]:** Det er jo et spørsmål om prioritering. Det å gi denne typen legemidler på blåreseptordningen innebærer jo at vi bruker ressurser til å gi legemiddelbehandling til en gruppe som i dag bruker ganske store beløp på å kjøpe tobakk – der en kan spare store beløp ved å ta i bruk denne behandlingen. Det er det som er bakgrunnen for den prioriteringen som ligger bak dette.

Derfor har vi nå valgt å prioritere å endre forskriften når det gjelder områder som er i en helt annen situasjon som vi mener er vanskelig å forsvare, og som jeg også er glad for at Stortinget slutter seg til. Det gjelder rusavhengighet, og det gjelder dette med erektil dysfunksjon, som er viktige områder. Og jeg tror at de fleste ser at rusavhengige ofte vil være i en helt annen situasjon enn røykere når det gjelder muligheten til selv å betale for denne typen hjelp.

**Ketil Kjenseth (V) [11:16:55]:** Jeg vil til det lille pakningsvedlegget som følger med legemidler og har veldig liten skrift. Der står det mye faktabasert informasjon, og det er bra. Nå går Stortinget litt lenger og sier at på dette området kan vi åpne for å ta i bruk ny teknologi, apper og andre pedagogiske virkemidler for å bringe informasjonen om riktig legemiddelbruk bedre fram til pasienten og også f.eks. kombinere det med kost- og ernæringsråd.

Mitt spørsmål er: Hvorfor vil ikke statsråden i meldingen gjøre som våre naboland i utgangspunktet ville: å åpne for å ta i bruk disse pedagogiske virkemidlene i litt større grad i Norge?

**Statsråd Bent Høie [11:17:38]:** Jeg har ingenting imot å ta i bruk nye virkemidler for å få fram riktig informasjon om legemidler. Det som er viktig, er at den informasjonen baserer seg på informasjon som er gitt av myndighetene, og ikke framstår som reklame for bruken av legemidlene. Å ta i bruk nye pedagogiske virkemidler er lurt, og det kommer vi også til å følge opp. Det jobbes også nå med å gi bedre og mer forståelig informasjon til dem som bruker legemidlene, men det er også viktig at den informasjonen gis på ulike måter, og at informasjonen også blir formidlet av legen, bl.a. i forbindelse med forskrivning, fordi det er klart at for mange av oss vil et pakningsvedlegg slik det er utformet i dag, framstå som ganske forvirrende og noen ganger også ganske skremmende. Når en leser bivirknings-

listen, kan en nesten bli redd for å bruke legemiddelet istedenfor å bli oppmuntret til å bruke det. Det tror jeg mange har erfart.

**Karin Andersen (SV) [11:18:50]:** Når vi vet hvor alvorlig antibiotikaresistens vil være, når vi vet at det er mye bivirkninger av medikamenter ellers, er det veldig rart at regjeringa har tatt ut rett legemiddelbruk av hovedmålsettingene for legemiddelpolitikken. Det trenger vi en god forklaring på, og også en forklaring på hvorfor det ikke gjøres mer. Det ene er å veilede leger og helsepersonell som allerede er i arbeid – selvfølgelig er det viktig. Men hva gjøres nå med utdanningen innenfor de ulike helsefagene, som gjør at man i utdanningen legger mer vekt på den nye kunnskapen om bivirkninger og antibiotikaresistens? Og har statsråden planer om å lage egne forsknings-satsinger på disse områdene?

**Statsråd Bent Høie [11:19:53]:** Å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler er riktig legemiddelbruk. Det er en veldig klar målsetting med hele meldingen. Det er grunn til å si at mange av de virkemidlene som ligger i meldingen, og som er igangsatt, virkelig viser at er det noe denne regjeringen gjør, er det å ta denne problemstillingen på alvor. Vi har jo vært i en situasjon der vi har vært enige, f.eks. når det gjelder dette med legemiddelgjennomgang – som har vært oppe gang på gang, alle har vært enige om at dette er veldig viktig, alle har vært enige om de gode resultatene dette gir for den enkelte, ja, mange har også vært enige om at kommunene faktisk sparer penger på dette, som vi ser – men samtidig er det ikke blitt gjennomført.

Derfor har vi i denne legemiddelmeldingen bl.a. lagt til grunn at mye av det som nå har blitt diskutert opp og ned i mange år, faktisk blir gjennomført og gjennomføres nasjonalt, og ikke minst også i den handlingsplanen mot antibiotikaresistens som nå er laget.

**Presidenten:** Replikordskiftet er omme.

**Kari Kjønås Kjos (FrP) [11:21:21]** (komiteens leder): I november 2012 var jeg med og fremmet et forslag om en legemiddelpolitikk for fremtiden. Resultatet av dette representantforslaget ble i februar 2013 til et forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti om at «Stortinget ber regjeringen utarbeide en legemiddelmelding» med en ny, helhetlig gjennomgang av hele legemiddelpolitikken. Venstre støttet dette forslaget.

I dag behandler vi en slik gjennomgang. Meldingen «Riktig bruk – bedre helse» er blitt svært godt mottatt og får i dag også bred politisk forankring.

Legemidler er så mye mer enn det en til vanlig tenker over, og flere har vært innovent på ulike sider av meldingen. Jeg har tenkt å fokusere på alle sidene ved selve medisineringen, dette fordi det er et tema som jeg har støtt på i mange forskjellige settinger.

For mange år siden måtte jeg på grunn av sykdom begynne med daglig inntak av medisiner. Jeg husker at legen min satt og bladde fram og tilbake – fram og tilbake – i me-

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

disinkatalogen sin. Og jeg husker at jeg lurte på om det var trygt. Medisinen jeg til slutt endte opp med, virket veldig bra, faktisk så bra at jeg lurte på om jeg kunne ha blitt helbredet. Derfor sluttet jeg å ta medisinen min. Det var ikke lurt. Ingen hadde forklart meg hvor alvorlig det kan være ikke å ta medisiner sine.

I dag har de fleste pasienter større mulighet til å til egne seg kunnskap, på både godt og vondt. Dataverdenen har gitt oss nye muligheter, som Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon ikke ga meg. Helsetjenesten har en helt annen fokusering på informasjon og på mestring. Mye har blitt bedre, og bedre skal det bli.

Medisiner er en viktig del av folks liv. Noen medisiner gjør at en overlever, andre gjør livet bedre, men medisiner ødelegger også liv. I Norge dør det flere ganger så mange av feil legemiddelbruk enn i trafikken. Verdens Helseorganisasjon anslår at mellom 30 og 50 pst. av pasientene som blir behandlet for kronisk sykdom, ikke følger anbefalt behandling. Legemiddelmeldingen peker på en rekke tiltak som skal bedre situasjonen.

Men legemidler gir også bivirkninger. Derfor er jeg stolt av at den såkalte bagatellgrensen, som sto stille gjennom åtte rød-grønne år, nå er femdoblet. Det betyr at vi stadig får nye medisiner kjøpt ut til pasientene. Dette er ofte medisiner som gir både bedre effekt og færre bivirkninger enn de tidligere medisinerne.

Vi vet at det foregår feilmedisinering i større eller mindre grad gjennom behandlingsforløp. Feil bruk av medisiner står for 12 pst. av pasientskadene, og feil bruk av medisiner tar liv. Mange av sykehusinnleggelsene kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk. Konsekvensene er dårlig ressursutnyttelse og økt sykefravær. Kostnadene for både pasient og samfunn er betydelige. Derfor tar vi dette på alvor.

En legemiddelgjennomgang blant eldre med sammenlagte lidelser generelt, men ikke minst i sykehjem, er et viktig og riktig tiltak. Det er på sykehjemmet de skrøpeligste bor, og vi vet at de får for mange medisiner. De får altfor mange medisiner og dessverre også feil medisiner.

En samlet komité ber regjeringen vurdere retningslinjene for bruk av antidepressiva, smertestillende og vane-dannende legemidler blant unge og vurdere tiltak for å begrense forskrivningen av disse. Det er nå også en samlet komité som støtter opp om kravet til de regionale helseforetakene om å få på plass tilbud om medikamentfrie behandlingsplasser.

Jeg har truffet altfor mange ungdommer og deres pårørende som kan fortelle om en bruk som virker ute av kontroll. Også ungdommene i Forandringsfabrikken har vært tydelig på dette. Det er for lett å skrive ut en resept, sier de.

En ny studie fra Folkehelseinstituttet og Høgskolen i Hedmark viser at 34 000 jenter og gutter under 18 år nå går på medisiner mot psykiske lidelser. Særlig har bruken av psykofarmaka steget kraftig hos jenter i alderen 14–17 år.

Mammaen og pappaen til Silje Benedicte har jobbet mye og lenge for en innstramming, og de er svært fornøyd med komiteen, som nå er så tydelig og samstemt i akkurat dette.

Jeg har stor tro på oppdateringsvisitter, som komiteen

lærte om i Australia, og at alle behandlere som en pasient er innom, faktisk sitter med riktig informasjon om de legemidler pasienten går på, samt oppstartssamtaler, for å nevne noe.

Legene må fokusere på bedre oppfølging av pasienters legemiddelbruk. Vi skal bruke farmasøytene, og vi skal styrke helsepersonells opplæring i legemidler og i håndteringen av disse.

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

**Kjersti Toppe (Sp) [11:26:45]:** Senterpartiet har fremja forslag om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemiddel. Vi er bekymra over auka bruk av slike legemiddel, som ikkje kan forklarast med auka sjukdom. Vi føreslår at det må vurderast tiltak som sikrar rett bruk og hindrar overforbruk av reseptfrie medikament. Vi meiner ein manglar oppdatert kunnskapsgrunnlag for å vita korleis LUA-ordninga fungerer.

I Sverige er det no vedtatt å stoppa salet av paracetamoltablettar utanom apotek fordi det har vore ein kraftig auke i talet på forgiftingstilfelle ved paracetamolbruk. Vi meiner at vi må gi Giftinformasjonen i Noreg i oppdrag å kartleggja alvorlege paracetamolforgiftingar, for der har vi ikkje eit oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Undersøkingar om bruken av reseptfrie legemiddel hos ungdom viser ein bekymringsfull bruk. Vi meiner det er behov for eit haldningsskapande arbeid for å spreia kunnskap om rett legemiddelbruk. Vi ser for oss nasjonale informasjonskampanjar, f.eks. retta mot ungdomsskular og skulehelsetenesta. Vi er bekymra for at regjeringa no vil tillata tv-reklame for reseptfrie legemiddel. Vi fremjar altså forslag mot dette.

Forslaga våre i dag får ikkje fleirtal. Det må vi akseptera, men eg aksepterer ikkje at representanten Wold nærmast latterleggjer heile problemstillinga.

Den beste behandlinga vil i mange tilfelle vera medikamentfri behandling. Det gjeld reseptfrie legemiddel så vel som reseptpliktige legemiddel. Når vi antar at så mange som 1 pst. av Noregs befolkning, 30–40 000, har såkalla legemiddelutløyst hovudpine, altså kronisk hovudpine fordi ein bruker for mykje smertestillande, viser det omfanget av det problemet Senterpartiet tar opp.

I debatten i dag har mange vore opptatt av feil bruk av legemiddel. Eg synest det er eit paradoks at den interessa fell kontant når vi snakkar om reseptfrie legemiddel – men det er like mykje legemiddel det.

Vi veit frå undersøkingar blant ungdom at 15–16-åringar i Noreg bruker smertestillande tablettar dagleg eller kvar veke. Ein av tre unge oppgir at dei bruker paracetamol førebyggjande, 40 pst. av jentene at dei bruker paracetamol for å klara å gå på skule og arbeid, og ei av tre jenter har alltid paracetamol på seg. Tal frå Folkehelseinstituttet viser at berre dei fire siste åra har bruken auka med 15 pst. i Noreg. Frå 1990 til 2006 har bruken blant barn under tolv år auka med 60 pst. Dette er eit problem. Eg registrerer at Stortinget ikkje ønskjer å debattera det, men uansett fremjar vi dei forslaga som ligg i saka frå Senterpartiet si side.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

Svein Roald Hansen hadde her overtatt presidentplassen.

**Anders B. Werp (H) [11:30:08]:** Jeg tar ordet til legemiddelmeldingen.

Jeg ser med glede at en enstemmig komité peker på at regjeringen bør arbeide for en snarlig ratifisering av Europarådets konvensjon om forfalskning av legemidler og liknende handlinger, den såkalte Medicrime-konvensjonen. Det dreier seg om å bedre pasientsikkerheten, og det dreier seg om å bekjempe organisert kriminalitet. Jeg vil konsentrere meg om det justispolitiske i dette innlegget.

Jeg mener at komiteen med den merknaden har gitt et viktig bidrag til nettopp å stå samlet mot framveksten av økonomisk kriminalitet. Økonomi er drivkraften for organisert kriminalitet. Den organiserte kriminaliteten brer om seg. Den blir bedre organisert. Summene som involveres i denne aktiviteten, har blitt kolossale. Dessverre ser vi at økonomiske nedgangstider er en vekstimpuls for organisert kriminalitet, for ulovlig produksjon og salg av resepter og medisiner er et kynisk satsingsområde for disse miljøene. Derfor er det viktig at komiteen og Stortinget på denne måten gir et tydelig signal om at Norge skal både delta i og bidra i kampen mot den organiserte kriminaliteten, herunder det som går på legemidler og resepter.

**Bård Hoksrud (FrP) [11:32:21]:** Legemiddelmeldingen er en utrolig viktig melding. Det er bra å se at det er så stor og bred enighet rundt meldingen, og at det egentlig er små ting det er uenighet om i dag. Det er veldig bra.

Jeg føler litt at Senterpartiet slår inn åpne dører i det man ønsker i representantforslaget rundt dette. Man sier det er forskjeller mellom pasientgrupper, og det ønsker man egentlig å få tatt i legemiddelmeldingen, men det kommer jo en prioriteringsmelding. Det vil være en viktig del av den, og da vil også den debatten som Senterpartiet etterlyser i dag, komme på en god måte, tror jeg.

Det er sikkert ingen som blir veldig overrasket over at jeg har tenkt å prate litt om de eldre og legemiddelmeldingen. Jeg er veldig stolt av å være en del av det politiske flertallet som nå tar det på alvor, for det har vært mange medieoppslag over flere år. Det er også viktig å merke seg at i meldingen står det faktisk at gjennomsnittsbeboeren på sykehjem får syv medisiner, og en tredjedel av dem som bor på sykehjem, får minst ett medikament de egentlig ikke trenger. Dette handler både om kostnader og ikke minst om at man blir medisinert uten at man trenger det – og det er alvorlig. Vi får en rekke henvendelser fra pårørende som hevder at når de kommer, opplever de at mor og far sitter neddopet på sykehjemmet. Det er alvorlig, og det er noe som det må tas tak i. Derfor er jeg veldig glad for det som nå ligger i legemiddelmeldingen og oppfølgingen av den.

Jeg tror også man bør se mer generelt på legemidler i eldreomsorgen, og spesielt i institusjonene våre, for jeg tror det er mye bedre å se på om det er annet som er viktig,

og som kan bidra på en positiv måte, som f.eks. barnehagebesøk, musikk, fysisk aktivitet, kanskje lukten av et godt måltid – at det er noe som er mye viktigere enn nødvendigvis å bruke medisiner for å roe pasientene ned og holde dem rolig.

Dersom de får feil medisiner og kombinasjonen av disse blir feil, kan det føre til alvorlige bivirkninger. At vi foreslår å pålegge alle kommuner å sørge for systematisk gjennomgang av legemidlene til alle eldre på sykehjem, er en seier for beboerne og de bekymrede pårørende. I statsbudsjettet sto en samlet komité bak at det skal innføres en plikt for kommunene til å sørge for systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på sykehjem som de har ansvar for. Det er veldig bra. At det nå pågår et arbeid i Helsedirektoratet med å utvikle kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor legemidler er et prioritert område, er svært viktig for Fremskrittspartiet.

**Ketil Kjenseth (V) [11:35:35]:** Aller først en presisering når det gjelder Senterpartiets forslag nr. 5: Det forslaget vil Venstre og Kristelig Folkeparti subsidiært støtte.

Så til det som representanten Bård Hoksrud var innom, nemlig medisiner av eldre, særlig i sykehjem, men mer og mer også i hjemmet. Her har kommunene veldig forskjellig praksis når det gjelder å registrere legemidler digitalt, de har veldig forskjellige systemer, og det vil ta en god del år før vi får en plattform som er noenlunde felles, slik at ulike deler av helsevesenet kan kommunisere. Og det er her et mindretall ønsker at vi skal etablere en felles digital legemiddelliste i en overgangsfase. Apotekforeningen er en foregangsaktør når det gjelder IKT i helsesektoren, og har stor grad av gjennomføringsevne. En slik felles digital legemiddelliste kan brukes nasjonalt på tvers av ulike sektorer, og det vil gi økt trygghet.

Så til forslaget fra Senterpartiet om å forby tv-reklame for ikke-reseptpliktige legemidler. For Venstre er dette en prinsipp sak. Vi ønsker også tv-reklame for politikk. Det er det ene. Vi ser ingen prinsipiell forskjell på det og legemidler, og som statsråden sa, er det slik at legemidler reklameres det for i stor skala overfor norske tv-seere i dag. Jeg så det senest en kveld på National Geographic, den blir sendt fra utlandet, og i større og større grad også på nettbaserte plattformer. Så det å skulle forskjellsbehandle norsksendt tv-reklame ser vi på som urimelig. Så kan vi godt diskutere hvordan vi skal få ned bruken av ikke-reseptpliktige legemidler, men det blir en annen debatt.

Så vil jeg så vidt ta opp dette med medisiner som avfall, som ingen andre har tatt opp her. Meldingen har en omtale av en kampanje som nylig har vært gjennomført, returordningen «Rydd skapet» som bl.a. Apotekforeningen, Legemiddelverket og Norsk Vann har vært involvert i. Det er viktig for den enkelte forbruker, men også for sykehussektoren, som er en stor aktør her. Grønne sykehus har gjort noe på dette området, men vi må også se på reguleringen og lovgivningen her, slik at de i større grad kan pålegges en forsvarlig forvaltning av medisiner, slik at de ikke kommer på avveier.

## 2) Representantforslag fra repr. Toppe og Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler

**Presidenten:** Representanten Kjersti Toppe har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

**Kjersti Toppe (Sp) [11:38:42]:** Først takk til representanten Kjenseth, som tar opp dette med handtering av avfall. Eg er heilt einig i at det er eit veldig viktig punkt som det står om i legemiddelmeldinga, og som ein må følgja opp. Eg takkar òg for at vi er samla i sentrum når det gjeld medikament mot røykeslutt, det er òg bra.

Men grunnen til at eg tok ordet, var at eg fekk litt dårleg samvit på grunn av meg sjølv i det førre innlegget mitt, der eg sa at Stortinget ikkje ville debattera dette som vi tar opp i vårt representantforslag. Der var eg litt urettferdig mot Arbeidarpartiet, Kristeleg Folkeparti og SV som trass alt støttar – i litt forskjellig grad – dei forslaga som vi har fremma. Så tusen takk for det.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [11:39:36]:** Det som fikk meg til å ta ordet nå, var representanten Hoksruvs måte å si på at Senterpartiet faktisk slår inn åpne dører i en sak som kan koste, og som koster, mange ungdommer store utfordringer. Jeg mener det er å grave hodet i sanden. Feil bruk av medikamenter har bivirkninger enten man er ung eller gammel. Feil doser er feilbruk enten man er ung eller gammel. Skal vi klare å forebygge, må vi fokusere på de unge først, slik at de ikke utvikler sykdom og bruker medikamenter feil, noe som vil koste ungdommen, og ikke minst helsevesenet, mye. På samme måte som vi fokuserer på feil bruk og overforbruk i norske sykehjem og sykehus, synes jeg det er rett og rimelig å fokusere på dette. Dagens ungdom som f.eks. bruker paracetamol forebyggende og dermed får den skaden de faktisk får, er en stor utfordring også for norsk arbeidsliv, for folk er hjemme fra jobb på grunn av vondt i hodet.

Det er ikke en liten sak Senterpartiet fokuserer på, det er en stor sak.

**Karin Andersen (SV) [11:41:02]:** Jeg vil støtte det representanten Bollestad nettopp var her oppe og snakket om. Det er grunnen til at SV nå arbeider med et eget forslag som skal ta opp bivirkningsproblematikken i en litt bredere kontekst, der det handler om både utdanningen av helsepersonell, forskningen på området og hvordan det jobbes med det faktisk og praktisk i alle ledd av helsetjenesten. Da er vi også nødt til, selvfølgelig, å diskutere bivirkninger og skader knyttet til reseptfrie medikamenter. For det er ikke noen tvil om, for å si det sånn, at det er ikke sukkertøy man putter i seg, det er ting man faktisk kan bli syk av. Men det er også ting som er til svært god hjelp når man bruker det på riktig måte.

Jeg har noen ganger spissformulert meg og sagt at jeg tror det kanskje er like mange mennesker i Norge som blir syke av for mye som av for lite medisiner. Det mener jeg er et undervurdert, stort samfunnsproblem. Det ødelegger livet for noen mennesker uten at de skjønner hva som skjer, og uten at det ser ut som om legen skjønner hva som skjer. Det andre er at det også er store samfunnsmessige kostnader knyttet til de bivirkningene som setter folk helt ut av spill.

Det er ikke bare kroppen, men også hodet, som av og til stopper helt, og som gjør at man faktisk ikke fungerer. Det skjer når man inntar noe man trodde man skulle bli bra av, og det er et stort paradoks.

I Sverige og Danmark er det store forskningsmiljø knyttet til dette. Når vi diskuterer dette i Norge, havner vi alltid i en diskusjon om ruspolitikken, men dette handler ikke om rus, det handler om bivirkninger av helt vanlig medikamentbruk og heller ikke nødvendigvis overforbruk. Kropper er forskjellige, de reagerer forskjellig, og noen får alvorlige bivirkninger selv av terapeutiske doser av det som blir ansett som helt vanlige medikamenter.

Jeg vil bare varsle at SV vil komme tilbake til dette, slik at vi kan få diskutert det og få sett om det er systematiske mangler i vårt arbeid med bivirkninger som det er mulig å rette opp. Det gjelder også på forskningssiden, der det er behov for å kunne mer om dette, slik at folk blir friske, ikke syke, av medisiner.

**Bård Hoksrud (FrP) [11:43:57]:** Det viktige er i hvert fall at folk blir friske av medisiner – det er derfor de får medisiner, ikke fordi de skal bli syke eller dårlige, så der er jeg helt enig med representanten Andersen. Men jeg lurer litt på om representantene Andersen og Bollestad egentlig hørte hva jeg var opptatt av. Da jeg pratet om forslaget til Senterpartiet, gjaldt det nettopp dette som representanten Toppe var opptatt av, rundt skjevfordeling og prioritering. Prioriteringsmeldingen kommer, og det var i forbindelse med den jeg sa at man slår inn åpne dører.

Jeg er selvfølgelig helt enig med både representanten Bollestad og representanten Andersen i at feilmedisinering, feilbruk og å få fram bivirkningene av og konsekvensene av å bruke medisiner er utrolig viktig, og jeg mener også at det er noe man er opptatt av, noe helseministeren er opptatt av, og noe de som driver med legemidler, er opptatt av å informere om: konsekvensene og bivirkningene.

Jeg synes at representanten Kjønås Kjos egentlig sa det ganske godt. Hun sa hvor viktig det er faktisk å få vite om konsekvensene av ikke å bruke medisiner, og om de konsekvensene det kan få hvis man bruker medisiner, og bivirkningene av dem. Så dette er et kjempeviktig arbeid, og jeg er helt enig i det. Men det var ikke det som var kommentaren min. Den dreide seg om det med prioriteringer av typer legemidler og forskjellige pasientgrupper – de prioriteringene som ligger der, var hele hensikten med innlegget.

Jeg mener at ja, det er kjempeviktig at eldre blir medisineret riktig, og det er kjempeviktig at unge får god informasjon, sånn at man er klar over at det følger noen konsekvenser med å bruke medisiner. Det er jo også noe som er individuelt for den enkelte.

Jeg synes det har vært en god debatt, og det viser at vi er ganske bredt enige, og de tingene vi diskuterer, er en ganske liten del av det enormt store og viktige som legemiddelmeldingen er. Jeg opplever også faktisk at både industrien og organisasjonene er veldig fornøyd med den legemiddelmeldingen som er lagt fram, og med de vedtakene som blir fattet i dag.

**Sveinung Stensland (H) [11:46:31]:** Det ble etterlyst et femte mål for legemiddelpolitikken: riktig bruk. Det første målet som står, er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, og for meg er det riktig bruk. Jeg vil også minne om at overskriften på hele meldingen er «Riktig bruk – bedre helse», og hele meldingen er gjennomsyret av det. Men nok om det.

Det har vært snakk om prioritering og åpne dører og den slags. For å si det sånn: Det er rikelig med dører å slå inn i helsesektoren, også innen legemiddelpolitikken, og jeg vil gjerne at folk slår inn dører – både de åpne og de lukkede. Men jeg opplever ikke at noen har slått inn en eneste dør som ikke trengte å bli pekt på her i dag. Det er viktige områder innenfor legemiddelpolitikken som har vært drøftet i dag.

Selv om jeg ikke stemmer for alle forslagene, vil jeg ikke si at de er feil, eller at de er helt på jordet eller noe sånt, men vi er ikke enig i alt som har blitt fremmet.

Når det gjelder prioritering, er et viktig argument for oss i Høyre når vi stiller oss bak det prioriteringssystemet vi har i dag, med beslutningsforum og den måten ting blir tatt inn på refusjon på, at det nettopp er et prioriteringsgrep for å sikre at det ikke blir den sterkeste rett, for å sikre at også de svake gruppene blir hørt. Vi snakker om store folkesykdommer, vi snakker om store sykdomsgrupper som alltid er på forsiden når det snakkes om sykdom. Men hvem snakker om de små sykdommene? Vi snakker om kreftformer som er store, men ingen snakker om de små kreftformene. Derfor er det viktig at vi har sterke fagmiljøer som er med og hjelper oss når disse beslutningene tas.

Det blir i debatten antydning at regjeringen har latt seg presse når det gjelder informasjon fra industrien og det at industrien skal få delta i informasjonsarbeidet til sluttbruker. Det komiteen har gjort, slik jeg opplever det, er å presisere det som kommer fra regjeringen, nemlig at industrien skal inviteres med i et trepartssamarbeid. Da peker vi på at det også må være mulig for dem å informere ut mot sluttbruker, og å delta i informasjonsarbeidet med den informasjonen de har. Som Harald T. Nesvik sa i en debatt, blir det som å selge en F-16 uten lov til å sende med instruksjonsbok når ikke industrien får lov til å informere om de mest kompliserte legemidlene sine. Det er det som er vår oppfatning av dette.

Så til tv-reklame: For meg er ikke det et prinsipielt spørsmål, men jeg synes det er underlig når tv-reklame for legemidler er lovlig på utenlandske kanaler og på nett-tv, og med de store endringene vi ser i tv-distribusjon – det er ganske aktuelt denne uken – at bare de få som sender fra Norge, skal ha det forbudet. Dette er et forbud som vil ramme TV 2 og TVNorge – for dem som har TVNorge for tiden – og det er underlig at det skal være der grensen skal gå.

Til diskusjonen om overforbruk: Jeg tør minne om at det er et mål at forbruket dreies fra sterktvirkende smertestillende til paracetamol, og at økningen i salg av paracetamol skjer i legeordinert forbruk, ikke i reseptfritt salg.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 3 og 4.

Sak nr. 5 [11:49:37]:

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Kirsti Bergstø, Karin Andersen og Torgeir Knag Fylkesnes om å stoppe stoppeklokkene og øke bemanningen i eldreomsorgen (Innst. 149 S (2015–2016), jf. Dokument 8:129 S (2014–2015))*

**Presidenten:** Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlem av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det gis anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlem av regjeringen, innenfor den fordelte taletid, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

**Tone Wilhelmsen Trøen (H) [11:50:29]** (ordfører for saken): Komiteen har behandlet representantforslaget fra SV om tidsbruk og bemanning i eldreomsorgen i Norge. Bakgrunnen for forslaget er at det blir stadig flere eldre i Norge, og at andelen som blir syke og pleietrengende, i fremtiden vil øke.

Helse- og omsorgskomiteen er opptatt av norsk eldreomsorg, og viser i denne saken og mange andre saker vi behandler, at hele komiteen har et varmt og viktig engasjement for bedre helsetjenester til pleietrengende og syke eldre. Det er et godt utgangspunkt for viktige diskusjoner, men også for at det skjer utvikling, nytenking og forbedring på dette viktige området i årene fremover.

Høyre og Fremskrittspartiet er, i et veldig godt samarbeid med Venstre og Kristelig Folkeparti, i ferd med å gjennomføre store, viktige løft i eldreomsorgen, bl.a. gjennom å lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og i arbeidet med en trykghetsstandard for sykehjem.

Og til det siste: Heldigvis er det mange engasjerte og dyktige medarbeidere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men de mangler et verktøy for å sikre god kvalitet og profesjonell praksis. Vi trenger antakeligvis ikke nødvendigvis altfor mange flere lover og forskrifter, men et bedre system for å etterleve det lovverket vi allerede har. Trykghetsstandard skal være et konkret verktøy for ansatte for å operasjonalisere de lovkravene og standardene vi har for kvalitet på sykehjem.

Det er ikke flertall i komiteen for å be regjeringen utrede en nasjonal bemanningsnorm for sykehjem. I Høyre mener vi at kvalitet i tjenestene ikke kun handler om flere hender, men at vi sikrer at kommunene arbeider systematisk og målrettet med kompetanseheving og kvalitet.

Derfor har regjeringen satt kompetanseheving høyt på dagsordenen, både gjennom grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell og gjennom lederutdanning i kommunal omsorgstjeneste. Samtidig er det å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning som møter beboernes behov, også en sentral del av arbeidet med trykghetsstandard for sykehjem.

En samlet komité deler det grunnleggende synet at alle mennesker har behov for frihet til å ta egne valg og bestemme over egen hverdag, og at dette også gjelder pleietrengende eldre. Det er derimot ikke flertall i komiteen for å innføre det SV kaller «klippekort» i hjemmetjenesten.

For Høyre er valgfrihet i eldreomsorgen et avgjørende verdispørsmål. I dag er det slik at den enkelte pleietrengende må tilpasse seg systemet, i stedet for at systemet tilpasser seg den som trenger bistand. I Høyre mener vi hvordan vi organiserer tjenestene fremover, og på hvilken måte vi involverer brukere og pårørende i større grad, vil være avgjørende for om eldre oppnår reell valgfrihet. Slik valgfrihet lar seg vanskelig realisere i et system hvor det er kommunene som tildeler hjelp etter vedtak, og hvor brukeren har lite innflytelse på hvem som utfører oppgavene.

I Høyre tror vi derfor at fremtidens eldreomsorg vil måtte preges av mye mer reell pasient- og pårørendemakt enn det som er tilfellet i dag. Vi mener stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste viser hvordan nye måter å organisere arbeidet på kan bidra til mer kontinuitet, større pasientinnflytelse og bedre helsetjenester til eldre i kommunene – en stortingsmelding og et retningsvalg i eldreomsorgen som fikk stor tilslutning her i Stortinget.

Slik jeg kjenner SVs ideologi, er de opptatt av rettferdig fordeling. Da skurrer det for meg at partiet bruker et begrep som «stoppeklokkeomsorg» i norsk eldreomsorg og angriper viktige styringsparametere som tidsbruk, skjemaer og standarder. I Høyre mener vi at åpenhet om kvalitet og resultater i norsk eldreomsorg er viktig og avgjørende både for gode beslutninger i kommunene og for befolkningens behov for innsyn, en åpenhet som vil sikre at ressursene fordeles rettferdig, og at vi evner å ta bedre vare på dem som trenger det aller mest. Da må vi ha et sett av verktøy for å måle hvor og hvordan pengene i helse- og omsorgstjenestene benyttes, og hvilket resultat de gir.

Men samtidig er det stort rom – og helt sikkert et forbedringspotensial – for å bruke godt faglig skjønn i møtet mellom pasient og pleier. Det viktigste arbeidet vi gjør i denne sammenheng, er å styrke kompetansen i sektoren. I dag er omtrent 35 000 av dem som jobber i pleie og omsorg, helt uten helsefaglig utdanning. De gjør garantert en flott innsats. Samtidig er det helt avgjørende at vi hever kompetansen for å sikre god kvalitet og riktige beslutninger i pleiesituasjoner.

Her har regjeringen lansert en rekke tiltak gjennom Kompetanseløft 2020 og ved at vi nå skal innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. En styrking av kompetansen er en forutsetning for at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal kunne utøve godt faglig skjønn.

**Tove Karoline Knutsen (A) [11:55:51]:** Vi trenger en bred nasjonal satsing på å gi likeverdig og god omsorg til alle eldre som trenger det, med tjenester som er tilpasset den enkeltes egne behov. Det betyr at vi trenger bedre bemanning, bredere og mer kompetanse og tydeligere kvalitet i omsorgen.

Det var regjeringa Stoltenberg II som lanserte Kompetanseløftet 2015, som i løpet av åtteårsperioden bidro til

at antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren økte med over 22 000, hvorav 80 pst. hadde relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Til tross for en slik øking vet vi at vi i årene framover vil komme til å ha stort behov for enda flere kompetente mennesker i sektoren – ikke minst for å kunne gi omsorg til et stadig større antall eldre. Mange av de eldste vil sannsynligvis også bli rammet av demens.

I dette representantforslaget framholder forslagsstillerne at en rigid stoppeklokkeomsorg dominerer i altfor mange kommuner, og at kommunene bør ha mer tillit til at de eldre sammen med kompetente ansatte kan klare å vurdere hva slags hjelp hver enkelt trenger. Arbeiderpartiet deler visjonen om mer tillit i eldreomsorgen og har som mål at mennesker som mottar omsorgstjenester, sjøl skal kunne bestemme over deler av tjenestene som mottas, innenfor definerte rammer. Skal vi lykkes med det, må vi avbyråkratisere eldreomsorgen og gi større ansvar og tillit til de ansatte. Arbeiderpartiet ønsker derfor, i likhet med forslagsstillerne, å prøve ut en tillitsreform i eldreomsorgen, som innebærer å vektlegge langt sterkere de ansattes faglige kompetanse og vurderingsevne i tjenestene. Større tillit til det faglige perspektivet og mindre kontroll er viktige stikkord her.

Det finnes gode erfaringer i flere land med en slik måte å tenke på. Blant annet har man siden 2012 hatt et sånt prosjekt i København, og det er en satsing som har inspirert flere. Det er nå forsøk i gang i rød-grønt styrte byer med en type tillitsreform i pleie og omsorg. Det gjelder f.eks. Oslo og Tromsø, og jeg vet at rød-grønne kommune-partier i mange byer har planer om å kvitte seg med både bestiller–utfører-modeller og ikke minst si nei til dårlige og dyre privatiseringsløsninger for eldreomsorgen.

Nye tanker i eldrepolitikken må legge vekt på at opplevelse og aktivitet i mye større grad må være en integrert del av omsorgen for eldre – noe som også henger sammen med den forrige debatten vi hadde her, ikke minst det med medikamentbruk og overforbruk av medisiner i eldreomsorgen. Kulturtilbud, som f.eks. tilbys gjennom Den kulturelle spaserstokken, bidrar til å gjøre hverdagen rikere for svært mange eldre over hele landet. Derfor har Arbeiderpartiet i våre budsjettprioriteringer – i motsetning til regjeringa – lagt vekt på å styrke og videreføre denne ordninga.

Også frivillige organisasjoner er viktige, som i samspill med kommunene kan bidra til at eldre mennesker får delta i ulike typer aktiviteter. Dette er også understreket i den stortingsmeldinga som ble lagt fram på rød-grønn vakt, som heter Morgendagens omsorg, og som tar til orde for et enda tettere samarbeid mellom kommunen, frivilligheten, pårørende og familie og lokalsamfunnet for å gi eldre innbyggere en aktiv og god alderdom.

Forslagsstillerne tar til orde for å lovfeste en kvantitativ bemanningsnorm som skal gjelde i alle sykehjem og kommuner. Arbeiderpartiet mener at tilstrekkelig og faglig kompetent bemanning er helt avgjørende for å kunne gi god kvalitet i tjenestene. Men fordi behovene er sterkt individuelle og dermed svært ulike institusjoner og kommuner imellom, ønsker vi å utvikle en kvalitetsnorm som ivaretar konkrete og bredt definerte kvalitetsmål, basert på den enkelte brukers behov og vurdering. En slik norm må kunne



knyttet opp mot nye og mer treffsikre finansieringsmåter, der tjenestene måles mot den beskrevne kvalitet, med rom for lokale veivalg.

Arbeiderpartiet støtter forslaget om at regjeringa bør invitere kommuner til å delta i forsøk med samarbeid om en tillitsreform i hjemmetjenestene, og at utforminga av de enkelte forsøk gjøres i samråd med forsøkskommunene.

Da tar jeg opp det forslaget som Arbeiderpartiet fremmer sammen med Senterpartiet.

**Presidenten:** Representanten Tove Karoline Knutsen har tatt opp det forslaget hun refererte til.

**Bård Hoksrud (FrP) [12:00:55]:** Jeg er glad for at SV omsider finner eldreomsorgen verdt et forslag. Samtidig ble jeg litt overrasket, de stemte jo i sin tid i flertallsregjering ned Fremskrittspartiets forslag om noenlunde det samme – la meg nevne bemanningsnorm, legedekning i sykehjem og statlig finansiering av omsorgstjenestene. Dette er forslag til gode løsninger som Fremskrittspartiet mener best kan realiseres med statlig finansiering av omsorgstjenestene – som eldreomsorg.

Det å beslutte en norm, som SV foreslår, følger jeg veldig spent med på. SV har nå overtatt ledelsen for dette ansvaret i Norges største kommune, Oslo, og der ser vektleggingen ikke ut til å være verken på bemanning eller mer tid til pasientene – snarere tvert imot. Man vil privatiseringen til livs og velger å legge disse områdene til kommunen. Hadde forslaget vært troverdig, hadde jeg støttet det helhjertet, for vi er enige om at de eldre fortjener både tid og omsorg.

SV innrømmer at det er varierende kvalitet i eldreomsorgen rundt omkring i landet. Likevel er ideologien om at kommunene selv skal drifte, sterkere enn behovet og ønsket til beboerne og de pårørende. Den ellers så sterke drivkraften til staten som styringsfaktor er totalt fraværende hos SV når det gjelder eldreomsorg. Hadde de ment det de foreslår, kunne de støttet statlig finansiering av omsorgstjenestene, som det ble flertall for i statsbudsjettet. Til og med Arbeiderpartiet støttet modell B, som er en øremerking av mer penger til kommunene. Ideologien gikk foran interessen for å bry seg om enkeltmennesket – igjen. Plutselig mener de at de eldre i større grad må få lov til å være med og styre hjelpen de får. De stemmer det ned når statsbudsjettet skal prioriteres. De vil ikke ha fritt brukervalg. Det er så lett å foreslå en rekke utgifter et par måneder etter at budsjettet er vedtatt. Det er ikke tatt til orde for at noen skal få velge noe som helst, der, annet enn at kommunen og staten skal eie eller drifte – bare ikke eldreomsorgen.

Det er trist at man klarer å pulverisere en så god intensjon som bedre bemanning og mer tid til beboerne uten at man klarer å vise det når vedtakene fattes, nemlig i det forholdsvis nylig vedtatte statsbudsjettet. De tillitsreformene de viser til, rammer mange eldre som ringer meg ukentlig og klager over at tjenesten er svekket etter at nettopp SV tok over makten. Fordi både makt og ideologi er viktigere enn respekten og tryggheten for enkeltindividet, ser man at det går ut over dem som virkelig trenger det, nemlig pleie- og omsorgspasienter rundt omkring i landet.

Bare for å ta et par eksempler: Jeg har opplevd at SV var for å ha flere sykehjemsplasser, men etter at de fikk byråden i Oslo, var byråden på ekskursjon og besøkte både den ene og den andre bydelen og fant ut at man ønsket å ha færre institusjoner, som sykehjem, og mer til hjemme-tjenesten. Det er en stor utfordring å skaffe til veie nok institusjonsplasser for eldre i dette landet.

Eller for å gå til Haugesund, en annen kommune hvor de rød-grønne overtok etter valget: Der ønsket man å flytte 90 personer inn på dobbeltrom som i mange tilfeller egentlig var enkeltrom. Det er den eldreomsorgen rød-grønne politikere fører rundt omkring i landet, og det er i hvert fall en eldreomsorg som ikke Fremskrittspartiet ønsker. Det er nettopp derfor vi fremmer et forslag, og jeg er glad for at vi har fått med regjeringen og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre på at vi skal teste ut et forsøk med statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenester. Så får vi se om ikke det er den gode løsningen. Vi tror i hvert fall at det vil være den gode løsningen når man får testet dette ut i noen av landets kommuner og vi får se resultatene. Da vil staten sørge for at om man trenger en plass og man oppfyller kriteriene og kravene for å få en plass, skal man få det, uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Det er en god løsning for eldreomsorgen.

Jeg tror at skal vi klare å lykkes med å løse utfordringene i eldreomsorgen, må vi sørge for at ansvaret blir lagt til staten, at det er vårt ansvar, og at ikke lokalpolitikerne kan velge å nedprioritere hvis de ikke ønsker å prioritere eldreomsorg, for de eldre som trenger en plass, bør få den plassen når de trenger den, og ikke være avhengige av om kommunen har god eller dårlig økonomi.

**Kjersti Toppe (Sp) [12:06:14]:** Dette representantforslaget frå stortingsrepresentantane frå SV er eit veldig viktig og dessverre veldig tidsaktuelt forslag. Eg skal gjera greie for Senterpartiet sitt standpunkt til dei ulike forslaga.

Vi er heilt einige i at det skal og må vera eit mål at menneske som mottar omsorgstenester, sjølve skal kunna bestemma over delar av tenesta – at tenesta må vera fleksibel. Det får ein ikkje til utan at ein klarer å vektleggja kompetansen og vurderingsevna til dei tilsette meir enn det som er tilfellet i dagens tenestetilbod. Det er da nødvendig at ein fjernar unødvendig byråkrati, og det er nødvendig at dei tilsette får fullmakt til å setja nødvendige vedtak i bestilling utan at dette må skje med skriflege søknader, andre saksbehandlarar og eventuelt ei ventetid på fleire veker, som det står i forslaget. Eg kan bekrefte at det òg kan vera snakk om månader.

Vi støttar difor forslaget frå SV om å invitara kommunar til samarbeid om ei tillitsreform i heimetenestene. Det er interessante forsøk som no er i gang i enkelte kommunar. Det gir håp.

Til forslaget om ei statleg støtteordning for kommunar som vil ha forsøk med det å bestemma sjølve, såkalla klippekort: Vi er heilt einige i ideen, eller sjølve forslaget, om eit klippekort: at den som mottar tenestene, sjølv må kunna disponera – innanfor ei ramme – kva hjelpa skal brukast til. Det vi er imot, er ei støtteordning for dette. Vi meiner at dette må kommunane få økonomi og sjølvstyre

til å setja i verk på eige initiativ, og det har vi stor tru på skal kunna skje.

I debatten la eg merke til at representanten Wilhelmsen Trøen var veldig opptatt av kompetanseheving, og det er eg einig i. Samtidig er det påvist svært alvorlege menneskerettsbrot i norsk eldreomsorg, og vi veit nok om at også det å ikkje ha tilstrekkeleg bemanning utgjør ein fare for kvaliteten og pasientsikkerheita. Vi viser til det som det òg står om i forslaget, rapporten frå Velferdsforskningsinstituttet, NOVA, frå 2014, som fortel – frå verkelegheita – at tilsette opplever stort tidspress i tenestene, dei opplever dagleg eller kvar veke at tida til kvar enkelt pasient ikkje strekk til. Rapporten viser også til svært sterk korrelasjon mellom arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientane og til samanhengen mellom bemanninga i sjukeheimar på ulike tidspunkt – altså talet på pleiarar per pasient – og opplevd kvalitet på tenestene. Vi skal snakka svært mykje om kompetanseheving og kvalitet, men vi må ikkje undervurdere kva bemanning faktisk betyr.

Difor er forslaget om bemanningsnorm veldig, veldig forståeleg. Når Senterpartiet likevel ikkje stemmer for det, er det ikkje fordi vi ikkje er opptatt av å auka bemanninga, det er fleire forhold. Det eine er at eg registrerer at statsråden sjølv i svar til komiteen er utydeleg – i alle fall for meg – med omsyn til kva regjeringa eigentleg planlegg å koma med. Skal dei koma med ei forpliktande norm, eller skal dei koma med ei rettleiing for bemanning og kvalitet? Vi har erfaring for at ei rettleiing for bemanning og kvalitet kombinert med økonomiske ordningar også kan føra til å heva bemanninga. Med ei forpliktande norm er faren at det vert ei minimumsnorm, og at norma kan vera så låg at ho ikkje har nokon stor verdi.

Vil norma som kjem, kanskje vera det same som er praksis i mange kommunar i dag? For eksempel er det om natta veldig vanleg å ha éin helsefagarbeidar per 16 pasientar og éin sjukepleiar per 32. Det er eit absolutt minimum, og eg har sjølv sett at det kan oppstå ganske mange situasjonar. Spesielt for dei skrøpelege eldre er det ei bemanning som eg meiner bør hevast. Vi ventar på det som regjeringa faktisk kjem med. Det Senterpartiet vil vera heilt tydeleg på, er at uansett bemanningsnorm eller rettleiing er det kommuneøkonomien som er avgjerande.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [12:11:23]:** Kristelig Folkeparti er enig med forslagsstillerne i at lav bemanning er en utfordring i eldreomsorgen. Kristelig Folkeparti mener at vi som politikere, også i eldreomsorgen, bør fokusere på arbeidspress, på arbeidsmiljø, på opplevd kvalitet for pasientene og ikke minst opplevd kvalitet på tjenestene.

Kristelig Folkeparti mener det er avgjørende å sikre tilstrekkelig kompetanse blant de ansatte. Derfor ville vi i budsjettet begynne med leger, for pasienter i norske sykehjem i dag er sykere enn noen gang, og derfor måtte vi begynne der det er lavest bemanning: med legeantallet.

Flere og flere lever lenger. Mange ønsker å bo hjemme lengst mulig. Men det er faktisk altfor mange historier om pasienter som blir kasteballer, eller nesten pakkepost, mellom sykehus og kommuner. Det finnes ikke godt nok tilbud for dem som trenger det der og da.

Derfor er Kristelig Folkeparti veldig glad for at et forslag om rett til sykehjemsplass for dem som trenger det etter medisinske kriterier, er sendt ut på høring, at en faktisk må kartlegge ventelistebehovet i kommunene – ikke bare på bemanningssiden, men også på plass-siden – at en faktisk lager plass etter medisinske kriterier. Dette er også en styrking av en gjeldende rett. Vi sier man har rett til sykehjemsplass, men likevel opplever folk ulike avslag. Derfor må vi tenke nasjonale kriterier som sikrer at vi faktisk får innfridd den retten. Plassen skal være der når behovet er der, og bemanning og kvalitet skal være deretter.

Kristelig Folkeparti er også glad for statsrådets svar i et brev i oktober 2015, der han omtaler at flere aktører skal delta i å utvikle en trygghetsstandard for å sikre god praksis på sykehjem, og at det skal være grunnlag for å vurdere behov og innretning av arbeidet med norm og veileder for bemanning og kvalitet. Da tenker Kristelig Folkeparti: Grunnen til at vi ikke støtter SV nå, er at vi også vil avvente og se hvilken norm og hvilken kvalitet som blir lagt. For vi er ikke i tvil om at typen pasienter i norske sykehjem er annerledes i dag enn før. Vi må sko vårt tilbud etter det.

**Karin Andersen (SV) [12:14:37]:** Først vil jeg fremme de forslagene som ligger til saken fra SV.

SV prioriterer eldreomsorgen så høyt at vi faktisk har gitt kommunesektoren 6 mrd. kr mer enn det regjeringen og flertallet har gjort, og vi har lagt inn penger til både økt bemanning og til tillitsreform og til forsøk der eldre sjøl skal få lov til å få litt mer innflytelse på hva det er de faktisk får. Derfor blir det veldig kuriøst å høre fra Fremskrittspartiet at de egentlig er for det SV foreslår, men de stemmer ikke for. Av samme grunn – antakeligvis – som at SV ikke fikk gjennomslag for dette da vi satt i regjering, har heller ikke Fremskrittspartiet fått det nå. Det kunne man være ærlig på.

Dette er i rekken av litt triste nedstemminger, der stortingsflertallet også har klart å stemme ned at man ønsker en oversikt over menneskerettighetene for eldre. For det er så alvorlig at menneskerettighetene til eldre blir brutt. Hva trenger man da? Jo, man trenger nok tid til omsorg, pleie og kvalitet. Kompetanse er viktig. Ingen er uenig i det. Men de som har kompetansen, må få ha tid til å gjøre jobben sin og frihet til å kunne gjøre jobben ut fra den kompetansen de har. Det er helt kuriøst også å høre saksordføreren, fra Høyre, som snakker som om det å ha økt kompetanse eller kvalitetskriterier står i motsetning til å ha flere ansatte, og at da er man liksom ikke opptatt av kvaliteten. Det er nettopp det man er, man er opptatt av at det skal være nok ansatte til å kunne gjennomføre den kvaliteten man sier det skal være, og det er det ikke i dag. Det sier de eldre, det sier de ansatte, og jeg tror ikke at de skrøner. Vi ønsker et system der det er mulig å gjennomføre den kvaliteten jeg tror vi alle sammen er enige om at de eldre fortjener.

Det er også sånn at i denne sektoren er det et sykefravær som er høyere enn på noe annet område, og jeg tror at det til dels kommer av at mange har så liten tid til å gjøre den jobben de har lært hvordan skal gjøres, og har samvittighet for hvordan skal gjøres, at de faktisk blir dårlige av det.

I denne sektoren er oppgavene uendelige og de faglige og moralske kravene svært høye, men tid og krefter strekker ikke til. Omsorg og pleie er relasjon. Det må være tid til relasjon, man kan ikke ha relasjon via et eller annet system, som saksordføreren snakker om. Det må være mennesker som møtes.

SV ønsker også at de eldre skal ha mer frihet til å velge hva de faktisk trenger – det er det dette handler om. Mens høyresiden er opptatt av at det skal være private leverandører, så man liksom skal kunne få velge det ene eller det andre sykehjemmet, er SV opptatt av at de eldre skal kunne velge mer fritt sjøl hva de ønsker å bruke den tida de får, til. Det er en reell frihet – altså ikke hvem som skal gjøre jobben, men hva. Det er også en stygg slagside ved den privatiseringen og anbudspolitikken som regjeringen er opptatt av, nemlig at svært mye penger forsvinner ut til leverandørene, og det går systematisk ut over pensjonene og lønningene til dem som skal gjøre jobben. Det er ingen god oppskrift for kvalitet i framtida og for rekruttering av svært mange som vi trenger framover inn i denne sektoren.

Jeg er veldig skuffet over at det ikke blir flertall for disse helt åpenbart viktige forslagene, som ville gjøre eldreomsorgen bedre, og som – det er vel der det kniper – ville presse fram høyere statlige bevilgninger til eldreomsorgen og til kommunene, for det er det behov for. Dette løses ikke uten at man er villig til å legge penger på bordet, og det er SV villig til. Så her er det mange fine ord, men det er altfor liten vilje til å prioritere de pengene som skal til for å gjøre eldreomsorgen god, nemlig nok penger til ansatte.

Til sist, åpenhet, som også saksordføreren var inne på. Jeg tror jeg må minne saksordføreren og Høyre på at det er Høyre som har stemt imot forslag i denne salen også om å få åpenhet på disse områdene, om kriterier for anbud, som i dag har blitt hemmeligholdt.

**Presidenten:** Representanten Karin Andersen har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Statsråd Bent Høie [12:20:07]:** I likhet med forslagstillerne er regjeringen opptatt av kvalitet og valgfrihet i helse- og omsorgstjenesten. Jeg ønsker å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste og mener kompetanse er nøkkelen i dette arbeidet. Gode, effektive og trygge tjenester krever god kompetanse på riktig nivå, på riktig sted og til riktig tid. God kompetanse er også en forutsetning for det gode, faglige skjønnet som forslagsstillerne etterlyser. Å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilgang til tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft, er derfor et hovedanliggende for denne regjeringen.

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I budsjettet for 2016 er det avsatt om lag 1,2 mrd. kr til oppfølging av tiltak i Kompetanseløft 2020.

Riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør framgå av lov. Derfor vil regjeringen reversere forrige regjeringens fjerning av kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Opplistingen kommer ikke til å være uttømmende, men skal angi hvilken

kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Utover dette skal kommunene stå fritt til å vurdere hvilket personell de trenger for å gi nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, ut fra lokale forhold og behov.

Videre vil regjeringen se på innholdet i de helse- og sosialfaglige utdanningene og videreutdanningene og vurdere behovet for endringer og om noen utdanninger skal kvalifisere til nye roller og oppgaver. Målet er at utdanningene i større grad skal tilpasses tjenestens kompetansebehov.

Utøvelse av godt faglig skjønn avhenger ikke bare av riktig og tilstrekkelig kompetanse, men også – og ikke minst – av god ledelse, god informasjon og gode beslutningssystemer.

God ledelse er påkrevd for å utvikle tjenestene og endre arbeidsmåtene. Det handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak, slik at tjenestene utvikler seg på en god måte. Regjeringen vil derfor stille tydeligere krav til ledelse og bedre tilgang til lederutdanning. Vi har etablert en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Videre har jeg tatt initiativ til å etablere et felles topplederprogram for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en egen trygghetsstandard for sykehjem. Trygghetsstandard skal bl.a. konkretisere hvordan sykehjem skal sikres god ledelse, organisering og profesjonell praksis. Bruker- og pårørendeorganisasjonene, yrkesorganisasjonene og KS har takket ja til å delta i prosjektets styringsgruppe. Dette arbeidet vil gi grunnlag for å vurdere behov for og innretning av arbeidet med en norm/veileder for bemanning og kvalitet.

Jeg har også bedt Helsedirektoratet om å utvikle kvalitetsindikatorer bl.a. basert på bruker- og pårøndererfaringer og nasjonale bruker- og pårønderundersøkelser, og vi vil etablere et kommunalt pasient- og brukerregister. Dette er instrumenter som har flere formål. De kan støtte opp om intern kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring og helsepolitisk styring. Brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer kan også benyttes av brukere for å sammenligne kvalitet ved valg av tjenesteyter eller tjenestested.

Kommunene har i dag stor frihet til å bestemme hvordan de organiserer tjenestene. Jeg forventer likevel at de tør å tenke nytt. Slik det er i dag, er tjenestene gjerne organisert ut fra personellet og ikke ut fra brukernes behov. Det å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste handler også om å organisere tjenesten med utgangspunkt i brukernes ønsker og behov.

Forslagstillerne viser til ulike kommunale tiltak for å sikre god bemanning, kvalitet og utøvelse av faglig skjønn i tjenesten, bl.a. forsøket med innføring av en tillitsreform i hjemmetjenesten i Oslo. Det er et forsøk som jeg ønsker velkommen, og som ble initiert av forrige eldrebører Aud Kvalbein fra Kristelig Folkeparti. Jeg er helt sikker på at vi også her vil høste gode erfaringer, på lik linje med de erfaringene som vi bl.a. har fra tilsvarende reformer i Nederland. Vi inviterte jo også til fjorårets store helse- og omsorgskonferanse nettopp grunnleggeren av Buurtzorg-organiseringen i Nederland for å inspirere ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i hele Norge til å lære av denne typen erfaringer.

Tillit til de ansatte og til deres evne til å gi gode tjenester og organisere tjenesten godt er viktig, men det er også viktig å ha tillit til at eldre er i stand til å ta gode valg på egne vegne. Det er derfor overraskende at et parti som er så opptatt av tillit når det gjelder de ansattes forhold, er så opptatt av å fjerne muligheten for eldre til å velge mellom ulike aktører når det gjelder det å utøve tjenesten.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Tove Karoline Knutsen (A) [12:25:19]:** Saksordføreren nevnte at det er sendt ut på høring et lovforslag om å lovfeste rett til sykehjemsplass. Jeg må da nevne at de høringsinstansene som har uttalt seg, går veldig sterkt imot dette forslaget – KS, Helsedirektoratet, Advokatforeningen, Legeforeningen og ikke minst pasient- og brukerombudene. De framholder at en sånn rett har man allerede, og at lovforslaget, slik det er formulert, snarere vil svekke enn styrke eldres rettigheter. Omsorgsjuss sier det slik:

«Forslagene til nye lovbestemmelser er unødvendige, u hensiktsmessige og til dels umulige å gjennomføre, og vil i tillegg gi dårligere rettssikkerhet for pasienter og brukere og merarbeid og økte kostnader for kommunene.»

Mitt spørsmål til helseministeren er, når han nå har fått tenkt seg om, om han fremdeles vil hevde, slik han har gjort tidligere, at han ikke har til hensikt å lytte til disse innvendingene. Jeg håper jeg får et svar og ikke et motangrep.

**Statsråd Bent Høie [12:26:25]:** Representanten skal få et veldig tydelig svar. Det som er sendt på høring, kommer i hovedsak til å bli gjennomført sånn som det er sendt på høring, og nettopp fordi en av de gruppene som representanten ikke tok opp, er de som reelt sett representerer brukerne i denne sammenhengen. De er veldig tydelige på støtten til forslaget. Pasient- og brukerombudene er ansatt i det offentlige, men de organisasjonene som representerer brukerne, er veldig tydelige på støtten. En av de tingene som de trekker fram, er nettopp at de ønsker å få avvirket det svarteperspillet som har vært på dette området under Arbeiderpartiets ledelse, nemlig at mine forgjengere har stått og sagt at pasientene har rett på heldøgns pleie og omsorg, at ventelister er forbudt, samtidig som alle har visst at det finnes uoffisielle ventelister i veldig mange kommuner. Men pasientens rettssikkerhet har ikke vært godt nok ivaretatt i det eksisterende systemet.

**Tove Karoline Knutsen (A) [12:27:28]:** Jeg er litt forbauset over det svaret, fordi pasient- og brukerombudene, som taler pasientenes og brukernes sak, er helt enig i at dette er dårlig. Jeg mener at når man har et lovforslag, må man også høre på den juridiske kompetansen, som sier at dette er et dårlig forslag som vil svekke rettighetene.

Man snakker også om ventelister, at ventelister ikke gir noen rettigheter i seg selv. Det er ingenting i veien for i dagens praksis og i dagens regelverk at kommunene kan føre oversikt over sine innbyggere og innbyggernes behov og sette opp alle de ventelistene man vil. Derfor spør jeg

igjen: Er virkelig ikke helseministeren villig til å se på formuleringene, se på det han har sendt ut på høring, for å se om det faktisk kan bli bedre, og at man kan styrke de rettighetene som allerede ligger der, istedenfor å begynne å lage nye lovregler som kanskje til og med viser seg å være dårligere?

**Statsråd Bent Høie [12:28:18]:** Jeg skal selvfølgelig se på høringsinnspillene og se om det er mulig å gjøre et godt forslag enda bedre, men det er helt uaktuelt å legge vekk det som regjeringen og samarbeidspartiene er enige om, nemlig å innføre lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg, som vil innebære at brukere som har behov for heldøgns pleie og omsorg, vil få vedtak om det. Da vet de at kommunen har sett deres behov, og har muligheten til å klage hvis kommunen ikke har sett deres behov.

Jeg vil også vekk fra den situasjonen som representanten her beskriver, nemlig at det er opp til den enkelte kommune å vurdere om det er hensiktsmessig å føre den type oversikter. Nei, vi vil at kommunene skal føre den type oversikter, nettopp fordi det også vil klargjøre den underdekningen av heldøgns pleie- og omsorgsplasser som er i dag, og gi lokalpolitikkerne større mulighet til å planlegge raskere og bedre utbygging av heldøgns pleie og omsorg – og ikke gjøre sånn som det nye byrådet gjør i Oslo: legge ned heldøgns plasser.

**Tove Karoline Knutsen (A) [12:29:31]:** Det var interessant, det helseministeren nå sa, at han vil pålegge kommunene å føre oversikt over ventelister. Innebarer det også at man skal tilskrive en person og fortelle på hvilket sted på en liste vedkommende befinner seg, og hvor lenge vedkommende muligens må vente? Er det slik helseministeren tenker seg en venteliste?

**Statsråd Bent Høie [12:29:59]:** Dette er nøyaktig det samme prinsippet som pasientrettighetsloven bygger på, også når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Jeg vil minne representanten om at da vi innførte pasientrettigheter i Norge, var det store skrittet nettopp at pasientene faktisk fikk komme på en venteliste, sånn at man fikk synliggjort det behovet som var, men også at pasientene faktisk fikk en rettighet knyttet til at de skulle få en behandling. Det er akkurat det samme prinsippet som dette bygger på. Ja, både pasientene og brukerne skal få beskjed om at de har fått innvilget, eller at det er blitt sett på behovet for, heldøgns pleie og omsorg. Så vil folk ha forståelse for at de vil få det behovet dekket når det er en ledig plass. I mellomtiden skal de selvfølgelig være sikret å få forsvarlige helsetjenester, men ikke oppleve det som de får i dag, gjerne vedtak om forsterkede hjemmebaserte tjenester, selv om alle forstår at det de egentlig har behov for, er en heldøgns pleie- og omsorgsplass.

**Kjersti Toppe (Sp) [12:31:13]:** Eg vart litt forundra da eg las statsråden sitt svar til komiteen i denne saka, for eg trudde at regjeringspartia og samarbeidspartia var einige om å innføra ei bemanningsnorm. Men i svaret står det at regjeringa i forbindelse med utarbeiding av tryggleiks-

standarden har invitert inn brukar- og pårørandeorganisasjonar, yrkesorganisasjonane og KS til å delta i prosjektets styringsgruppe. Det står òg:

«Dette arbeidet vil gi grunnlag for å vurdere behov og innretning av arbeidet med norm/veileder for bemanning og kvalitet.»

Så spørsmålet mitt er: Er det sann at regjeringa ikkje er sikker på om det skal innførast ei bemanningsnorm, at ein heller vurderer ein rettleiar, og at dette ikkje er avklart enno?

**Statsråd Bent Høie [12:32:07]:** Som jeg har svart representanten Lysbakken ganske mange ganger, vil vi gjennom trykghetsstandarden også stille krav til bemanning. Men det er veldig viktig at dette gjøres på en klok måte, så en ikke kommer i en situasjon der en f.eks. bare teller antall hender og tror at det er den viktigste kvalitetsindikatoren på tjenestene. Det er nødt til å bli sett i sammenheng med kompetanse, med ledelse og med gode styringssystemer, for å sikre at vi bidrar til at det som er målet, nemlig bedre kvalitet på tjenestene, blir resultatet. Hvis ikke kan en veldig fort ende opp med at en bare teller seg fram til antall ansatte og tror at det er det som forteller oss om det er god kvalitet på tjenestene eller ei. Så vi skal gjøre det som står i regjeringserklæringen, men vi skal gjøre det på en god måte, som fører til resultatet, nemlig bedre kvalitet på tjenestene.

**Karin Andersen (SV) [12:33:17]:** Mens SV er opptatt av at eldre skal få bedre og mer hjelp og selv bestemme mer om hva de skal ha hjelp til, hører jeg at statsråden mener det er viktigst hva slags firmanavn det står på frakken til den som gir hjelpen, og at det liksom skal være en stor frihet for de eldre. Det er det ikke.

Det som vi er enige om, alle sammen, er at man må ha god kompetanse i omsorgen. Men poenget må jo være at man kan få brukt den kompetansen man har, og at det ikke er så få ansatte på jobben at man må øve vold på den kompetansen ved ikke å kunne yte den kvalitetsmessig gode tjenesten, ikke ha tid til f.eks. å ha en god relasjon og trøste mennesker som er syke og redde. Det er en veldig viktig del av oppgavene i eldreomsorgen.

Hvordan vil statsråden sikre at det er nok ansatte til å ta i bruk den kompetansen på de kvalitetsparametrene som jeg skjønner regjeringen vil legge fram?

**Statsråd Bent Høie [12:34:30]:** Det vi gjør, er kontinuerlig å styrke kommunenes mulighet til å ansette flere. Vi bidrar også til at kommunene får den rette kompetansen i tjenestene. Derfor er det nå bevilget så mye penger – som jeg også sa i mitt innlegg – over 1 mrd. kr i 2016, nettopp til ulike kompetansetiltak. Her går det et skille mellom det som var forrige regjeringens tilnærming i disse spørsmålene, og det som er denne regjeringens tilnærming. Mens en konsekvent under forrige regjering bare snakket om flere varme hender, snakker denne regjeringen om flere kloke hoder. Det vi ser av erfaringene fra de ulike kommunene, bl.a. fra Høyre-styrte Kristiansand kommune, er at kommuner som har en systematisk satsing på kompetanse, le-

delse og god organisering av tjenestene, nettopp er de som oppnår det som er målsettingen – kvalitet på tjenestene. SV går seg vill ved bare å telle uten å se på kvaliteten.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

De talerne som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

**Tove Karoline Knutsen (A) [12:35:54]:** Jeg kan ikke fri meg fra den ubehagelige følelsen av at regjeringa driver med en del besvergelser som ikke nødvendigvis gir bedre eldreomsorg. Jeg klarte ikke å få tak i hva helseministeren sa i replikkordskiftet. Man er opptatt av å lage en ny lov der det er en lov allerede, i stedet for å sette kommunene i stand til å gi god eldreomsorg, bl.a. med god finansiering av kommunene. Det at man har behov for kloke hoder, folk som er utdannet, og som har faglighet, og ikke minst en etisk refleksjon rundt hva man holder på med, er vi helt enig i.

Til representanten Bård Hoksrud, som snakket så vakert om at staten skal overta finansieringa av eldreomsorgen: Nei, det er ikke det staten har gjort. Staten har nå i disse modellforsøkene, som kun 18 kommuner vil ha, konfiskert de kommunale pengene og lagt på 4 pst. Jeg har reist rundt og hørt mange som beklager seg, og som har betakket seg for å være med på disse forsøkene. Arbeiderpartiet er i utgangspunktet åpen for alle mulige slags forslag som kan bedre eldreomsorgen, men vi ser jo at denne rigide styringa, med økt byråkrati, ikke er veien å gå.

Jeg synes også det er merkelig når man fra regjeringshold stadig anfører at den viktigste valgfriheten som pasienter og eldre mennesker kan ha, er å velge firma. Jeg hører snart til den eldre garde – noen vil si at jeg gjør det – og kan komme til å få behov for tjenester. Hvordan skal jeg, som etter hvert er blitt en ganske oppegående dame, klare å vite hva de ulike firmaene representerer? Hva er det de står for? De leverer jo tjenester som er bestemt av kommunen. Det som er det viktige hvis jeg kan få velge, er på personnivå å bestemme litt innenfor noen rammer hva jeg vil ha av tjenester, hva som skal være innholdet denne dagen, og at det er faglig dyktige folk som kommer. Det er de valgene mennesker vil ha. Det er ikke firma, private løsninger. Jeg har ennå ikke sett noen gå i fakkeltog for private løsninger. Derimot har man gått for gode offentlige tjenester over hele landet, og det bør regjeringa snart begynne å ta inn over seg.

**Karin Andersen (SV) [12:39:00]:** Man skal være ganske syk i Norge før man får sykehjemsplass nå. Sann har det vært ganske lenge, og jeg tenker at hvis jeg er så syk, vil jeg slippe å være kunde. Da vil jeg at helseministeren, Stortinget og kommunen skal ha sørget for at det er en god sykehjemsplass til meg der. Men når jeg kommer dit eller får hjelp hjemme, vil jeg ha mulighet til sjøl å bestemme over innholdet i den hjelpen jeg får.

Det å ha en god eldreomsorg handler ikke om kunne velge seg bort fra noe som man ikke synes er dårlig. Den eldreomsorgen som ikke er god nok for meg, er ikke god nok for noen – ikke for helseministeren eller representan-

ten Hoksrud heller, håper jeg. Det kan jo ikke være sånn at man skal velge seg bort og måtte opptre som kunde når man er som sykest. Da er det vår plikt å sørge for at den kompetansen er der, at det er nok folk, og at man får hjelp – det er det vi er opptatt av. Vi er opptatt av den friheten for eldre, at de skal ha det. Og vi er opptatt av de ansattes frihet til å kunne bruke sin kompetanse slik de har lært, og slik det står i alle dokumenter, stortingsmeldinger og jeg vet ikke hva. Det er da ingen som vil ha en dårlig eldreomsorg, men det må være nok folk der til at det skal være en eldreomsorg, og de må få lov til å gjøre jobben sin.

Jeg har dette ganske nært innpå meg for tida. Jeg har en eldre mor som trenger hjelp. Det er ikke sånn at hun lengter etter å få velge seg et annet sykehjem. Nei, hun vil gjerne ha plass på det sykehjemmet som er i nærheten, når hun har behov for det. Det er det som er poenget, og at det da er nok folk der til at hun får omsorg og pleie med det kvalitetsnivået som hun selvfølgelig skal ha. Det handler om at det er noen der til å gjøre den jobben.

Jeg blir veldig forundret over helseministeren som liksom avviser dette helt, og sier at det bare er kompetanse og ledelse det gjelder. Det er ingen som uenig i at det er nødvendig med kompetanse og ledelse, men det er ikke nok. Det er ikke nok når folk ikke har tid til de gamle. I forrige debatt f.eks. diskuterte vi litt om sykehjem, demente, medisiner osv. Når demente ligger og roper og roper og roper, og ingen har tid til å snakke med dem og skjønne at de egentlig er syke og har det vondt, og de i stedet blir puttet i i medisiner, da er det noe gærent. Det handler vel ikke om at de som jobber der, ikke skjønner at denne jobben burde vært gjort, og ikke vil ha tid til dem, men de forteller oss at de er for få på jobb. Da trengs det en bemanningsnorm, slik at også staten er med på å betale den regninga. Det gjør den ikke nå.

**Tone Wilhelmsen Trøen (H) [12:42:20]:** Jeg synes det er grunn til å ta et lite steg tilbake nå. Vi fremstiller norsk eldreomsorg som om det er krise alle steder. I morgen skal jeg til kommunale Blaker sykehjem, og jeg gleder meg – jeg har fulgt dem på Facebook lenge. Det foregår så mye bra ute i norsk eldreomsorg. Det kan ikke stå igjen etter denne debatten at det er bare fortvilelse og forferdelse der ute.

Men det er grunn til å peke på noen ting. Den rød-grønne regjeringen gjennomførte og innførte Samhandlingsreformen svært raskt, før norske kommuner hadde fått tid til å forberede seg. Det ser vi i Riksrevisjonens veldig nylige rapport. Det ser vi også i den rapporten som handler om menneskerettighetsbrudd i eldreomsorgen. Så når representanten Tove Karoline Knutsen bedyrer at hun er opptatt av kloke hoder, forstår ikke vi hvorfor man ikke innførte kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven den gangen.

Ja, vi skal ha dyktige fagfolk på plass. Ja, det er dyktige fagfolk som kan gi kvalitet, og som kan bruke sitt faglige skjønn i eldreomsorgen. Da er vi nødt til å få dette på plass, og jeg er glad for at vår regjering gjør det.

Det er alltid interessant å lytte til representanter på venstresiden, som representantene Karin Andersen og Tove

Karoline Knutsen, som gjentar og gjentar mytene om private aktører. For de av oss som er opptatt av fakta i denne debatten, er det absolutt ikke mer privatisering i norsk eldreomsorg. Det er noen få plasser som betales helt privat i norsk eldreomsorg i dag. 89 pst. av norsk eldreomsorg er drevet av kommunale aktører, 6 pst. er drevet privat, 5 pst. er drevet ideelt, og nærmest 100 pst. er offentlig betalt omsorg. Så det å fremstille eldre som kunder i dette bildet, synes jeg er helt forfeilet.

Det er absolutt ikke konkurranseutsetting vi skal frykte i norsk eldreomsorg. Det vi skal frykte, er at det er så store variasjoner. Kommunene må ta sitt ansvar på alvor. De private aktørene er absolutt konkurransedyktige på pensjon. De har lavt sykefravær, og de har veldig høy grad av fornøyde pasienter og brukere. Dette mener jeg faktisk at man må gå nærmere inn i og lese seg opp på, hvis man fremstiller private aktører i dette markedet som noe helt annet enn det de faktisk er. De er kvalitetsleverandører av norsk eldreomsorg. Ansatte er fornøyde, og pasienter er fornøyde.

Det vi kommer til å se, er at en del kommuner velger å rekommunalisere, som i Bergen, hvor man går inn med åpne øyne og altså taper 4 mill. kr i året på å rekommunalisere to sykehjem. Da må man se velgerne sine i øynene og forklare hvorfor de fire millionene ikke kunne vært brukt på mer pasientbehandling, når både pasienter og ansatte ønsker at det skal fortsette som i dag.

**Bård Hoksrud (FrP) [12:45:37]:** Jeg tror også det er viktig å fokusere på at det faktisk er mange tusen ansatte i pleie- og omsorgssektoren i dag som hver eneste dag går ut og gjør en fantastisk jobb for å gi dem som trenger pleie- og omsorgstjenester, et best mulig tilbud.

Jeg hører at SV sier at de har lagt inn penger til kommunene. Ja, det stemmer det, men kommunepolitikerne bruker pengene til akkurat hva de vil. De kan bruke dem på akkurat hva de vil, fordi det ofte er frie midler, og det er jo SV og de andre partiene ofte opptatt av.

Så er man opptatt av at man skal ha mer bemanning. Ja, Fremskrittspartiet ønsker mer bemanning, vi ønsker større bemanning, og det ligger også inne i det som regjeringen jobber med å få på plass. Men det handler også om kompetanseheving. Det sa også representanten fra SV, men det SV var med på å gjøre i forrige periode, var å ta bort kravet til kompetanse til dem som skulle jobbe på sykehjem og i pleie- og omsorgssektoren. Det er det denne regjeringen nå sørger for å få på plass igjen, at man faktisk skal ha folk med rett kompetanse og med den kompetansen som skal være der, og at det kravet som den forrige regjeringen fjernet, ikke lenger er borte.

Så til representanten Tove Karoline Knutsen: Det jeg oppfatter at hun egentlig etterlyser, er fritt brukervalg. Hun ønsker muligheten til å velge. Men så er man så livredd for at noen private skal kunne få lov til å levere disse tjenestene. Det kan virke som de private leverer dårligere tjenester, og at man er redd for hva navnet på skjorta eller frakken er. Jeg tror – det er i hvert fall min opplevelse når jeg reiser rundt i landet – at uavhengig av hvem man jobber for, leverer man gode tjenester. Man leverer varme hender

og gode omsorgstjenester uavhengig av hvem man leverer til.

Jeg har reist ganske mye rundt i landet og besøkt både sykehjem, omsorgsboliger og andre former for tjenester og måter å organisere seg på. Ja, det er et krav der ute at man må øke bemanningen fordi det er for lav bemanning. Det er noe regjeringen jobber med, og som ligger i dette. Men det må også gjøres noe med kompetansen. Kompetansen er utrolig viktig. Når det gjelder bemanning, bør man se på side 4 i innstillingen. Der står det veldig klart og tydelig at flertallet også mener at bemanning er en viktig faktor. Det har jo nesten vært forsøk på å late som om helseministeren kun var opptatt av kompetanse og ikke bemanning, men også regjeringen er svært opptatt av at vi må få på plass en bedre bemanning. Jeg mener at det regjeringen nå gjør, er å komme på rett vei.

**Freddy de Ruiter (A) [12:48:53]:** Det er ingen tvil om at det er mye bra i norsk eldreomsorg, og det å fokusere på manglende tid til den enkelte er en måte å snakke opp norsk eldreomsorg på, snakke opp de ansatte som løper beina av seg hver dag, og som har for lite ressurser og for lite tid til hver enkelt eldre og pasient. Lite tid er det samme som dårlig omsorg. Det tror jeg vi må prøve å være enige om. Vi er helt enige om at kompetanse er viktig, at lederskap er viktig, og at organisering er viktig. Det er vel heller ikke det denne debatten egentlig går på.

København har gjort noe spennende. Hvorfor prøver vi ikke det mer ut i Norge – en tillitsreform? Men jeg må si at saksordføreren overrasket meg litt da hun sa at det er urettferdig å peke på at det er et problem med stoppeklokke i mange norske kommuner i eldreomsorgen, for da må man jo ta fra noen. Nei, det som er urettferdig, er at en gir skatteuttak til de aller rikeste i dette landet og bruker for lite penger på kommunene og eldreomsorgen. Det er urettferdig. Det er der velferdsutfordringene ligger. Det er en generell skjevfordeling av ressursene. Det som er urettferdig, er å sette de eldre opp mot hverandre og de pleietrengende opp mot hverandre, slik som saksordføreren her prøver å si – at hvis noen skal få mer tid, så får andre mindre tid. Nei, det må bli mer tid og mer ressurser. Det er det som er utfordringa.

Hvis en viderefører den eldreomsorgen som en ser i mange kommuner i dag, med for lite tid og med ansatte som løper beina av seg, gir det dårligere omsorg, det gir flere syke ansatte, og det gir i det hele tatt en samfunnsøkonomisk nedside.

Så skal vi være ydmyke og innrømme at selvfølgelig var ikke alt perfekt under vår regjering. Selvfølgelig finnes det arbeiderpartistyrte kommuner hvor det absolutt er god grunn til å se på eldreomsorgen og kvaliteten av den. Men det er ikke det vi diskuterer her i dag. Vi diskuterer hvordan vi skal sørge for at hver enkelt bruker får tilstrekkelig med tid til å få en verdig eldreomsorg. Det kan da ikke være urettferdig.

**Presidenten:** Representanten Tove Karoline Knutsen har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

**Tove Karoline Knutsen (A) [12:51:40]:** Svar til representanten Wilhelmsen Trøen: Det er ikke riktig at vi sa nei til å stille krav om kompetanse fordi vi ville styre på kvalitetskrav. Derfor var også kompetanseløftet en suksess, med over 22 000 nye årsverk, hvor 80 pst. hadde relevant faglig utdanning. Det vi sa at vi ikke ønsket å videreføre, var kravet til spesifikke profesjoner nevnt ved navn, for det betyr at hvis man kanskje hadde behov for andre profesjoner enn det som sto på lista, så ville det bli sjaltet ut i kommunens portefølje. Antall profesjoner sier ingenting om antall årsverk en har innen pleie og omsorg, så det sier altså ingenting om kvalitet om en lister opp profesjoner, og det var det vi tok et oppgjør med.

Igjen dette med privatisering: Det er mange grunner til, som forskere har vist til, at man ikke skal blande marked inn i offentlig betalte tjenester på den måten som man gjør i arbeidskraftintensive sektorer som eldreomsorgen. Det er en god grunn til at det ikke skal være sånn, og det er at offentlige penger går i private lommer.

**Olaug V. Bollestad (KrF) [12:52:54]:** Kristelig Folkeparti er enig i at en tillitsreform er viktig, men Arbeiderpartiet og SV må ikke framstille det som om det er noe de har kommet på. Får jeg minne om at det var Aud Kvalbein som før valget faktisk kom med dette, og som gjorde det i en melding, den seniormeldingen som ble lagt fram, og begynte med tiltak før valget. Dette er vi alle opptatt av, og vi er også opptatt av at kloke hoder henger sammen med kloke hender. Det er ikke vits i hendene, hvis de ikke henger sammen med et hode. Vi er også enige om at vi ikke kommer langt med kloke hoder hvis vi ikke har tid til å utøve den klokskapen i praktisk arbeid. Eldreomsorgen handler om tid og om penger, men det handler også om å vite hvem som trenger hjelpen mest, for å kunne prioritere best.

**Presidenten:** Representanten Karin Andersen har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

**Karin Andersen (SV) [12:54:08]:** Jeg tror egentlig Kristelig Folkeparti og SV er veldig enige i denne saken. Det er helt riktig at Kristelig Folkeparti også har jobbet med en tillitsreform, men det har også SV gjort i flere år. Det er åpenbart at det er riktig, og det er veldig merkelig at det ikke skal være mulig å få flertall for noe som er så selvsagt som det.

Det er også veldig rart at det ikke er flertall her i dag for å gi eldre litt mer frihet til sjøl å kunne bestemme litt over hva det er de skal få hjelp til. Det er også veldig rart, når alle vet at det er nødvendig for å gjennomføre de kvalitetsløftene alle sier man skal ha, og for den kompetansen man sier man skal ha, at det faktisk er nok folk på jobb til å kunne gjøre jobben etter de standardene, til beste for de eldre – for det er det dette handler om. Og det er dumt å kaste bort penger bevilget til eldreomsorgen til fortjeneste i bedrifter, som også helt systematisk har dårligere pensjonsvilkår, som gjør at det vil bli vanskelig å rekruttere alle de gode folkene vi trenger i framtida.

**Presidenten:** Representanten Bård Hoksrud har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

**Bård Hoksrud (FrP) [12:55:29]:** I stad fikk vi høre et innlegg fra representanten Karin Andersen hvor hun ikke ville velge og ikke ha valgfrihet. Nå kom det plutselig et innlegg hvor valgfriheten var viktig, og der hun ønsket å ha valgfriheten. Men det er vel kanskje slik at hun bare vil ha valgfrihet i det kommunale og ikke ha valgfrihet der det er noen andre som også kan få lov til å levere.

Så synes jeg at de som er veldig kritiske til at helseministeren er veldig opptatt av kompetanse og kompetanseheving, kanskje burde lese sykepleien.no for i dag. Der står det om en sykepleier som er veldig tydelig på at det å øke kompetansen blant de ansatte er svært viktig for å kunne gi de gode omsorgstjenestene i fremtiden.

**Statsråd Bent Høie [12:56:25]:** For det første er det viktig i denne debatten, som også representanten Tone Trøen trakk fram, at det er veldig mye bra i den norske eldreomsorgen. Mange får god hjelp både i det som er drevet av kommunen, og det som er drevet av private – både kommersielle og ideelle. Det må vi aldri glemme. Men vi står overfor ganske store utfordringer. Det er et veldig stort press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ikke minst etter Samhandlingsreformen. Det kommer til å bli veldig mange eldre i årene framover. Det blir dobbelt så mange 70-åringer i 2030 som det er i dag. Det betyr at vi er nødt til å ha en strategi for å møte dette.

Jeg er helt sikker på at uavhengig av hvem som styrer, vil vi kunne finne ting som er bra, og ting som er dårlige, men det er likevel sånn at det er en forskjell på politikken og en forskjell på prioriteringene.

Vi mener det er viktig å løfte fram kompetanse som helt avgjørende. Derfor innfører vi kompetansekrav i loven. Den kompetanseplanen som gjaldt under forrige regjering, handler om å få ufaglærte faglærte. Det er bra. Den nye handler ikke bare om det, den handler også om å satse på videre- og etterutdanning og den spisse kompetansen.

Vi mener at det er viktig å styrke rettssikkerheten overfor pasientene innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Derfor innfører vi rett til heldøgns pleie og omsorg og styrker pasientrettighetene.

Vi mener det er viktig å vite mer om kvaliteten i tjenestene. Derfor innfører vi et kommunalt helse- og omsorgsregister som gir oss mer kunnskap om kvaliteten.

Så har det vært en diskusjon om offentlig eller privat. Jeg mener det er en veldig liten diskusjon, egentlig, for den største delen av pleie- og omsorgstjenestene i Norge kommer til å bli utført av kommunene. Det er likevel en dimensjon rundt det å slippe til et mangfold. Representanten Karin Andersen, som visstnok er gått, har vært veldig opptatt av tilliten til de ansatte, at vi må lytte til de ansatte. Det er vel verdt å lytte til hva de tillitsvalgte i Bergen sier når byrådet i Bergen nå avvikler – raskt og brutalt – avtalen med private aktører. Hva sier Bjørg Hopland, som er tillitsvalgt for hjelpepleierne i Fagforbundet? Hun sier:

«Vi vet at vi kan oppnå en bedre pensjonsordning i

kommunen, men vi som har jobbet her en stund verdsetter også andre verdier. Byrådet burde se på hva Aleris har fått til før de gjør slike endringer.»

Tillitsvalgt for sykepleierne, Siv Eriksen, sier:

«Ingen har snakket med oss, så kanskje de ikke har satt seg inn i hvordan ting drives her og hvordan vi har det.»

Har en tillit til de ansatte, bør en også ha tillit til de ansatte som har valgt å jobbe i det private på dette området.

Ingerd Schou hadde her overtatt presidentplassen.

**Siv Elin Hansen (SV) [12:59:50]:** Hoksrud påstår at SV ikke har vært opptatt av kvalitet og valgfrihet – SV har alltid vært opptatt av valgfrihet.

Det som jeg synes er viktig å poengtere, og som jeg egentlig synes det er veldig merkelig at jeg er nødt til å gå opp her og poengtere, er at SVs valgfrihet handler om noe helt annet enn Fremskrittspartiets valgfrihet.

Vi ønsker at de eldre selv skal få lov til å velge hvordan hverdagen skal være, hvilket innhold den skal ha – ikke hva slags sykehjem man skal bo på. Om det er Aleris' eller kommunens sykehjem, er egentlig ikke det som er viktig her. Det finnes ingen entydige studier som viser at private sykehjem er bedre enn kommunale.

Det er innholdet i hverdagen som er viktig. Hvis min gamle mor ønsker at noen skal lese avisa i fem minutter til, skal hun få lov til å velge det fordi det er det som er viktig for henne i dag. Det er det valgfrihet handler om – ikke hva slags sykehjem man skal bo på.

**Ketil Kjenseth (V) [13:01:05]:** Jeg har forholdt meg litt tilbaketilt i denne debatten inntil nå, men jeg må få lov til, etter representanten Karin Andersens siste innlegg, å ta ordet. For i min kommune, Gjøvik, har SV nå sittet i posisjon i fire eller fem perioder. Der er det nå et forslag om å avvikle 100 sykehjemsplasser, fra 176 ned til 86, tror jeg – omtrentlig 100 plasser. Det betyr at det der er en masse eldre som ikke får noen som helst valgfrihet knyttet til sykehjemsplass. Det blir ikke plass til alle de som har behov, så greit er det.

Når man snakker om kvalitet, som representanten Tove Karoline Knutsen var innom: Når man blir omplassert fra sykehjemsplass til omsorgsbolig eller omsorgsplass, mister man rettighet til lege. Det er et av kvalitetskravene som ligger i sykehjemsplass, så den kapasiteten vi snakker om her, innebærer også kvalitet. Jeg synes at det med valgfrihet blir en merkelig diskusjon når man ikke har noe valg, og når tillit ikke gjøres mulig for den eldre i en situasjon der det er så knapphet på ressurser på grunn av egne prioriteringer i egen kommune, der man over lang tid har prioritert å ha en svært effektiv hjemmebasert omsorg, men ikke fyller på med fastleger som er i stand til å følge opp de eldre hjemmeboende. De eldre hjemmeboende i Gjøvik kommune har ikke så mange valgmuligheter i sin egen hverdag. Det er å ta imot besøk av hjemmetjenesten, når de kan komme. Dette handler om mer enn tillit.

I bydeler i Oslo har de valgfrihet mellom private og



kommunale leverandører, og det har ført til at det er stort sett 70–30 i valg mellom de offentlige og private. I forkant av det ligger det en bevissthet fra den offentlige finanssøeren, som er Oslo kommune, om hvilke tjenester som skal tilbys. Da kan man snakke om å tilby reelle valgmuligheter. Her er det mye som må gjøres, før en kan snakke om både tillit, kvalitet og valgfrihet.

**Freddy de Ruiten (A) [13:03:58]:** Hvis en hadde brukt noen av de milliardene som Venstre og Kristelig Folkeparti har støttet regjeringa i knyttet til skatteuttak i de siste budsjettene – og særlig for de aller rikeste – ville en hatt flere ressurser til kommunene og dermed flere ressurser til eldreomsorgen. Så enkelt er det regnestykket. Så kan det godt hende en skal diskutere hvordan en skal ramme inn dette på en bedre måte i tida framover, for å sørge for at en i større grad klarer å prioritere eldreomsorgen på en enda bedre måte. Da er neppe det forsøket som i dag skjer, med statlig overtakelse av finansieringen av eldreomsorgen, en god metode. Det er flere kommuner nå som erkjenner at det ikke er en særlig god måte å organisere det på.

Det snakkes også om brukerundersøkelser. Ja vel, hvor pålitelige er brukerundersøkelsene i eldreomsorgen? Hvis vi skal være ærlige, hvor pålitelige er de? Jeg tror vi bare må erkjenne når det gjelder disse brukerundersøkelsene: Eldre mennesker har nok en tendens til når de blir spurt – uansett om de bor på et privat drevet av frivillige eller et kommersielt sykehjem – å svare at de er fornøyd med tilbudet, nesten uansett. Det er i hvert fall det som er mitt inntrykk – og de flestes inntrykk.

Så er det om valg. Valgfrihet er en gjenganger i den politiske debatten mellom høyresida og venstresida, og det er en viktig debatt. Men på velferdsområdet og i eldreomsorgen ser det ut som at høyresida er mest opptatt av valgfrihet for aktører til å etablere seg på disse områdene, altså av aktørvalgfrihet, mens vi på venstresida er mest opptatt av valgfriheten til den enkelte bruker og innholdet i tjenestene. Det er for så vidt helt greit, men da er det profitt opp mot innhold.

**Tone Wilhelmsen Trøen (H) [13:06:30]:** Jeg kan bare ikke la den siste uttalelsen til representanten Freddy de Ruiten bli hengende i luften. Selvfølgelig er brukerundersøkelser viktig. Man må ikke tro at eldre mennesker ikke har behov for og kan ytre seg om hva som er viktig for dem. Det er nettopp dette vi egentlig debatterer i dag: det å ha tillit til at eldre kan få være med og påvirke sin hverdag, kan ha valgfrihet i sin hverdag og hvordan vi tilrettelegger mulighetene for det.

Jeg har sjelden blitt så overrasket som når representanten de Ruiten fra denne talerstolen sier at man ikke skal legge vekt på brukerundersøkelser. Jeg kjenner at det rører meg langt inn i hjertet. Er det virkelig noe vi trenger mer av i eldreomsorgen, er det å lytte til dem som mottar disse tjenestene. Er det slik å forstå at Freddy de Ruiten synes det er de ansatte vi skal lytte til, eller er det bare kommunepolitikerne? Hvem er det som kan bidra til å skape en eldreomsorg i dette landet som vi alle kan være stolte av?

Jeg er så glad for at jeg er medlem av et parti som sitter

i en regjering som har bestemt seg for å gjøre dette til pasientens helsetjeneste. Og jeg har sjelden vært så glad for det som i dag, da jeg hørte dette innlegget fra Freddy de Ruiten. Maken til nedvurdering av en eldre generasjon og pleietrengende i dette landet har jeg sjelden lyttet til.

**Presidenten:** Representanten Freddy de Ruiten har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

**Freddy de Ruiten (A) [13:08:25]:** Jeg har aldri sagt at en ikke skal ha brukerundersøkelser, men jeg har sagt at troverdigheten ved brukerundersøkelser innen eldreomsorgen kan det settes betydelige spørsmålstegn ved. En skyver i stor grad brukeren foran seg, f.eks. for å si at eldreomsorgen er god, og så er den kanskje ikke god. Svarprosenten på en del av brukerundersøkelsene er også svært lav, f.eks. i Oslo snakker vi om kanskje nede i 14–15. Skal en ha seriøse, gode brukerundersøkelser, må de gjøres annerledes, og en må få fram det som er de reelle synspunktene. Og så er det hevet over enhver tvil: Mange eldre mennesker er fornøyd med lite, og vi bør legge til rette sånn at de faktisk kan få sagt sin mening. Brukerundersøkelsene i dag bygger i stor grad ikke opp under det – de er ikke gode nok. Det var mitt poeng.

**Kjersti Toppe (Sp) [13:09:40]:** Debatten har utvikla seg, og eg vil minna om at det vi eigentleg debatterer, trass alt er tre ganske fornuftige forslag frå SV. Mange har debattert akkurat det same og faktisk foreslått det, nemlig bemanningsnorm – det at ein i kommunane kan ha ei slags klippekortløyising der dei eldre kan velja meir sjølve kva hjelpa dei får, skal brukast til – og ikkje minst ei tillitsreform i eldreomsorga.

Det har vore mange innlegg om at denne regjeringa har gjeninnført kompetansekrava i kommunehelsetenestelova. Representanten Tove Karoline Knutsen har gjort fint greie for kva som var bakgrunnen for at den raud-grøne regjeringa gjorde det. Det var fordi vi var opptatt av kompetanse og ikkje profesjonar. Så er det eit paradoks at spesialisthelsetenestelova ikkje inneheld krav om at det skal vera lege, sjukepleiar eller helsefagarbeidar, men det er visst nok kvalitet på sjukehusa. Eg høyrer ingen som debatterer for at ein må få inn kompetansekrav i spesialisthelsetenestelova for å få eit godt tilbod på sjukehusa.

Så ein kommentar til slutt om dette med private og offentlege. Eg har ikkje tatt ordet til det, for eg følte ikkje det var det dette forslaget handla om i det heile. Men det har vorte ein stor debatt om det. Eg bur i Bergen, og eg har opplevd ei eldreomsorg der det òg var eit privat tilbod. Den valfridomen gjeld ikkje alle. Den gjeld dei friskaste eldre. Dei skrøpelegaste og sjukaste har ikkje den valfridomen som høgresida synest er så ekstremt viktig. Da far min fekk eit tilbod frå kommunen om at han kunne få velja mellom det offentlege tilbodet og det private tilbodet, stod det med lita skrift nedst at om han hadde behov for hjelp om natta, måtte han ta til takke med det offentlege. Kven har bruk for hjelp om natta? Jo, det er dei sjukaste. Det er dei som faktisk treng hjelp. Så det å velja privat er det nokre

som synest er greitt, men vi har eit ekstra ansvar for dei skrøpelege eldre, og da er den valfridomen uansett ikkje tilgjengeleg – og dei har ærleg talt heller ikkje behov for han.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 5.

Sak nr. 6 [13:12:19]

*Stortingets vedtak til lov om granskingskommissjonen for brannen på Scandinavian Star (Lovvedtak 43 (2015–2016), jf. Innst. 144 L (2015–2016))*

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

Etter at det var ringt til votering, uttalte

**presidenten:** Da er vi klare til å gå til votering.

Sak nr. 1 er ferdigbehandlet tidligere i dag.

#### *Votering i sak nr. 2*

Komiteen hadde innstilt:

Som medlem av Stortingets delegasjon til NATOs parlamentariske forsamling velges Ingunn Foss.

Som varamedlem til Stortingets delegasjon til konferansen for overvåking av EUs utenriks-, sikkerhets- og forsvarspolitikkk velges Jørund Rytman.

#### *Votering:*

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

#### *Votering i sak nr. 3*

**Presidenten:** Under debatten er det satt fram i alt seks forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Ingvild Kjerkol på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslag nr. 2, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti og Venstre
- forslagene nr. 3–5, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet
- forslag nr. 6, fra Ketil Kjenseth på vegne av Venstre

Det voteres over forslag nr. 6, fra Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede og avklare egnethet for en norsk fondsmodell for innovativ medisin og medisinsk teknologi, samt sondere muligheten for samarbeid om et nordisk fond til samme formål.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

#### *Votering:*

Forslaget fra Venstre ble med 94 mot 9 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.22.23)

**Presidenten:** Det voteres over forslag nr. 4, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en uavhengig utredning av legemiddelmangelsituasjonen og komme tilbake til Stortinget med en konkret tiltaksplan for å sikre beredskap for legemiddelmangel i Norge.» Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget.

#### *Votering:*

Forslaget fra Senterpartiet ble med 95 mot 9 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.22.47)

**Presidenten:** Det voteres over forslag nr. 3, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig innføre diagnosekoder på alle typer antibiotikaresepter, eller på annen måte sørge for at opplysninger om diagnose inngår i Reseptregisteret.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

#### *Votering:*

Forslaget fra Senterpartiet ble med 94 mot 9 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.23.09)

**Presidenten:** Det voteres over forslag nr. 5, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen endre legemiddelforskriftens § 14-14 slik at legemidler for nikotinavhengighet kan vurderes for refusjon (blåreseptordningen).»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget. Kristelig Folkeparti og Venstre har varslet subsidiær støtte til forslaget.

#### *Votering:*

Forslaget fra Senterpartiet ble med 84 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.23.34)

**Presidenten:** Det voteres over forslag nr. 2, fra Kristelig Folkeparti og Venstre. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen vurdere om røykesluttmedisiner bør inngå i blåreseptordningen.»

Sosialistisk Venstreparti har varslet støtte til forslaget. Senterpartiet har varslet subsidiær støtte til forslaget.

## Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Venstre ble med 84 mot 20 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 13.23.58)

**Presidenten:** Det votes over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen etablere nasjonale kvalitetsindikatorer for riktig legemiddelbruk.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

## Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 61 mot 43 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 13.24.24)

Komiteen hadde innstilt:

Meld. St. 28 (2014–2015) – om legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse – vedlegges protokollen.

## Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

*Votering i sak nr. 4*

**Presidenten:** Under debatten er det satt fram i alt fire forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Ingvild Kjerkol på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslagene nr. 2–4, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti og Senterpartiet

Det votes over forslag nr. 3, fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen igangsette en faglig uavhengig evaluering av LUA-ordningen.»

## Votering:

Forslaget fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 91 mot 12 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 13.25.15)

**Presidenten:** Det votes over forslagene nr. 2 og 4, fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre en nasjonal kartlegging av overdoser knyttet til bruk av smertestillende legemidler.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen om ikke å tillate TV-reklame for reseptfrie legemidler.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

## Votering:

Forslagene fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ble med 86 mot 17 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 13.25.39)

**Presidenten:** Det votes over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en informasjonskampanje som ledd i et holdningsskapende arbeid, særlig rettet mot ungdom, med klare målsettinger om å sikre rett bruk av smertestillende legemidler.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

## Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 61 mot 43 stemmer ikke bifalt.  
(Voteringsutskrift kl. 13.26.04)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:125 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om tiltak mot overforbruk og feilbruk av reseptfrie legemidler – vedlegges protokollen.

## Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

*Votering i sak nr. 5*

Under debatten er det satt fram i alt tre forslag. Det er

- forslag nr. 1, fra Tove Karoline Knutsen på vegne av Arbeiderpartiet og Senterpartiet
- forslagene nr. 2 og 3, fra Karin Andersen på vegne av Sosialistisk Venstreparti

Det votes over forslagene nr. 2 og 3, fra Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede en nasjonal bemanningsnorm for sykehjem, med sikte på å innføre en slik norm.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre en statlig støtteordning for kommuner som ønsker å gjennomføre forskning med selvbestemmelse over deler av hjemmehjelpstiden for eldre med stort pleiebehov.»

**Votering:**

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti ble med 101 mot 3 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.28.27)

**Presidenten:** Det voteres over forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen invitere kommuner til samarbeid om tillitsreform i hjemmetjenestene. Utformingen av de enkelte forsøk gjøres i samråd med de enkelte forsøkskommunene, men det sentrale skal være at vurderinger rundt hvordan ressurser best brukes, i større grad skal overlates til de som mottar og yter tjenester, og mengden rapportering skal begrenses til det helt nødvendige.»

Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

**Votering:**

Forslaget fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet ble med 61 mot 43 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 13.29.01)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:129 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken, Kirsti Bergstø, Karin Andersen og Torgeir Knag Fylkesnes om å stoppe stoppeklokkene og øke bemanningen i eldreomsorgen – vedlegges protokollen.

**Votering:**

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

*Votering i sak nr. 6*

**Presidenten:** Sak nr. 6 er andre gangs behandling av lovvedtak nr. 43.

Det foreligger ingen forslag til anmerkning, og Stortingets lovvedtak nr. 43 er dermed bifalt ved andre gangs behandling og blir å sende Kongen i overensstemmelse med Grunnloven.

**Sak nr. 7 [13:29:50]***Referat*

1. (132) Energi- og miljøkomiteen melder å ha valgt Ola Elvestuen til leder, Terje Aasland til første nestleder og Tina Bru til andre nestleder
2. (133) Innberetning fra valgkomiteen om endringer i

de faste komiteers sammensetning (Innberetning 3 (2015–2016))

3. (134) Statsministerens kontor melder at
  1. lov om endringer i lov om statens tjenestemenn m.m. og lov om Statens pensjonskasse mv. (utfasing av statens ventelønnsordning og vartpengeordninga)
    - er sanksjonert under 22. januar 2016
    - Enst.: Nr. 1–3 vedlegges protokollen.
4. (135) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kirsti Bergstø, Heikki Eidsvoll Holmås og Karin Andersen om nye tiltak for å sikre hjelp og støtte til flerlingfamiliene (Dokument 8:39 S (2015–2016))

**Presidenten:** Nr. 135 foreslås sendt familie- og kulturkomiteen.

Karin Andersen har bedt om ordet.

**Karin Andersen (SV) [13:30:21]:** Vi ber om at det forslaget også oversendes arbeids- og sosialkomiteen til uttalelse før innstilling avgis.

**Presidenten:** Forslaget er at nr. 135 sendes familie- og kulturkomiteen. Så er forslaget som er fremsatt av Karin Andersen, at det i tillegg skal lyde: og som sender sitt utkast til innstilling til arbeids- og sosialkomiteen til uttalelse før innstilling avgis.

Er det noen som har noe imot dette? – Det er det ikke. Jeg oppfatter da at nr. 135 i referatet er vedtatt i tråd med tilleggsforslaget fremsatt av representanten Karin Andersen.

Videre ble referert:

5. (136) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad om å utarbeide en nasjonal alkoholstrategi (Dokument 8:42 S (2015–2016))
6. (137) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Kjell Ingolf Ropstad, Anders Tyvand og Geir Jørgen Bekkevold om en helhetlig opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Dokument 8:43 S (2015–2016))
  - Enst.: Nr. 5 og 6 sendes helse- og omsorgskomiteen.
7. (138) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Heidi Greni, Geir Pollestad og Trygve Slagsvold Vedum om anbudskriterier for nytt regjeringskvartal som sikrer at norsk næringsliv kan være konkurransedyktig (Dokument 8:40 S (2015–2016))
  - Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.
8. (139) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jette F. Christensen, Martin Kolberg, Gunvor Eldegard, Michael Tetzschner, Erik Skutle, Helge Thorheim, Tom E. B. Holthe, Hans Fredrik Grøvan, Abid Q. Raja og Bård Vegar Solhjell om endringer i kontrollloven og kontrollinstruksen (Dokument 8:41 LS (2015–2016))
  - Enst.: Sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
9. (140) Samtykke til inngåelse av konvensjon mellom Norge og Finland om oppføring og vedlikehold av rein gierder og andre tiltak for å hindre at rein kommer inn

på det andre rikets område av 9. desember 2014 (Prop. 49 S (2015–2016))

Enst.: Sendes næringskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.

10. (141) Endringer i reindrifftsloven mv. (reingjerde mot Finland m.m.) (Prop. 50 L (2015–2016))

11. (142) Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) (Prop. 51 L (2015–2016))

Enst.: Nr. 10 og 11 sendes næringskomiteen.

12. (143) Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 228/2015 av 25. september 2015 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 73/2010 og (EU) nr. 1029/2014 om fastsettelse av krav til kvaliteten på luftfartsdata og luftfartsinformasjon

for det felles europeiske luftrom (Prop. 47 S (2015–2016))

13. (144) Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 318/2015 av 11. desember 2015 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EF) nr. 80/2009 om regler for bruk av edb-baserte reservasjonssystemer (Prop. 48 S (2015–2016))

Enst.: Nr. 12 og 13 sendes transport- og kommunikasjonskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.

**Presidenten:** Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 13.33.

---