



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget

Deres ref
2022/1835

Vår ref
22/1779-

Dato
5. mai 2022

Dokument 8:233 S (2021-2022) - Representantforslag om å gi raskere tilgang til medisiner for norske pasienter

Jeg viser til brev av 22. april 2022 fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé hvor det bes om min uttalelse til Dokument 8:233 S (2021-2022), Representantforslag fra Bård Hoksrud, Sylvi Listhaug, Morten Wold og Hans Andreas Limi om å gi raskere tilgang til medisiner for norske pasienter.

Representantforslaget fremmer følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen omorganisere Beslutningsforum for nye metoder etter samme modell som brukes i Danmark.
2. Stortinget ber regjeringen fjerne kravet om at alle nye legemidler skal metodevurderes.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at helsemyndighetenes betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår økes til å være på samme nivå som i sammenlignbare land i Europa.
4. Stortinget ber regjeringen sikre fullt offentlig innsyn i begrunnelsene Beslutningsforum for nye metoder kommer frem til, samtidig som enhetsprisene på legemidler kan holdes konfidensielle.
5. Stortinget ber regjeringen opprette en ankeinstans for vedtak fra Beslutningsforum for nye metoder, som evaluerer avslagssakene.
6. Stortinget ber regjeringen følge anbefalingen fra Proba om å gjennomgå unntaksordningen slik at den er i tråd med intensjonen i Meld. St. 34 (2015– 2016) og sikrer unntak helt frem til legemidler er innført i helsetjenesten.
7. Stortinget ber regjeringen opprette en ordning for kvalitetssikring av metodevurderingene til Statens legemiddelverk for å sikre legitimitet til de beslutningene som fattes i Beslutningsforum for nye metoder»

Innledning

Innledningsvis vil jeg vise til Hurdalsplattformen hvor regjeringen har forpliktet seg til å få ned saksbehandlingstiden i Nye metoder, sikre tillit til systemet og gi brukere og fagfolk en sterkere stemme. Regjeringen er også opptatt av å løse utfordringene som innføring av metoder innen persontilpasset medisin byr på. Vi har vært tydelig på at vi vil fremme en ny prioriteringsmelding med tiltak som vil bidra til at innovative behandlingsmetoder kan tas i bruk i Norge, og til større åpenhet og etterprøvbarhet rundt prioriteringer i helsetjenesten.

Vårt arbeid fremover bygger på et godt utgangspunkt. De gjeldende prinsippene for prioritering har vært gjenstand for åpen debatt og faglige diskusjoner over flere tiår, og er demokratisk forankret gjennom behandling i Stortinget. Denne våren ble Meld. 38 (2020-2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* - som foreslo felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten - behandlet og fikk tilslutning i Stortinget. System for nye metoder ble evaluert av Proba i 2021, og evalueringsrapporten peker på at det er bred støtte for Nye metoder og de grunnleggende trekkene i systemet. Videre peker rapporten på forbedringsområder som vil bidra til at Nye metoder i større grad kan oppfylle de målene som er satt for systemet. Jeg mener evalueringsrapporten er et viktig grunnlag for innretningen av utviklingsarbeidet i Nye metoder fremover. Jeg har tidligere orientert Stortinget om regjeringens plan for oppfølgingen av evalueringen gjennom blant annet de konkrete oppdragene som er gitt til de regionale helseforetakene og underliggende etater i 2022 og på litt lenger sikt, den varslede stortingsmeldingen om prioritering.

Representantforslaget foreslår tiltak for å bidra til raskere tilgang til medisiner for norske pasienter. Jeg deler målet om å sikre rask tilgang til trygge og effektive metoder, og anser det som førende for vårt arbeid innen dette området. Jeg mener imidlertid at tiltakene som iverksettes må ta utgangspunkt i en vurdering av den helhet og det utfordringsbildet som Nye metoder opererer i. Min overordnede vurdering av forslagene er at de isolert sett i liten grad vil bidra til målet om raskere tilgang. Videre har regjeringen i oppfølgingen av evalueringen av Nye metoder, allerede gitt føringer som treffer problemstillingene representantforslaget adresserer.

Forslag 1. Stortinget ber regjeringen omorganisere Beslutningsforum for nye metoder etter samme modell som brukes i Danmark

I Danmark har Medicinrådet ansvaret for å gi anbefalinger om bruk av sykehuslegemidler. Medicinrådet er et samarbeidsorgan opprettet av Danske regioner og består av Rådet, Fagutvalgene og Sekretariatet. I Rådet sitter leger i ledende stillinger i sykehus, en økonom, to kliniske farmakologer, to pasientrepresentanter og en sykehusfarmasøyt. Fagutvalgene er knyttet til brede terapifelt og opprettes ved vurdering av legemidler. Representantene oppnevnes i to år med mulighet for forlengelse. Medlemmene i fagutvalgene pekes ut av Danske regioner og av fag- og pasientorganisasjonene. Sekretariatet støtter både Rådet og Fagutvalgene i sitt arbeid og består av både medisinsk og helseøkonomisk kompetanse.

Selv om det er styrker ved den danske modellen, mener jeg at det vil være uheldig å overføre modellen i sin helhet til norske forhold, slik som representantforslaget fremmer. Det er flere grunner til det.

Sammensetningen av beslutningsorganet har sammenheng med beslutningenes status. Medicinrådet treffer ikke beslutninger om innføring av nye behandlingsmetoder, men gir *anbefalinger* om å ta i bruk et legemiddel. Disse anbefalingene er ikke bindende for sykehusene, og det er i utgangspunktet opp til regionene og sykehusene å faktisk ta i bruk og finansiere metodene som anbefales. I Norge er avgjørelser i Beslutningsforum bindende for spesialisthelsetjenesten, i den forstand at besluttet innføring skal følges opp av helseforetakene. De regionale helseforetakene har et lovpålagt ansvar for å sørge for et felles system som beslutter hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven §4-4. I Norge har vi dermed lagt til grunn at ansvaret for å treffe beslutninger om hvilke spesialisthelsetjenester som skal tilbys, følger ansvaret for å vurdere ressursbruken innenfor et helhetlig finansieringsansvar. Dette ansvaret er en integrert del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Dette sikrer likeverdig tilgang til metoder i hele landet, uavhengig av for eksempel helseforetakenes økonomi, hvilket bidrar til å redusere variasjonen i tilgang til metoder. Det ville være vanskelig å gjøre beslutningene bindende og sikre at de følges opp i praksis, om man delte dette ansvaret slik man har gjort i Danmark. Det ville også være krevende for de regionale helseforetakene å holde budsjetttrammene gitt av Stortinget, om de ikke hadde kontroll over metodene som tas i bruk. I Danmark har fremdeles regionene og sykehusene beslutningsmakt over hva som skal tilbys og finansieres.

Videre vurderer det danske Medicinrådet kun legemidler, mens det norske systemet har vektlagt at alle metoder - dvs. både legemidler og medisinsk utstyr vurderes av Beslutningsforum etter de samme prioriteringskriteriene, noe som sikrer helhetlig prioritering på tvers av ulike metoder.

Modellen i Danmark er et samarbeidsorgan mellom regionene adskilt fra øvrige nasjonale etater. I tillegg til å gi anbefalinger om ibrukttagelse, utarbeider Medicinrådet også behandlingsveiledere og legemiddelanbefalinger. I Norge er beslutningsansvaret skilt fra utrederansvaret for sykehuslegemidler. Beslutningsansvaret er tillagt de regionale helseforetakene, mens utrederansvaret er tillagt Statens legemiddelverket og Folkehelseinstituttet. Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet utgjør virksomhetene som i Norge besitter kompetansen til å gjennomføre denne funksjonen. Etatene har ikke finansieringsansvar for metodene og utarbeider kunnskapsgrunnlaget for beslutningene på en armlengdes avstand fra beslutningsorganet. I tillegg har Helsedirektoratet ansvar for å legge til rette for implementeringen gjennom retningslinjer og veiledere. De ulike etatene er bærebjelkene i norsk helseforvaltning og utfører viktige funksjoner innen felt som grenser opp mot Nye metoder. En omstrukturering av Nye metoder i retning av den danske modellen ville være meget tids- og resurskrevende, da det ville innebære en omplassering av både kompetanse, funksjoner og ressurser fra eksisterende etater til et eget organ. Det ville videre

kunne bidra til samhandlingsproblemer i gjennomføring av viktige funksjoner innen andre områder.

Danmark innførte ny praksis med metodevurdering etter samme modell som i Norge i 2021, etter at deres system ble evaluert. Det er usikkert hvordan dette vil påvirke tidsbruken i deres modell.

Jeg er overbevist om at System for nye metoder kan og skal forbedres. Som jeg påpekte innledningsvis, er evalueringen et viktig utgangspunkt for utviklingen av Nye metoder. I evalueringen ble organiseringen av den norske modellen vurdert opp mot andre land, herunder Danmark. Evalueringen anbefalte på bakgrunn av dette ikke en omstrukturering av vårt system. Rapporten har imidlertid viktige betraktninger rundt sammensetningen av beslutningsorganet og samarbeidet mellom aktørene. De finner at samhandlingen mellom aktørene i Nye metoder fungerer godt. Det pekes imidlertid på at maktkonsentrasjonen i Beslutningsforum bør kompenseres med mulighet for økt medvirkning fra fagpersoner og pasient- og brukerorganisasjonene. I tråd med denne anbefalingen har jeg i oppdragsdokumentene for 2022 gitt føringer til de regionale helseforetakene om å, i samarbeid med de øvrige aktørene, legge rammer for en sterkere referansegruppe i Nye metoder. I tillegg har jeg gitt føringer om å tilrettelegge for at fagfolk, brukere og pasienter får en sterkere stemme i alle ledd i systemet. Jeg er kjent med at de regionale helseforetakene nå vurderer ulike modeller for økt klinikerinvolvering, og at de blant annet har innhentet informasjon fra Danmark.

Forslag 2. Stortinget ber regjeringen fjerne kravet om at alle nye legemidler skal metodevurderes

Regjeringen har i Hurdalspattformen forpliktet seg til å få ned tidsbruken i Nye metoder og bidra til raskere tilgang til nye behandlingsmetoder for norske pasienter. På bakgrunn av funnene og anbefalingene i evalueringen har regjeringen gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om å, i samarbeid med øvrige aktører i Nye metoder, arbeide med tiltak for å redusere tidsbruken. Flere tiltak vurderes i denne sammenheng. Omfanget og på hvilken måte de regionale helseforetakene benytter metodevurderinger, er ett av tiltakene.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det foreslått at alle nye legemidler skulle metodevurderes. Det ble samtidig presisert at forslaget innebar at nye legemidler *som hovedregel* skulle metodevurderes før de kunne tas i bruk, og at et viktig hensyn derfor var å sikre at tiden fra et legemiddel hadde fått markedsføringstillatelse til en metodevurdering forelå var kortest mulig. Formålet med bruk av metodevurderinger er å understøtte kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet, samt rasjonell ressursbruk ved å basere beslutningene om bruk av metoder på metodevurderinger utført etter internasjonalt anerkjent metodikk og prinsipper for prioritering. Dette bidrar til kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten og sikrer at metodene som innføres er vurdert i tråd med prinsippene for prioritering. Det er imidlertid ikke stilt krav om at metodevurderingene skal inneholde bestemte typer analyser, men at de skal være kunnskapsbaserte vurderinger basert på anerkjent vitenskapelig dokumentasjon og metodikk.

Nye metoder har innført differensierte løp som innebærer forenklede analyser for vurdering av metoder når dette er relevant ut ifra en faglig vurdering. Jeg er kjent med at systemet i 2022 arbeider videre for å i større grad benytte seg av forenklede modeller for vurdering av metodene der dette er hensiktsmessig.

Forslag 3. Stortinget ber regjeringen sikre at helsemyndighetenes betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår økes til å være på samme nivå som i sammenlignbare land i Europa

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det slått tydelig fast at et tiltak må vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne vært realisert med de samme ressursene. Norheim-utvalget og Magnussen-gruppens anslag på alternativkostnad ble lagt til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå. Det ble samtidig slått fast at alternativkostnaden måtte vektles med alvorligheten, og at dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.

Meldingen slo samtidig tydelig fast at det ikke var hensiktsmessig med eksplisitte maksimale kostnadsgrenser. Stortinget sluttet seg til dette i Innst. 57 S (2016–2017). Meldingen viste særlig til tre forhold som begrunnelse for dette. For det første medfører helseøkonomiske beregninger ingen beslutningsautomatikk. Vurderinger av blant annet kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon må vurderes helhetlig av den som har beslutningsmyndigheten. For det andre kan slike grenser bidra til at leverandørene øker prisene opp mot en slik grense. For det tredje vil det være krevende for Stortinget å fastsette prinsipper for prioritering, totale budsjettammer og en kostnadsgrense uten at disse størrelsene kommer i konflikt med hverandre. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* står det følgende om dette (s. 123):

«Dersom Stortinget vedtar prinsipper for prioritering som foreslått i denne meldingen, viderefører omtrent den samme veksten i helsebudsjettene som før, men for eksempel vedtar eksplisitte grenser som er betydelig høyere enn de kostnadene per gode leveår Beslutningsforum og Statens legemiddelverk har akseptert for nye metoder, vil konsekvensene bli omfattende omprioriteringer innenfor helsetjenesten. Disse omprioriteringene vil nesten uunngåelig være i strid med prinsippene for prioritering som Stortinget selv har vedtatt. Etter departementets vurdering bør derfor Stortinget vedta prinsipper for prioritering og totale ressursrammer for helsetjenesten. Innenfor disse rammene og prinsippene må de som har ansvaret for å treffe prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. Statens legemiddelverk og Beslutningsforum, treffe sine beslutninger basert på vurderinger av alternativkostnaden knyttet til å innføre nye tiltak. Det fordrer samtidig at Stortinget og regjeringen står ved sitt ansvar og gir beslutningstakerne i helsetjenesten ryggdekning for disse beslutningene.»

Stortinget har nylig behandlet Meld. St. 38 (2020-2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* om prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. I meldingen er disse vurderingene videreført.

Av landene som Norge ble sammenlignet med i Proba-rapporten, var det bare England som har eksplisitte terskler for å vurdere om en behandling er kostnadseffektiv. Siden betalingsvilligheten ikke er offentlig i mange land, er det i praksis vanskelig å si noe sikkert om betalingsvillighet på tvers av land.

Forslag 4. Stortinget ber regjeringen sikre fullt offentlig innsyn i begrunnelsene Beslutningsforum for nye metoder kommer frem til, samtidig som enhetsprisene på legemidler kan holdes konfidensielle

System for nye metoder har siden det ble etablert vært et viktig virkemiddel for å sikre kunnskapsbasert praksis, trygge tjenester og mer likeverdige og rettfærdige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Transparente beslutnings- og saksbehandlingsprosesser er et av formålene med systemet. Systemet har siden innføringen bidratt til større åpenhet om prioriteringsbeslutninger knyttet til innføring av nye metoder – både gjennom åpenhet om prinsippene som ligger til grunn for beslutningene og åpenhet om organiseringen av utrednings- og beslutningsprosesser. I tillegg til større åpenhet og transparens, har systemet innført saksbehandlingsregler som gir pasienter, organisasjoner, leverandører og andre mulighet til å komme med innspill og medvirke i prosessene fra forslag til beslutning.

Hovedregelen etter offentlighetsloven er at saksdokumenter er offentlig tilgjengelig. Offentlighetsloven med forskrifter inneholder reglene for når et dokument er offentlig tilgjengelig for allmenheten og når et dokument kan unntas offentlighet. Personopplysningsloven vil også kunne påvirke hvilken informasjon som kan gjøres offentlig tilgjengelig.

Informasjon om alle metoder som vurderes i systemet er tilgjengelig på nettsidene til Nye metoder. Her publiseres sakspapirene til hver sak, blant annet skriftlige innspill, metodevurderingene, saksnotater og andre relevante dokumenter fra forslag til beslutning. Jeg er orientert om at Nye metoder har igangsatt et arbeid for å forbedre denne plattformen med mål om å forbedre tilgang til informasjon, effektivisere arbeidsprosesser, øke samhandling og forenkle medvirkning.

Åpenhet og medvirkning er viktige forutsetninger for legitimitet og tillit til System for nye metoder. Jeg har gitt klare føringer til aktørene i Nye metoder om å fortsette arbeidet med å videreutvikle systemet i denne retningen.

Forslag 5. Stortinget ber regjeringen opprette en ankeinstans for vedtak fra Beslutningsforum for nye metoder, som evaluerer avslagssakene

Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 4-4 tredje ledd at de regionale helseforetakenes beslutninger i Nye metoder ikke er enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Dette innebærer at beslutninger fattet i System for nye metoder ikke kan påklages

av de parter som berøres av vedtaket, herunder pasienter og leverandører av produkter og tjenester til spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å skille mellom de regionale helseforetakenes kompetanse til å inngå privatrettslige avtaler og forholdet til leverandørene på den ene siden, og pasientens krav på nødvendig helsehjelp og de regionale helseforetakenes plikt til å yte helsehjelp på den andre siden. Pasienter som mener at rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ikke er oppfylt, har rett til å klage. Klageinstansen og domstolen skal ikke ta stilling til om en ny metode skal gjøres tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten, men om det helsetilbudet som pasienten faktisk mottar er faglig forsvarlig.

Under arbeidet med lovfesting av System for nye metoder, la departementet til grunn at de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring eller utfasing av metoder i spesialisthelsetjenestetilbudet er underlagt deres private autonomi (selvbestemmelsesrett). Selv om avgjørelsene som treffes av de regionale helseforetakene kan ha indirekte konsekvenser for leverandører som ønsker å selge sine tjenester til den offentlige spesialisthelsetjenesten, har det etter spesialisthelsetjenesteloven aldri vært noen klageadgang knyttet til disse beslutningene. Evalueringsrapporten fra Proba påpeker at det ikke foreligger en egentlig klageadgang i noen av landene som har vært vurdert i evalueringen.

Avgjørelsene i Beslutningsforum er hovedsakelig underlagt statens private autonomi og kan ikke i særlig grad karakteriseres som offentlig myndighetsutøvelse. Avgjørelser i Beslutningsforum kan ikke sies å være bestemmende for rettigheter og plikter til legemiddelfirmaene eller produsenter av medisinsk utstyr som tilbyr av metodene. Reelle hensyn taler ikke for at avgjørelsene regnes som enkeltvedtak.

Beslutninger tatt i System for nye metoder oppfyller således ikke vilkårene i forvaltningsloven § 2, og kan dermed ikke anses som enkeltvedtak. I forbindelse med lovfestingen av Nye metoder ble det på denne bakgrunn vedtatt at det uttrykkelig skulle fremgå av loven at beslutninger som fattes i systemet ikke er å anse som enkeltvedtak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-4 tredje ledd. Forholdet til forvaltningsloven er drøftet i lovens forarbeider, Prop. 55 L (2018-2019) punkt 8.5.4, jf. også omtale av Sivilombudsmannens tilslutning til denne fortolkningen under dette punktet. Forvaltningslovens regler om klage får dermed ikke anvendelse på beslutninger som fattes i System for nye metoder.

På denne bakgrunn er det ikke grunnlag for å opprette en ankeinstans for beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder til å evaluere avslagssakene. Tilbydere av metoder har imidlertid adgang til å be om en ny vurdering av metoden fra Beslutningsforum.

Forslag 6. Stortinget ber regjeringen følge anbefalingen fra Proba om å gjennomgå unntaksordningen slik at den er i tråd med intensjonen i Meld. St. 34 (2015–2016) og sikrer unntak helt frem til legemidler er innført i helsetjenesten

Unntaksordningene i Nye metoder gjelder kun for metoder som har markedsføringstillatelse og som er til vurdering i systemet. Unntaksordningene ble gjennomgått av de regionale helseforetakene i 2018, et arbeid som resulterte i en revisjon av kriteriene for ordningene. Proba påpeker i sin evalueringsrapport at det kan være behov for en mer grundig gjennomgang enn det som ble gjort i 2018, særlig i lys av at det samlede bildet av ordningene som gir tilgang til metoder er komplekst. Det skyldes andre unntak og forhold utenfor Nye metoder, som compassionate use, off-label bruk av metoder, godkjenningssfritak, m.m. Utviklingen innen feltet persontilpasset medisin og genterapi vil trolig forsterke gråsonene mellom utprøvende og etablert behandling. En gjennomgang av feltet kan derfor være hensiktsmessig. Regjeringen vil i forbindelse med arbeidet med den varslede stortingsmeldingen om prioritering drøfte problemstillingene knyttet til innføringen av metoder innenfor persontilpasset medisin.

Forslag 7. Stortinget ber regjeringen opprette en ordning for kvalitetssikring av metodevurderingene til Statens legemiddelverk for å sikre legitimitet til de beslutningene som fattes i Beslutningsforum for nye metoder

Regjeringen er opptatt av at det er tillit til og legitimitet i beslutningene som treffes i Nye metoder. Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet gjennomfører utrederfunksjonen for både farmakologiske og ikke-farmakologiske metoder på bestilling fra Nye metoder. Det er ikke etablert en funksjon som systematisk vurderer metodevurderingene utarbeidet av etatene. Regjeringen vurderer at å opprette en ordning for kvalitetssikring av alle metodevurderingene fra Statens legemiddelverk, ikke er formålstjenlig. Det er i realiteten allerede nå en mangel på fagkompetansen som trengs for metodevurderingsfunksjonen. Ordningen som foreslås vil åpenbart føre til lengre tidsbruk i saksbehandlingen og vil etter min vurdering ikke bidra til effektiv bruk av fagkompetansen innen metodevurderinger. Regjeringen vil i forbindelse med den varslede stortingsmeldingen om prioritering drøfte tiltak som sikrer åpenhet og etterprøvnbarhet i prioriteringsbeslutninger.

Ytterligere internasjonalt samarbeid om metodevurderinger er et viktig virkemiddel for å bidra til økt kunnskap og kompetanse, samt styrke kvaliteten i kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn for beslutningene. Foruten dette kan det avlaste kapasiteten hos nasjonale myndigheter og dermed bidra til raskere vurderingsprosesser. Det europeiske samarbeidet er viktig og vil på grunn av nytt EØS-regelverk innen området få større betydning også i framtiden. Norge deltar aktivt i arbeidet med metodevurderinger på europeisk plan.

Samlet vurdering

På bakgrunn av vurderingene over, mener jeg at forslagene 1 (dansk modell), 3 (betalingsvillighet), 5 (ankeinstans) og 7 (kvalitetssikring av metodevurderingene) ikke er begrunnet og ikke bør vedtas. Forslagene 2 (krav om metodevurdering), 4 (innsyn), og 6 (gjennomgang av unntaksordningene) peker på tiltak som det allerede arbeides med, eller som regjeringen vil vurdere i forbindelse med arbeidet med en ny stortingsmelding om

prioritering. Det er ikke tilrådelig å forhåndskonkludere i disse spørsmålene før vi ser resultatene av disse tiltakene og før regjeringen kommer med en stortingsmelding som ser dette feltet som en helhet.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol