

Møte torsdag den 9. april 2015 kl. 10

President: Ole M ic T h o m m e s s e n

Dagsorden (nr. 62):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Anne Tingelstad Wøien og Heidi Greni om en forpliktende opptrappingsplan for etablering av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens
(Innst. 221 S (2014–2015), jf. Dokument 8:53 S (2014–2015))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten og Karianne O. Tung om utvidet HPV-vaksinering
(Innst. 219 S (2014–2015), jf. Dokument 8:55 S (2014–2015))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om transplantasjonslov og obduksjonslov
(Innst. 223 L (2014–2015), jf. Prop. 38 L (2014–2015))
4. Referat

Stortingspresidentens tale i forbindelse med Stortingets markering av 75-årsdagen for 9. april 1940

Presidenten: Det er en spesiell dag i dag, kjære medrepresentanter. I dag for 75 år siden holdt Stortinget sitt siste møte på lang tid. Det skulle gå over fem år før Stortinget møttes igjen og før et møte igjen kunne settes i denne salen.

De fem krigsårene fra 1940 til 1945 er den eneste perioden i norsk historie siden 1814 da vårt folkestyre ble fortrent av en totalitær okkupasjonsmakt. Brått og overraskende falt denne demokratiets bygning i diktaturets hender. Etter en dramatisk flukt ut av hovedstaden gikk Stortinget fra hverandre, men før den tid hadde stortingsrepresentantene rukket å ta det ansvaret som til syvende og sist hviler på landets nasjonalforsamling i en krisesituasjon, nemlig i tråd med Grunnlovens demokratiske institusjoner gjennom Elverumsfullmakten å legitimere landets lovlige regjering gjennom krigsårene.

Vi skal huske at den historien som skrives i ettertid, ofte gir et rasjonelt overblikk over virkelighetens drama, som man sjelden kan kjenne seg igjen i. For dem som sto midt i hendelsene 9. april 1940, var situasjonen høyst uoversiktlig og kaotisk. Det vi vet i ettertid, var det ingen som visste da.

Det står derfor særlig stor respekt av det klarsyn og den evne til å holde de overordnede verdiene for øye som Stortinget under stortingspresident Carl Joachim Hambros ledelse viste i landets mest dramatiske stund. Hambro så de mulighetene og de pliktene som lå i konstitusjonen, og han var handlekraftig nok til at han fikk Stortinget med på de nødvendige beslutningene.

Norge var ikke – og kunne ikke være – rustet til å ta

opp kampen mot verdens sterkeste krigsmakt alene. Derimot var landets politiske ledelse bærer av en politisk kultur og en tradisjon som førte til at trusselen fra diktaturet ble møtt med konstitusjonelle våpen. Grunnloven, det demokratiske systemet og dets spilleregler var dypt rotfestet, og de ble førende for hvordan landets ledere kom til å oppføre seg. Det reddet ikke Norge fra krig og okkupasjon, men det la grunnlaget for Norges videre kamp sammen med våre allierte. Elverumsfullmakten, Stortingets overdragelse av makten til kongen og regjeringen så lenge krigen varte, står i ettertid som et av folkestyrets gylne øyeblikk. Denne beslutningen gjorde det mulig for konge og regjering å bli et samlingspunkt, et symbol og et håp.

Kjære medrepresentanter! Det ligger i det parlamentariske demokratiets natur at det ytterste ansvaret til syvende og sist hviler på Stortinget. I denne salen samles folkestyrets fremste representanter. Vi har folket i ryggen, men i selve handlingen er vi alene. Aldri har vel ansvaret hvilt tyngre på Norges folkevalgte enn i ukene etter den tyske invasjonen. Regjeringen hadde overtatt Stortingets myndighet, men var på flukt gjennom et land som i stadig større grad var hærtatt av en fiendtlig makt. Stortingsrepresentantene reiste hver til sitt, men mange skulle snart komme under et voldsomt press og bli nødt til å manøvrere i et ukjent og usikkert terreng.

Det resterende av Stortingets presidentskap – for stortingspresident Hambro fulgte som kjent regjeringen – gikk i forhandlinger med tyskerne om en ordning av okkupasjonsstyret. Samfunnet måtte fortsatt fungere, til tross for krigen. Presidentskapet ga til slutt etter for tysernes krav om å trekke Elverumsfullmakten tilbake, avsette regjeringen og anmode kongen om å abdisere. Senere fikk de støtte til dette fra et flertall av stortingsrepresentantene.

Denne ettergivenheten har ikke uten grunn vært hardt dømt i ettertid. Den var, med granskingskommisjonens ord, politisk sett uforsvarlig. Men når vi feller dommer over våre forgjengere, må vi også huske at situasjonen i 1940 fremsto som mer truende, desperat og håpløs enn hva vi i dag kan forestille oss. Heldigvis, kan vi vel i dag si, ble forhandlingene med tyskerne brutt. Noe stortingsmøte ble aldri avholdt. Elverumsfullmakten ble ikke trukket tilbake av våre folkevalgte. Tvert imot ble fullmakten stående som fundamentet for Nygaardsvold-regjeringens arbeid under krigen, en garanti for at den, selv i utlendighet under okkupasjonens tid, styrte med landets folkevalgte – og dermed folket – i ryggen.

I dag, 75 år senere, kan begivenhetene i 1940 være en kilde til refleksjon og gi oss viktig historisk lærdom. Erfaringene fra våre folkevalgtes møte med diktaturet minner oss om at orden raskt kan bli til kaos. Stortinget åpner senere i dag en utstilling der vi ser hvordan diktaturet bokstavelig talt invaderte denne bygningen. Reichskommisær Josef Terboven hadde sitt kontor i Eidsvollsgalleriet, og Joseph Goebbels har stått akkurat her jeg står nå. Dette er bilder på netthinnen som fortsatt krenker, og minner oss om viktigheten av å være på vakt og hegne om de grunnleggende verdiene Grunnloven og vårt demokrati bygger på.

9. april er også en påminnelse om det ansvaret hver og en av oss sitter med, i ytterste konsekvens. I 1940 bar Stor-

tinget det ansvaret, med forankring i en sterk politisk kultur. Det å søke til konstitusjonens demokratiske verdier og ideer var en refleks som sto over fristelsen til å velge den enklere utvei. Nettopp denne politiske kulturen er også i fremtiden vårt beste vern i møte med nye kriser.

Dermed, kjære medrepresentanter, skal vi gå over til vårt demokratiske virke, nemlig dagens møte.

Representanten Freddy de Ruiter, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra representanten Gunnar Gundersen om permisjon i tiden fra og med 13. april til og med 17. april for å delta i møte i EFTA-parlamentarikerkomiteene i USA og Brasil
- fra representanten Sveinung Rotevatn om studiepermisjon i dagene 14. og 15. april

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
For Hedmark fylke: Rangdi Krogstad 14.–15. april
For Sogn og Fjordane fylke: Gunhild Berge Stang 14.–15. april

Presidenten: Representanten Olaug V. Bollestad vil fremsette et representantforslag.

Olaug V. Bollestad (KrF) [10:09:23]: På vegne av stortingsrepresentantene Geir Jørgen Bekkevold, Kjell Ingolf Ropstad, Hans Fredrik Grøvan og meg selv vil jeg sette fram et representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk.

Presidenten: Representanten Jenny Klinge vil fremsette et representantforslag.

Jenny Klinge (Sp) [10:09:51]: Eg har den glede å setje fram eit representantforslag på vegner av stortingsrepresentantane Anne Tingelstad Wøien, Janne Sjelmo Nordås og meg sjølv om stadleg leing av tingrettane.

Presidenten: Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Fra Statsministerens kontor foreligger følgende brev til Stortinget, datert 8. april 2015:

«Midlertidig bestyrelse av Kunnskapsdepartementet

Det vises til brev 13. februar 2015 om bestyrelsen av Kunnskapsdepartementet i den tid statsråd Torbjørn Røe Isaksen avvikler foreldrepermisjon.

Isaksen vil avvikle permisjon i følgende perioder:

- 6. april til 23. april 2015
- 22. juni til 10. juli 2015
- 3. august til 7. august 2015
- 14. september til 2. oktober 2015
- 18. januar til 29. januar 2016
- 1. august til 12. august 2016.»

Presidenten foreslår at det refererte brevet vedlegges protokollen. – Det anses vedtatt.

Sak nr. 1 [10:10:56]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Anne Tingelstad Wøien og Heidi Greni om en forpliktende opptrappingsplan for etablering av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens (Innst. 221 S (2014–2015), jf. Dokument 8:53 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 – innenfor den fordelte taletid – blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Olaug V. Bollestad (KrF) [10:11:50] (ordfører for saken): Først har jeg lyst til å takke representantene som kom med forslaget om dagaktiviteter for demente personer som bor hjemme, og så vil jeg takke for et godt samarbeid i komiteen. Vi har vært enige om mye.

Dette med demens er en folkesykdom som rammer veldig mange og flere og flere. Cirka 70 000 personer er i dag rammet av dette, og regjeringen har allerede varslet at den har startet opp sitt arbeid med å videreføre Demensplan 2015, hvor pasienter med demens og deres pårørende er ønsket velkommen i åtte dialogmøter med departementet, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelse og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, nettopp for å høre hvor skoen trykker. Deres stemmer skal og bør vektlegges mye, sånn at vi kan skreddersy akkurat det tilbudet som passer, og at folk kan kjenne seg igjen i bruken – de som selv vet hvor skoen trykker.

Aktivitet og avlastning står høyt på ønskelisten hos veldig mange pårørende, og ikke minst hos pasienter. Når en får demens og på mange vis blir isolert, i alle fall i begynnelsen, fordi en ikke tør å vise det – en forstår litt av hva som begynner å skje, og så isolerer en seg – blir ønsket om å komme ut, ønsket om aktivitet, større. For å kunne møte hver enkelt på det området som er viktig for dem, blir også kompetanse hos dem som skal jobbe med dagaktiviteter og involvering av brukeren, viktig. Derfor er deres stemme viktig for komiteen å få med.

De som får demens, eller deres pårørende, tenker ofte: Hvordan er livet med demens? Hvordan kunne det ha vært uten demens? Hva slags muligheter har vi? Finnes det behandlingstiltak? Er det noe som kan påvirke livskvaliteten? Eller: Hvordan vil vår familie, vårt samhold og vår situasjon bli? Da tenker vi i komiteen at aktivitet – det å

gå inn og møte familien der den er, mens den som er rammet av sykdommen, ennå får lov til å bo hjemme – blir sentralt, både i videreutviklingen av sykdommen og ikke minst i møte med resten av familien. Tjenestetilbudet må være fleksibelt og må kunne tilrettelegges ut fra den enkeltes mulighet og behov, når vi vet at utviklingen er så forskjellig. Behov for innhold og aktivitet i dagene er viktig for alle personer, men ikke minst for den som har blitt rammet av en demenssykdom. Samarbeidet med det frivillige Norge er sentralt, sånn at også demenspasienter så langt som mulig får være en del av den aktiviteten de har vært en del av mens de var friske. Demens rammer ikke bare den syke, den rammer også familien.

Vi har rundt 3 000 personer under 65 år som lever med diagnosen i dag. Da vil dette med dagtilbud og meningsfull hverdag være med og gi en livskvalitet for den som er syk, men ikke minst også for dem som har både familie og barn hjemme.

Et flertall i – eller til slutt blir det hele – komiteen har foreslått at vi innen januar 2020 skal kunne kreve av kommunene at de faktisk har et dagaktivitetstilbud for de demenspasientene som bor hjemme. Jeg er glad for at vi faktisk så det som en praktisk mulighet å få det til. Kristelig Folkeparti vil støtte det forslaget. Men det er også viktig å si at det forplikter oss som er her – det forplikter oss i form av penger og i budsjett – å prioritere dette fram mot 2020, når en da sier til kommunene at dette skal være det bærende. Så Kristelig Folkeparti anbefaler det flertallsforslaget som ligger, og vil støtte det.

Karianne O. Tung (A) [10:17:02]: Rundt 70 000 personer er rammet av demens i Norge i dag. Demens er en folkesykdom som øker med alderen, og er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt.

Flere rapporter og evalueringer viser at det fortsatt er utfordringer og mangler i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. En av disse manglene er dagaktivitetstilbud. Et dagaktivitetstilbud for mennesker med demens kan gi mening i hverdagen og forebygge utviklingen av demenssykdommen. Dag- og aktivitetstilbud gir mestring, mening og gode opplevelser for den enkelte og bidrar til avlastning for pårørende. I tillegg kan det også bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. I 2007 la derfor Stoltenberg-regjeringen fram en plan for hvordan demensomsorgen kunne styrkes gjennom Demensplan 2015 «Den gode dagen». Som et av mange ledd i denne planen ble det fra 2012 etablert en øremerket ordning som skulle gå til kommuner for å etablere et dagaktivitetstilbud for demente.

Imidlertid viser flere rapporter og evalueringer at kommunenes utvikling og etablering av nye dagaktivitetsplasser for personer med demens har gått altfor sent sammenlignet med intensjonen i Demensplan 2015. Det er videre bekymringsfullt at midlene som er avsatt til formålet over tidligere statsbudsjett over år, ikke er blitt brukt opp.

Hjemmeboende personer med demens må sikres et dagaktivitetstilbud, og målet må være at alle kommuner skal ha et slikt tilbud. Arbeiderpartiet mener derfor regje-

ringen i den varslede Demensplan 2020 må fastsette en forpliktende opptrappingsplan for og et mål om at alle hjemmeboende personer med demens som har et slikt behov, skal ha et tilbud om dagaktivitetsplass innen 2020. Helse- og omsorgstjenesteloven må følgelig endres, og en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens må også fastsettes. For Arbeiderpartiet er det viktig å presisere at en slik lovfesting må følges av en økning av kommunerammen som tilsvarer det kommunene er ment å dekke, slik at tiltakene faktisk fullfinansieres.

Hverdagen blir fort litt annerledes når man har fått en demensdiagnose. Det er fremdeles viktig å utfordre seg selv. På den måten får ikke begrensningene for stor makt. Da blir også samvær med andre mennesker viktig. Fellesskap og aktivitet kan være en terapi i seg selv. Og mangt kan gjøres i fellesskap. Ordninger som Inn på tunet og Livsglede for Eldre er to gode eksempler. Hagearbeid, turgang, sykling, skigang, trening, ulike spill og interesser er andre eksempler det kan være viktig å opprettholde. Det er viktig å ha noen å gjøre aktiviteter sammen med, helst regelmessig. Da er det ekstra viktig å ta utgangspunkt i kjente interesser og kjente miljøer, nettopp fordi sykdommen gjør det vanskelig å venne seg til nye aktiviteter og omgivelser.

Arbeiderpartiet er glad for at regjeringen har varslet en ny demensplan, og for at vi nå er enige om å styrke dagaktivitetstilbudet for personer med demens – et viktig tiltak som ble igangsatt av Stoltenberg-regjeringen, og som vi nå i fellesskap kan videreføre og forsterke.

Jeg fremmer herved Arbeiderpartiets forslag i saken og vil gjøre presidenten oppmerksom på at vi primært stemmer for våre egne forslag og sekundært for forslaget fra flertallet.

Presidenten: Representanten Karianne O. Tung har tatt opp de forslag hun refererte til.

Tone Wilhelmsen Trøen (H) [10:21:04]: Presidenten har på en høytidelig måte startet dagen med å fortelle oss at det er en spesiell dag i dag – 9. april. Kanskje er det derfor også greit å si at 9. april 2015 er en gledelig dag, en gledelig dag for oss politikere i denne salen som får være med og gjøre en forskjell, men aller mest for dem som i årene framover skal få oppleve meningsfulle og verdifulle friminutt i en ellers krevende hverdag med mye utrygghet, savn og sykdom.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens er nemlig små og viktige friminutt. Vi vet at antallet personer med en eller annen form for demenssykdom kommer til å øke framover, og at det også er flere yngre under 65 år som rammes av denne sykdommen mens de fremdeles er fysisk sterke. Å bli rammet av en demenssykdom er en skjebne for det enkelte mennesket, men det påvirker også i veldig stor grad livet og hverdagene til familien og de pårørende.

Det er 75 000 mennesker i Norge som er rammet av demens, og den 12. januar møtte jeg en av dem – en mann som tilsynelatende var i sin beste alder, han hadde garantert ikke fylt 60 år. For meg ble det et utrolig sterkt møte. Vi møttes på et dagaktivitetssenter for yngre demenspasien-

ter. Han tok seg god tid, fortalte om hvordan sykdommen hadde sneket seg på, hvordan han en dag forsto at han ikke lenger kunne jobbe. Han fortalte hvordan hele familien plutselig ble rammet. Kona ble sykmeldt, og tilværelsen ble rett og slett snudd på hodet.

Så kom tilbudet om å tilbringe dagene på aktivitetssenteret. Der møtte han likemenn, de som var i samme situasjon. Selv om sykdommen gjorde sitt til at dagene var krevende, opplevde han at ting hang mer sammen. Han forsto litt mer og aksepterte litt mer. Familien kunne gå tilbake til en tilnærmet mer normal situasjon når han hadde dagene fylt på senteret. Kona var på vei tilbake i jobb, og livet var litt lettere for en periode.

Det er slike møter som gjør at jeg i dag vet at vi er med på å skape forskjell med det vedtaket vi fatter. Vi har for lenge ventet på at kommunene skal etablere slike tilbud. Vi vet at dette er et av de viktige bidragene for å styrke demensomsorgen. Demensplan 2015 hadde mye godt i seg, og mye er gjort bra i mange kommuner. Nå har regjeringen startet arbeidet med Demensplan 2020 for å videreføre det gode arbeidet. Denne gang er også pasientene selv, de med demenssykdommen som en del av livet, blitt involvert tettere i arbeidet med planen.

Det er riktig og viktig, for denne pasientgruppen fortjener vår fulle oppmerksomhet i årene framover. Vi vet at aktivitet kan bidra til å forsinke utvikling av sykdommen. Derfor er forslaget om å lovfeste dagaktivitetstilbud fra 2020 en overkommelig frist for kommunene og en helt rimelig frist. Regjeringspartiene er glad for at vi – sammen med Venstre og Kristelig Folkeparti – tar dette viktige steget, og samtidig er jeg glad for at det til slutt er en enstemmig komité som kommer til å stille seg bak dette. Det styrker saken.

Det er ofte lite formålstjenlig å kritisere sine politiske kollegaer på den rød-grønne siden, når vi tross alt fremmer et enstemmig forslag til slutt. Men det er likevel vanskelig ikke å kommentere at de rød-grønne partiene i merknader forsøker å fremstille vårt forslag om lovfesting fra 2020 som en slags femårig pause i utbyggingen. Jeg tror det er viktig å minne om at vår regjering etter regjeringsskiftet har gjort ordningen mer fleksibel og økt tilskuddet til dagaktivitetstilbud, noe som har lagt til rette for 1 070 nye plasser i 2015. Men i tillegg er vi altså ikke fornøyd med det og krever nå lovfesting, nettopp fordi erfaringene har vært at kommunene i for liten grad har benyttet seg av tilskuddsordningen, og fordi historien om mannen jeg traff i januar, ikke er unik. Disse menneskene finnes i alle kommuner og fortjener å bli møtt med samme respekt og med samme gode faglige tilbud.

Kari Kjonaas Kjos (FrP) [10:25:48] (komiteens leder): Jeg er stolt over å være en del av en regjering som er opptatt av å bedre alle sider av vårt helsevesen, inkludert demensomsorgen. Sammen med samarbeidspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, setter vi oss derfor mål om å legge til rette for økt dag- og aktivitetstilbud til personer med demens.

Regjeringen utvikler derfor en ny demensplan, Demensplan 2020, som legges fram i forbindelse med stats-

budsjettet for 2016. Det er svært gledelig at det ikke lenger er et spørsmål om, men når.

Arbeiderpartiet vil etablere en opptrappingsplan for dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens. Vi sier: Sett i gang – for 1. januar 2020 må det være på plass.

Hvordan kommunene velger å gjøre det, er opp til dem selv. Her er det store muligheter for å være innovativ. Her betyr frivilligheten mye. De kan bidra i større utstrekning enn det som gjøres i dag – gjennom aktivisering av personer med demens, f.eks. i idrettslag, sjakkklubber, sykklubber eller å gå spaserturer. Yngre demente kan også få muligheter til å utføre tilpassede arbeidsoppgaver i bedrifter og organisasjoner.

Tilskuddsordningen er god, og fleksibiliteten i tilskuddsordningen er svært stor. Tilskuddsordningen legger til rette for mange forskjellige muligheter og samarbeidsformer, og jeg synes det er svært vanskelig å forstå hvorfor så mange kommuner ikke har greid å få dette på plass.

Det er behov for økt oppmerksomhet rundt både utredning og diagnostisering av demens. Det er behov for tidlig innsats og ikke minst behov for styrking av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. I 2011 hadde kun 9,3 pst. av disse et dagaktivitetstilbud.

Rundt 70 000 personer i Norge er rammet av demens. Av disse er om lag 3 000 personer under 65 år. Vi vet samtidig at antall mennesker med demens vil kunne øke til nærmere 140 000 de neste 25–30 årene. Nylig avholdt Høyre og Fremskrittspartiet et seminar om temaet. Vi fikk høre sterke og rørende historier og ble minnet om hvorfor en utbygging av tilbudet er helt nødvendig.

Å være pårørende til en person med demens kan være krevende. Det er utrolig mange sterke pårørende i vårt land. For disse menneskene er det viktig at de får muligheten til å bli avlastet for den krevende oppgaven de har, ved at deres kjære får et slikt tilbud. Det vil gjøre at flere pårørende vil være i stand til å være viktige bidragsytere over tid. Tryggheten og vissheten om at deres nære og kjære blir godt ivaretatt, vil være kjærkomment for disse hverdags-heltene. Dette er viktig for pårørende som kanskje fortsatt ønsker å jobbe, det er viktig for den demente selv, og det er viktig for kommunene hvis de vil at deres innbyggere skal bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig.

En av utfordringene knyttet til mangelen på dagaktivitetstilbud har vært at tilskuddet til kommunene ikke har blitt benyttet i det omfanget vi ønsket. Nasjonalforeningen for folkehelsen påpekte at dette ikke er blitt gjort, fordi tilbudet ikke er lovfestet. Nå gjør vi det.

Samtidig har det vært viktig for Fremskrittspartiet ikke å signalisere bedre tilskuddsordninger. Slike signaler forsinke alltid prosesser. Jeg misliker at vi innfører tilskuddsordninger som stadig forbedres, selv om jeg ser at det har vært nødvendig på enkelte områder. Men om vi gjør dette hver eneste gang, medfører det at vi alltid premierer de kommunene som kommer sent på banen. Fremskrittspartiet er derfor glad for at vi nå klart og tydelig sier fra om at dersom regjeringen skulle finne på å fremme forslag om endringer i tilskuddsordningen, burde det denne gangen tilfalle kommuner som

var tidlig ute med å innføre slike tilbud til sine innbyggere.

Mange år med prat fram og tilbake ender til syvende og sist med to enstemmige vedtak i dag. 1: Alle kommuner må ha et tilbud å gi innen 2020. Og 2: Fylkesmannen må mer på banen for å informere om tilskuddsordningen og viktigheten av å bruke den.

Dette kaller jeg handlekraft.

Kjersti Toppe (Sp) [10:30:25]: I Demensplan 2015 sette Stortinget i 2007 eit mål om at alle kommunane i landet innan 2015 skulle tilby eit tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personar med demens, enten i eigen heim, i sjukeheim eller som eit dagsentertilbud. Men målet for dagaktivitetsplassar i denne planen er langt frå nådd, og det er i dag behov for dagaktivitetstilbud til om lag 23 000 personar, omgjort til om lag 9 200 dagaktivitetsplassar.

Eit godt tilrettelagt dagtilbud og avlastningstilbud for personar med demens er ikkje berre viktig for personen det gjeld, men det er også eit svært viktig tiltak for å betra situasjonen og tryggleiken for dei nære pårørande. Pårørande til menneske med demens står ofte i ein svært krevjande omsorgssituasjon over fleire år. Dei tar på seg tunge omsorgsoppgåver og har stort behov for regelmessig avlastning, opplæring og fagleg støtte.

I dag utgjer tilskottsatsen til kommunane i gjennomsnitt 30 pst. av utgiftene som kommunen har til å etablere ein dagaktivitetsplass. I fjor var det 160 kommunar som ikkje søkte om tilskot. Over fleire år har ikkje kommunane brukt opp heile tilskottsposten på statsbudsjettet, og resultatet frå den førre kartlegginga, i 2011, viser at talet på personar med demens som har eit dagaktivitetstilbud, berre auka med 2,4 pst. over fire år.

Senterpartiet meiner at Stortinget snarast må innføre ein lovfesta plikt for alle kommunar til å tilby dagaktivitetstilbud for heimebuande med demens. Ei lovfesting må følgjast av ei endring i tilskottsordninga og ein auke i kommuneramma, slik at tilbodet vert fullfinansiert. I forbindelse med lovfesting meiner vi òg at ein må vurdere behovet for øymerking i ein opptrappingsfase.

Det er ingen gode grunnar, meiner vi, til at tilskotet til desse plassane skal vera mindre enn tilskotet til utbygging av sjukeheimsplassar. Eg synest det er positivt med dei endringane som er gjorde ved at kommunane no står meir fritt til å bruka tilskottsmidlane etter behov, og at tilskotet vert gitt uavhengig av lokalisering og organisering, men vi ser òg at det er eit stort informasjons- og skoleringsbehov når det gjeld dagaktivitetstilbud og tilskottsordninga ute i kommunane. Nokre plassar står ein òg overfor nedlegging av dagaktivitetsplassar, og det viser at behovet for å spreia kunnskap om dagaktivitetstilbud og tilskottsordninga ut til kommunane er stort.

23 000 heimebuande personar med demens ventar i dag på eit dagaktivitetstilbud. Dette er køen som få snakkar om. Ein snakkar gjerne om køen av dei som ventar på sjukeheimsplass, men dei som ventar på dagaktivitetstilbud, er det få som snakkar om. Vi meiner at det hastar med å gi desse eit tilbod. Vi meiner at fem år er for lang tid. Vi foreslår at Stortinget vedtar ein forpliktande plan og eit

mål om at alle heimebuande personar med demens med behov skal ha eit dagaktivitetstilbud innan 2017. Det skal vera et løft i utbygginga. Dette fekk vi ikkje stortingsfleirtalet med på, men vi er veldig glade for at det vert eit fleirtal i denne salen i dag for å gi kommunen ei plikt til å tilby dagaktivitetsplassar i 2020. Vi foreslår i vårt opphavlege forslag 2015, altså fem år tidlegare. Vi foreslår òg at tilskotet til utbygging av dagaktivitetsplassar vert auka til minimum 50 pst., slik det er i dag, for etablering av sjukeheimsplassar. Så er vi glade for at vårt forslag i innstillinga om å be fylkesmennene gi ein meir systematisk og aktiv informasjon ut til kommunane om tilskottsordninga får fleirtal frå alle parti.

På denne bakgrunn vil eg fremja forslaga vi har saman med SV i saka. Eg vil òg varsle at vi kjem til å støtta forslaget frå regjeringspartia og samarbeidspartia om ei lovfesta plikt i 2020. Så vil eg varsle at Senterpartiet kjem til å støtta Arbeidarpartiet sine forslag sekundært.

Presidenten: Representanten Kjersti Toppe har fremmet de forslagene hun refererte til.

Ketil Kjenseth (V) [10:35:39]: Som flere har nevnt, etablerte den rød-grønne regjeringa Demensplan 2015 i 2007, med det mål at alle kommuner innen i år skulle ha et dagaktivitetstilbud for demente. Resultatet er at 160 kommuner – eller flere, faktisk – ikke har etablert et slikt tilbud, så det er et stykke igjen til målsettingen. Hvis vi også legger til at mange kommuner mangler en demenskoordinator, som er en viktig faktor for å etablere dagaktivitetstilbud, er stoda enda dårligere. Dette må vi se i sammenheng.

Det er prisverdig at Senterpartiet fremmer dette forslaget, og jeg vil rose representanten Toppe og hennes kolleger for det. Samtidig synes jeg kanskje Senterpartiet har litt lite respekt for den tida det har tatt å komme dit vi har gjort. En har altså brukt åtte år på ikke å få 160 kommuner til å etablere et tilbud, og da er det litt kort tid å bruke to år på å få dem på banen. Men det må selvfølgelig være målet for oss alle, og vi har også et ansvar for å motivere våre egne partifeller i lokaldemokratiet til å stå på for denne pasientgruppa. De har et like stort ansvar som Fylkesmannen når det gjelder å etablere et tilbud.

Tidligere i vinter var vi på besøk i Bærum kommune, som er en av de kommunene som har kommet langt med å legge til rette tilbud for demente, og særlig for de unge demente, som er en svært viktig målgruppe for dagaktivitetstilbud. Det var artig å se at de der tilbyr bowling for demente. En skulle tro at det var litt vanskelig å koordinere den bowlingkula, men det var en joystick, og det var ikke en bowlingbane, det var en flatskjerm på veggen. Det sier noe om hvilke muligheter vi har til tilrettelegging, og at det er viktig at vi lærer av hverandre. Det var altså det mest populære tilbudet for de unge demente på dagaktivitetssenteret i Bærum.

En annen del av dette tilbudet som må følges at med opprettelsen av dagaktivitetstilbud, er informasjon til de pårørende. Demensdiagnosen kommer ofte brått på – kanskje ikke så brått for dem det gjelder – men for de pårøren-

de er dette ukjent farvann, og de trenger kunnskap om hva demens er, og hvilke forandringer det gjør med personer. Dette sier vi ingenting om i forslag til vedtak i dag, men det er en oppfordring til kommunene om, samtidig som de oppretter demenskoordinatorer, også å få på plass informasjonsvirksomhet, noe Nasjonalforeningen for folkehelsen er en pådriver for.

Framover skal vi også etablere nye kommuner. Min kommune, Gjøvik kommune, har heldigvis etablert dagaktivitetstilbud, men den er et eksempel på en tvangssammenslått kommune fra 1965, som er stor i omfang og som har store omsorgsdistrikter. Derfor har ikke alle i Gjøvik kommune hatt et dagaktivitetstilbud. Det med transport og organisering er derfor også i det daglige og praktiske en viktig del av tilbudet i kommunene, noe de nye kommunene bør tenke på, og som de kommunene som skal søke om tilskudd til å etablere tilbudet, også bør tenke på.

En annen ressurs for å gi flere et verdig og bedre liv er frivillige. Mange har med seg et yrkesliv innenfor helse eller pedagogikk som gjør at de er godt egnet til å drive frivillig arbeid rettet mot demente. I Bærum fikk vi høre at den tidligere arbeidsmiljøloven og aldersgrensen på 70 år var et problem, og at de ønsket seg høyere aldersgrense for å kunne ansette noen frivillige, særlig for å kunne skolere dem og gi dem mer kunnskap særlig om demens.

Inn på tunet har også vært nevnt, og det er jo ikke noen plikt vi gir kommunene om å opprette et tilbud i kommunal regi. Det finnes mange aktører i de fleste kommuner som kan bidra, og derfor er også sånne aktivitetstilbud – særlig for de unge demente – viktig å minne om som en ressurs i det arbeidet.

Audun Lysbakken (SV) [10:40:56]: La meg først få si at det er prisverdig og viktig at Senterpartiet har fremmet dette forslaget, som jeg også vet at det er et bredt engasjement rundt i en rekke organisasjoner og blant mange enkeltmennesker som har opplevd at et tilbud de sterkt ønsker, ikke er der i dag. Det er også en viktig påminnelse til oss i komiteen og i Stortinget om at en helt avgjørende del av debatten, både om eldreomsorgen og om omsorg for personer med demens, er hvordan vi kan styrke tilbudet til dem som bor hjemme. Det er en tendens til at diskusjonen om sykehjem tar all oppmerksomhet. Utviklingen av hjemmetjenestene i kommunene og et godt dagaktivitetstilbud fortjener en mye mer sentral plass i diskusjonen om framtidens omsorg.

Det er helt riktig at tempoet i utbyggingen av dette tilbudet har vært for lavt. Det må de kommunene som ikke har gjort sin del av jobben, ta et ansvar for, og det må forrige regjering ta et ansvar for. Det må det nåværende flertallet ta et ansvar for. Men når noen til nå i debatten har påpekt at de rød-grønne partiene kritiserer en politikk som også vi har hatt et ansvar for, er det enkle svaret på det at det er lov å lære. Det er til og med ganske viktig å erkjenne det når de politiske grep man har tatt, ikke har fungert godt nok. Men da er det også avgjørende at det nye flertallet tar det innover seg. Forskjellen på de forslagene som behandles i dag, er jo nå ikke retningen, men tempoet i innfasingen av de nødvendige tiltakene, som er både økte

ressurser og sterkere krav for at kommunene skal få dagaktivitetstilbudet på plass og et spørsmål om hvor raskt den nødvendige lovfestingen skal komme.

Det vi har fått klarlagt i løpet av behandlingen av denne saken, er hvor omfattende mangelen på dagaktivitetstilbud er rundt om i landet. Ifølge brevet fra departementet er det altså 23 000 hjemmeboende med demens som ikke får det tilbudet de har behov for, og det er et svært høyt tall. Dette handler om livskvaliteten for mennesker med demens, det handler om forebyggende helsepolitikk, muligheten til å hindre sykdommen i å utvikle seg raskt, og det handler ikke minst om nødvendig avlastning for pårørende. Derfor er det av så stor betydning at vi får dette tilbudet raskere på plass enn det det nå legges opp til.

Når det er sagt, er jeg glad for at flertallet også er med på viktige tiltak. Jeg er glad for at vi nå får en tidsfrist for når lovfesting skal være på plass. SV vil senere i dag sekundært stemme for det forslaget til vedtak som er fremmet av regjeringspartiene, samtidig som vi vil stå fast ved at det hadde vært mulig å gjøre dette raskere, for lovfesting innen 2020 betyr altså at det vil gå fem år til, uten at vi har de nødvendige garantiene for at tilbudet bygges ut i det tempoet vi trenger for å nå de målene som vi deler.

SV står bak tre forslag sammen med Senterpartiet. Det handler om å fastsette plikt til å få tilbud på plass allerede i år, sørge for tilbud til alle innen 2017 og nødvendige endringer i tilskuddsordningen. Vi kommer til å stemme for de tre forslagene, og så kommer vi sekundært til å stemme for forslaget til vedtak fra regjeringspartiene og samarbeidspartiene.

Statsråd Bent Høie [10:45:20]: Denne regjeringen er opptatt av å bedre demensomsorgen. Vi har som mål å legge til rette for økte dagaktivitetstilbud og å styrke satsingen på tilbudet til personer med demens. Vi er derfor i gang med å lage en ny plan for å skape et mer demensvennlig samfunn og et bedre tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende, Demensplan 2020.

Vi skal bygge pasientens helse- og omsorgstjeneste og flytte makt til pasienten. Derfor har brukere og pårørende en sentral rolle når regjeringen utarbeider en ny demensplan. Vi har arrangert dialogmøter rundt omkring i landet, der personer med demens og deres pårørende har gitt innspill til den nye planen. Vi har fått mange gode forslag til hvordan vi skal bidra til mer åpenhet, økt kunnskap og bedre tilrettelagte tjenester for personer med demens. Dagaktivitetstilbud ble framholdt som et av de viktigste tiltakene for å leve et godt liv med demens, samtidig som vi fikk tilbakemeldinger om at det er behov for flere tilbud, økt fleksibilitet og mer differensiert innhold, som også tar hensyn til enkeltpersoners interesser og funksjonsnivå.

For å møte den store demensutfordringen må vi utvikle et godt, helhetlig tilbud, der dagtilbud er en naturlig del av et samlet tjenestetilbud. En av hovedsakene i dagens demensplan er utbygging av tilrettelagte dagaktivitetstilbud. I 2012 ble det etablert en øremerket tilskuddsordning for å stimulere til etablering av dagtilbud. De årlige tilskudds-

rammene er dessverre ikke benyttet fullt ut. I perioden 2012–2015 er det hittil søkt om og gitt tilskudd til omkring 2 300 plasser.

Omkring 17 pst. av hjemmeboende personer med demens har et dagaktivitetstilbud. Det viser foreløpige tall fra den nasjonale kartleggingen av tjenestetilbudet til personer med demens i 2014. I 2010 var det 9 pst. som hadde et sånt tilbud. Utviklingen er selvfølgelig gledelig, men andelen – og farten – er fortsatt for lav. Regjeringen følger utviklingen i tilskuddsordningen nøye og vurderer behov for endringer fortløpende. Vi ser behov for å forsterke virkemidlene for å intensivere utbyggingen av dagaktivitetsplasser i kommunene ytterligere.

Regjeringen vil som oppfølging av komitéinnstillingen komme tilbake til Stortinget på egnet vis med et forslag til endring i helse- og omsorgstjenesteloven. I forslaget vil vi fastsette en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Vi vet at det er stort behov for å spre kunnskap om dagaktivitetstilbud og tilskuddsordningen til kommunene. Helsedirektoratet driver utstrakt informasjonsarbeid for å spre kunnskap om tilskuddsordningen. Det skal de fortsette med. I april 2014 sendte Helsedirektoratet brev til alle landets kommuner om tiltak i Demensplan 2015, inkludert informasjon om dagtilbud. Det er videre arrangert en rekke konferanser og heldagskurs om dagaktivitetstilbud for personer med demens. Fylkesmennene fikk i embetsoppdraget for 2014 og 2015 i oppdrag å følge opp kommunene som ikke har søkt tilskudd, eller som ikke har dagaktivitetstilbud.

Jeg vil som oppfølging av komiteens tilråding sørge for at oppdraget til fylkesmennene presiseres og intensiveres, sånn at kommunene blir informert om tilskuddsordningen og om det mangfoldet av muligheter som finnes for å innrette ulike tilbud om dagaktivitet.

Regjeringen vil bidra til mer åpenhet, økt kunnskap og bedre tilrettelagte tjenester for personer med demens gjennom Demensplan 2020. Basert på innspill fra dialogmøtene med personer med demens og deres pårørende, erfaringer fra dagens demensplan og ny, oppdatert kunnskap, utvikler vi nå utkast til en ny plan, som skal ferdigstilles og framlegges høsten 2015. Jeg er helt overbevist om at det at Stortinget i dag vedtar at vi skal innføre en lovfestet plikt om plasser fra 1. januar 2020, og at jeg kommer til å følge dette opp og fremme det lovforslaget for Stortinget, kommer til å innebære at kommunene får fart på seg når det gjelder å søke på den tilskuddsordningen som allerede foreligger. Her er det ikke mangel på penger for kommunene å søke om, her er det mangel på søknader fra kommunene.

Vi har økt muligheten for kommunene til å søke. Nå gir vi en klar tidsplan der kommunene får en plikt, og jeg er overbevist om at det også kommer til å øke tilgangen på søknader, og dermed bidra til at vi får en oppbygging av tilbudet. Men å sette dette kravet for 2017 ville vært helt urealistisk.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Karianne O. Tung (A) [10:50:40]: Det er gledelig at helseministeren og andre politiske partier nå ønsker å løfte demensomsorgen i fellesskap. Det er også svært gledelig at vi nå er enige om at kommunenes plikt til å tilby et dagaktivitetstilbud skal lovfestes fra 2020.

Arbeiderpartiet har sagt at vi ønsker en forpliktende opptrappingsplan i forkant av lovfestingen, som kan sette alle kommuner i stand til faktisk å tilby dette dagaktivitetstilbudet.

Hvordan vil helseministeren konkret sørge for at alle kommuner er i stand til å gi et sånt tilbud fra 2020 når han ikke ønsker å gi kommunene en forpliktende opptrappingsplan?

Statsråd Bent Høie [10:51:20]: En forpliktende opptrappingsplan inneholder som regel tre elementer. Det ene er en beskrivelse av det som er gode tilbud – mangfoldet i det. Det andre som en opptrappingsplan vanligvis inneholder, er juridiske virkemidler for å sørge for at kommunene gjør det som er jobben, og det tredje som en opptrappingsplan ofte inneholder, er økonomiske virkemidler. Alt dette har vi nå satt i gang, og med det vedtaket som Stortinget gjør i dag, om å sette en dato der vi kommer med en lovfestet plikt, er alle virkemidlene i en opptrappingsplan på plass, samtidig som vi nå lager Demensplan 2020, der vi nå for første gang involverer mennesker med demens og deres pårørende i arbeidet.

Så jeg oppfatter at alt det som en oppnår med en opptrappingsplan, i realiteten er igangsatt, og da skal vi ikke bruke tid på å lage andre dokumenter, men vi skal bruke tiden på å gjennomføre det som vi nå er blitt enige om.

Kjersti Toppe (Sp) [10:52:34]: Stortinget vil i dag vedta at det skal koma ei lovfesta plikt for kommunane til å tilby dagaktivitetstilbud innan 1. januar 2020. For dei som står i kø i dag og ventar på tilbod, er fem år lang tid, iallfall for pasientar med denne typen sjukdom.

Statsråden sa i sitt innlegg at det ikkje er mangel på midlar, men det er mangel på søknadar. Likevel er ein utydeleg når det gjeld behovet for å endra på tilskotsordninga. Så spørsmålet mitt går på det, ut frå det som ein no veit, at ein ikkje har søknadar: Synest ikkje statsråden at det er på tide å endra på tilskotsordninga, iallfall gjera ho betre og etter same mal som tilskotet til sjukeheimsinvesteringar?

Statsråd Bent Høie [10:53:34]: Jeg oppfatter det slik at tilskuddsordningen er god. Vi har også gjort noen justeringer, som gjør den noe mer fleksibel. Vi er for så vidt også åpne for mulige justeringer av dette, som jeg også sa i mitt innlegg. Men jeg oppfatter det nok slik at hovedårsaken er at kommunene ikke har opplevd at det har vært fastsatt et tidspunkt for når de har plikt til å gjøre denne oppgaven. Og som representanten vet, prioriterer kommunene ofte de oppgavene som de har plikt til å gjøre, og så skyver de på de oppgavene de ikke har plikt til å gjøre.

Det ville vært urealistisk å sette fristen til 2017, rett og slett fordi kommunene vil trenge tid til å etablere dette tilbudet. Høyre var i forrige periode enig med Senterpartiet, Arbeiderpartiet og SV om at en skulle vente med å sette en

tidsfrist til en så at kommunene hadde etablert tilbudet, ut fra den begrunnelse at det hjelper ikke å innføre en plikt for kommunene hvis tilbudet faktisk ikke eksisterer, og at kommunene trenger tid til å etablere det. Nå forsterker vi dette – gjennom det vedtaket som Stortinget gjør i dag.

Kjersti Toppe (Sp) [10:54:38]: Eg vil tilbake igjen til dette at vi i dag har ein kø på 23 000 personar som bur heime og som har demens, som har behov for eit dagtilbod, og som ikkje får det. Fem år er lang tid. Når ein ikkje er villig til å sjå på – eller iallfall signalisera – ei endring i tilskotsordninga, men vedtar ei plikt om fem år, er faren stor for at mange av dei som ventar i dag, ikkje vil få eit tilbod før det iallfall er gått fem år.

Spørsmålet mitt er: Dei 23 000 som i dag står i kø og ventar på eit tilbod, kva tid kan statsråden seia at desse vil kunna få eit dagaktivitetstilbod, ut frå det som Stortinget no vedtar?

Statsråd Bent Høie [10:55:28]: Som representanten vet, vil det ikke være slik at kommunene venter til 2020 med å etablere tilbudet. Det at Stortinget i dag sier at denne plikten vil inntre fra 1. januar 2020, vil trolig føre til at det blir fortgang i kommunenes arbeid med å etablere et tilbud og å søke om pengene som er bevilget over statsbudsjettet, men som dessverre ikke er blitt brukt opp, fordi presset mot kommunene ikke har vært sterkt nok.

Jeg er helt overbevist om at en nå vil se en helt annen fart i utbyggingen av tilbudet. Det betyr at de som i dag ikke får et tilbud, raskere vil få et tilbud. Og en vil ikke måtte vente i fem år før en ser en slik utvikling. Den utviklingen tror jeg vil starte fra det tidspunktet – og det er nå – kommunene blir klar over at Stortinget kommer til å innføre denne plikten fra 1. januar 2020. Jeg tror vi vil få se en betydelig raskere forbedring enn det en så under forrige regjering.

Presidenten: Replikskiftet er omme.

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

Kristin Ørmen Johnsen (H) [10:56:53]: Jeg vil også få lov til å takke for en verdig åpning av Stortinget i dag i forbindelse med markeringen av 9. april.

Temaet i dag er en verdig eldreomsorg og det å gi et godt tilbud til demente. Innen 2050 vil antallet demente mer enn fordobles som følge av aldersutviklingen, og flere av disse vil bo hjemme. Det utfordrer oss. Dette er mennesker som har behov for mening og livskvalitet i hverdagen. Pårørende får ofte en stor arbeidsbelastning ved at ektefelle eller foreldre får en demensdiagnose. Et dagaktivitetstilbud vil gi avlastning og visshet og trygghet for pårørende om at deres kjære har en hverdag ut av ensomhet og en hverdag med mening.

Stortinget har tidligere vært opptatt av dette og vedtatt en målsetting om at det skal etableres dagtilbud for demente som er hjemmeboende, og det ble i 2012 opprettet en tilskuddsordning for kommuner som ville etablere et slikt tilbud. Det har vært fastslått fra talerstolen her i dag

flere ganger at dette tilbudet ikke er blitt brukt nok. Det er kun opprettet 2 000 plasser, og det var til fordeling til over 2 900. Så mange som 160 kommuner har hittil ikke søkt på ordningen, og det er 23 000 som ikke har et tilbud i dag.

Den rød-grønne regjeringen lyktes ikke med å stimulere kommunene til å bygge ut det ønskede antall dagaktivitetsplasser for personer med demens. Nye grep var og er helt nødvendig. Det er derfor utrolig godt nytt i dag at man lovfester et dagtilbud for demente innen 2020. Kommunene må nå få fart på seg og etablere gode tilbud.

I Drammen kommune er det i samarbeid med Sanitetsforeningen opprettet et dagaktivitetstilbud for demente i Villa Fredrikke. Ordføreren i Drammen og jeg var på besøk rett før påske, og jeg lovte en av brukerne av tilbudet å fortelle Stortinget i debatten i dag at kvaliteten på tilbudet er viktig. Hun var veldig opptatt av at gruppene ikke måtte være for store, og at aktiviteten må tilpasses. Det holder ikke bare å opprette et tilbud – tilbudet må ha mening og innhold.

Det forskes også rundt aktiviteter for demente i dag, og Heidi Wang fra Høgskolen i Nord-Trøndelag har fått midler fra Forskningsrådet og Kavlifondet nettopp for å dokumentere hvordan dagaktivitetstilbud for demente kan gi utsatt sykdom, redusert medisiner og forebygge angst og depresjon.

Så det vi vedtar i dag, gir bedre helse. Demensplan 2020 ønskes velkommen.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1.

Sak nr. 2 [10:59:57]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiter og Karianne O. Tung om utvidet HPV-vaksinering (Innst. 219 S (2014–2015), jf. Dokument 8:55 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 blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer 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.

– Dette anses vedtatt.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [11:00:57] (ordfører for saken): Humant papillomavirus, eller HPV, er et virus som øker risikoen for flere kreftformer, deriblant risikoen for livmorhalskreft hos kvinner, men også andre former for kreft hos begge kjønn. Tall fra Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at over 300 kvinner får livmorhalskreft i Norge hvert år, at det er den tredje største kreftformen som rammer kvinner globalt, og at det er den vanligste kreftformen for kvinner under 35 år. Forslagsstillerne tar derfor opp en

svært viktig sak, og flertallet er enig i at noe bør gjøres for å få ned forekomsten av livmorhalskreft.

Vi benytter i dag to metoder for å redusere forekomsten av livmorhalskreft. Den ene er tilbud om vaksinering av alle jenter i 7. klasse, og den andre er screening av kvinner mellom 25 og 69 år.

Regjeringen mener at alt forebyggende arbeid mot kreft er viktig. Dagens tilbud om HPV-vaksine til alle jenter i 7. klasse og et landsdekkende tilbud om screening hvert tredje år til alle kvinner i alderen 25 til 69 år, er derfor begge viktige tiltak for å forebygge livmorhalskreft. Masseundersøkelsen med screening som tilbys mot livmorhalskreft, er vel kanskje den mest effektive måten å oppdage og forhindre død som følge av HPV og livmorhalskreft. Dessverre viser det seg at mange kvinner ikke benytter seg av tilbudet, noe som også er årsaken til at antallet krefttilfeller, spesielt blant de yngre, er økende. Her har vi mest sannsynlig et viktig opplysningsarbeid å gjøre.

Regjeringen har allerede igangsatt en større satsing på kreftområdet, en satsing som vil sørge for raskere diagnose og redusert ventetid for alle kreftpasienter. Kreftløftet til regjeringen bygger på konkrete endringer i organisering av norsk kreftbehandling og har tre hovedelementer: I 2014 sørget vi for tverrfaglige diagnosesentre for alvorlig kreftsykdom i alle helseregionene. Dette følges nå opp i 2015 med standardiserte pakkeforløp i kreftbehandling og bedre samarbeid med fastlegene. Regjeringens kreftløft skal bidra til at pasientene får rask og god informasjon om behandling, de skal slippe medisinsk ubegrunnet venting, og de skal unngå å bli kasteballer i helsetjenesten. Regjeringen jobber også med å styrke det forebyggende helsearbeidet gjennom en ny folkehelsemelding, en egen ungdomshelsestrategi og en primærhelsetjenestemelding. Deler av dette arbeidet er allerede godt i gang gjennom økt satsing på rus og psykisk helse samt økt satsing på helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene.

Flertallet er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementets faglige råd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, i oktober 2014 anbefaler innhentingsvaksinasjon av kvinner opp til 26 år, og at dette i tilfelle er beregnet å ha en kostnad på ca. 52–65 mill. kr. Forslaget vil dermed ha en budsjettmessig konsekvens. En eventuell innlemming av guttene vil også innebære endringer av barnevaksinasjonsprogrammet. Ifølge brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, via helseministeren, vil dette kreve en omfattende faglig vurdering, og Folkehelseinstituttet vil først tidligst høsten 2015 kunne komme tilbake til departementet med en anbefaling om HPV-vaksine til gutter bør anbefales i barnevaksinasjonsprogrammet. Flertallet mener derfor at det vil være naturlig at en avventer denne anbefalingen før en tar stilling til en eventuell innføring av kjønnsnøytral vaksinering.

Regjeringen har som sagt allerede igangsatt en større satsing på kreftområdet, en satsing som vil sørge for raskere diagnose og redusere ventetiden for alle kreftpasienter. Dette arbeidet vil bli fulgt opp og styrket i regjeringens videre arbeid innenfor kreftomsorgen. Som en del av dette viktige arbeidet vil også det å få flere kvinner til å

benytte seg av screeningtilbudet, være viktig, og det bør vi bli flinkere til å informere om.

Flertallet, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, foreslår at forslagene vedlegges protokollen.

Karianne O. Tung (A) [11:06:15]: Livmorhalskreft er den tredje største kreftformen som rammer kvinner globalt og den vanligste kreftformen blant kvinner under 35 år. Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt får over 300 kvinner livmorhalskreft i Norge hvert år. I 2013 døde 75 kvinner av denne sykdommen, og rundt 3 000 kvinner blir årlig operert for alvorlige forstadier til livmorhalskreft.

Arbeiderpartiet er glad for at Stoltenberg-regjeringen som en del av det norske barnevaksinasjonsprogrammet fra 2009 inkluderte et tilbud om HPV-vaksine til hvert årskull av 12 år gamle jenter. Vaksinen er godkjent for kvinner opp til 45 år og for gutter, men da ved at den enkelte selv må betale for vaksinen. Dette utgjør en total kostnad på 3 500–4 000 kr og medfører i praksis at vaksinen ikke er tilgjengelig for alle.

Det er dessverre observert en økning på rundt 30 pst. i antallet tilfeller av livmorhalskreft blant kvinner under 40 år de siste årene i Norge. Vi har to kjente metoder å redusere livmorhalskreft på. Det er gjennom vaksinering og det er gjennom screening. På sikt kan vaksinen sammen med screening så godt som utrydde denne kreftformen, og for å nå disse målene mener Arbeiderpartiet at vi må gjøre mer for å øke deltakelsen ved begge disse forebyggende tiltakene. Vi imøteser også resultatene fra pilotprosjektet med HPV-test i primærscreening i fire fylker.

Arbeiderpartiet foreslår at alle jenter og kvinner opp til 26 år skal få tilbud om gratis HPV-vaksine, inkludert dem som tidligere har takket nei til tilbudet gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Videre mener vi også at det må vurderes en innføring av kjønnsnøytral vaksinering. Dette foreslår vi av flere grunner.

Punkt nr. 1: Nyere forskning viser at dette er et riktig tiltak. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kom med en metodevurdering på oppdrag fra Nasjonalt folkehelseinstitutt våren 2014, som viser at HPV-vaksine til jenter i aldersgruppen 16–26 år er både beskyttende og sunnmessig lønnsomt. Konklusjonen i rapporten gir enda større trygghet for at innhentingsvaksinasjon vil være et godt sykdomsforebyggende tiltak. Videre viser også en undersøkelse som ble publisert i British Medical Journal i mars 2014, at vaksinen gir god beskyttelse mot utvikling av alvorlige forstadier til livmorhalskreft.

Punkt nr. 2: Den sosiale dimensjonen er også viktig for oss og utgjør en viktig grunn til å tilby HPV-vaksinen til alle kvinner opp til 26 år, sånn at alle sammen får den samme muligheten til å vaksineres, uavhengig av økonomisk evne. Arbeiderpartiet mener vi må ta i bruk alle tilgjengelige virkemidler for å redusere antallet tilfeller av livmorhalskreft og forstadier til livmorhalskreft. Forskning viser at HPV-vaksine for jenter er beskyttende og sunnmessig lønnsomt. Flere land har også innført HPV-vaksine for gutter, noe vi mener også Norge bør vurderes å gjøre når anbefalingene fra Norsk folkehelseinstitutt

foreligger. Gratis vaksine til flere årskull og en vurdering av kjønnsnøytral vaksinasjon vil være en riktig videreutvikling av eksisterende tiltak for å få ned forekomsten av livmorhalskreft samt bidra til å forebygge andre HPV-relaterte kreftformer, for både kvinner og menn.

Jeg vil herved fremme Arbeiderpartiets forslag i saken.

Presidenten: Representanten Karianne O. Tung har fremmet de forslagene hun refererte til.

Kari Kjønås Kjos (FrP) [11:10:18] (komiteens leder): Livmorhalskreft er den vanligste kreftformen blant kvinner under 35 år. Samtidig opereres rundt 3 000 kvinner for alvorlige forstadier til livmorhalskreft årlig. Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt får 300 kvinner diagnosen livmorhalskreft i Norge hvert år. HPV-viruset øker risikoen for denne og andre kreftformer.

Høsten 2009 ble HPV-vaksinen innlemmet i det norske barnevaksinasjonsprogrammet som et tilbud til alle jenter i 7. klasse, etter anbefaling fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Den gangen ble det anbefalt av både Folkehelseinstituttet og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten å tilby vaksinen til jenter opp til 16 år, men den rød-grønne regjeringen fant ikke rom for dette i sine budsjetter. Full effekt hadde vi oppnådd den gangen. Nå er det nesten blitt litt sent, i og med at vaksinen bør tas før man debuterer seksuelt. Det er også grunn til å minne om at en vaksine ikke er noen garanti, og at regelmessige undersøkelser fortsatt vil være nødvendig.

Å innføre et innhentingsprogram har budsjettmessige sider. Det betyr at vi i dag ikke kan vedta et løst forslag. Men jeg viser til brev fra Norsk gynekologisk forening, som ber om at dette vurderes i forbindelse med budsjettet for 2016. Jeg lover at Fremskrittspartiet vil følge oppfordringen og tar innspillet med inn i budsjettbehandlingen.

Det er samtidig grunn til å undre seg litt over at så få har valgt å kjøpe en slik vaksine selv. Jeg håper at det er et tegn på at vaksinen ikke er godt nok kjent, framfor alternativet, som kan være vaksinetretthet. Debatten har den siste tiden rast rundt akkurat dette. Enkelte har tatt til orde for å påby barnevaksinasjonsprogrammet. For Fremskrittspartiet er det viktigst at foreldre er klar over viktigheten av vaksiner, og at informasjon om konsekvenser ved å la være, blir kjent.

Det er selvfølgelig alltid en risiko ved å implementere enda flere vaksiner, men jeg synes likevel at diskusjonen rundt vaksinasjon også av gutter er nødvendig å ta. HPV-vaksinen kan nemlig også beskytte gutter og menn mot HPV-relaterte kreftformer. Det foreligger imidlertid per i dag ingen anbefaling fra Folkehelseinstituttet om å innlemme HPV-vaksine til gutter i barnevaksinasjonsprogrammet, men det er signalisert å foreligge en anbefaling om hvorvidt man bør inkludere guttene eller ikke, til høsten. Det vil derfor være naturlig at vi tar stilling til en eventuell innføring av kjønnsnøytral vaksinering først når vi har fått denne anbefalingen.

Fremskrittspartiet er glad for at regjeringen har igangsatt et kreftløft, som allerede viser seg å gi resultater. Raske diagnoser og kortere ventetider, rask og god informa-

sjon gjennom bl.a. innføring av pakkeforløp har vært en suksess. Ingen kreftpasienter skal oppleve å være kasteballer i vårt helsevesen.

All forebygging som kan forhindre kreft, er viktig for oss. Derfor er det godt å vite at alle norske kvinner mellom 25 år og 69 år innkalles til undersøkelser for livmorhalskreft regelmessig.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:13:55]: Som flere har sagt, er livmorhalskreft den tredje største kreftformen som rammer kvinner globalt, og den vanligste kreftformen som rammer kvinner under 35 år i vårt eget land. Det opereres 3 000 kvinner med alvorlige forstadier til livmorhalskreft hvert år for å unngå at det utvikler seg til kreft. Likevel klarer vi ikke å ta alle disse tidsnok, og hvert år utvikler 300 av dem alvorlig kreft.

Vaksinen som vi her snakker om, HPV-vaksinen, har vært med på å forebygge celleforandring, og Kristelig Folkeparti er glad for at den er lagt inn i det norske barnevaksinasjonsprogrammet fra høsten 2009 som et tilbud til alle jenter i 12-årsalderen. Jeg er også glad for å lese rapporter som viser at flere og flere jenter som er 12 år, benytter seg av den.

Når det gjelder vaksine for gutter, så tenker Kristelig Folkeparti at nå er det levert to rapporter, og det skal komme en innstilling fra Folkehelseinstituttet som skal gi en anbefaling, og Kristelig Folkeparti ønsker å vente med å ta stilling til den anbefalingen kommer.

Jeg legger merke til at representanten Kari Kjønås Kjos fra Fremskrittspartiet sier at hun ønsker å prioritere dette i budsjettforhandlinger. Kristelig Folkeparti kan gjerne være med og diskutere dette i budsjettforhandlinger.

Kristelig Folkeparti støtter ikke forslagene fra Arbeiderpartiet i dag, men vi ser at mange av disse tiltakene er viktige kreftforebyggende tiltak.

Kjersti Toppe (Sp) [11:16:02]: Dette representantforslaget fra Arbeiderpartiet er veldig viktig. Senterpartiet kjem til å støtta begge forslaga som er fremja i saka, både om å gi jenter og kvinner opp til 26 år eit tilbod om gratis HPV-vaksine, og at ein vurderer innføring av kjønnsnøytral vaksinering.

I Nasjonal kreftstrategi er eitt av fem delmål at Noreg skal verta eit føregangslend innan kreftforebygging. Nasjonale målsetjingar skal vera å nå målet til Verdas helseorganisasjon om 25 pst. reduksjon av for tidleg død av ikkje-smittsame sjukdomar. Kreftforebygging vil vera heilt sentralt for å nå desse måla, og vi veit generelt at ein av tre krefttilfelle kan forebyggjast. Det er eit delmål i den nasjonale kreftstrategien å vidareføra arbeidet med ei størst mogleg deltaking i programmet for HPV-vaksine blant unge jenter.

I dag er det 270 000 jenter opp til 26 år som ikkje har fått tilbod om gratis HPV-vaksine, dvs. årskulla frå dei som fylte 18 år i 2014. For kvart år innhentingsprogrammet vert utsett, er det 30 000 nye kvinner som mistar moglegheita til å få effektiv, gratis vaksine. Forsking viser at HPV-vaksine for jenter er beskyttande og samfunnsmessig lønsamt. Nasjonalt folkehelseinstitutt har i oktober 2014 anbefalt å

gjennomføra innhentingvaksinasjon for kvinner opp til 26 år.

Senterpartiet meiner at det er god førebygging å utvida programmet for HPV-vaksine og gjennomføra innhentingprogrammet. Det vil vera ein eingongskostnad for staten, men det vil vera eit veldig nødvendig førebyggjande tiltak å prioritera.

Fleire land har òg innført HPV-vaksine for gutar. Senterpartiet meiner at Noreg òg bør vurderer dette spesielt når Folkehelseinstituttet kjem med si vurdering til hausten.

Regjeringspartia skriv i innstillinga at regjeringa i folkehelsemeldinga vil prioritera det førebyggjande helsearbeidet, og det er positivt – folkehelsemeldinga er levert. Men det er ikkje truverdig å seia at ein skal prioritera det førebyggjande helsearbeidet viss ein ikkje prioriterer pengar til dette. Det er vel og bra å styrkja helsestasjonen, som det står i merknader frå komiteen, og det er vel og bra å ha forslag om standard tobakkspakningar, men det hjelper ikkje viss ein ikkje vil prioritera eit tiltak, ein vaksine, som kan hindra kreft hos jenter – berre fordi ein ikkje ser at ein har pengar til det.

Vi veit at innhentingprogrammet er samfunnsøkonomisk lønsamt. Eg er veldig opptatt av at vi prioriterer dette. Det skal ikkje vera slik at det er eiga eller foreldra si inntekt som avgjer om jenter skal verta beskytta mot ein alvorleg kreftsjukdom. Vi kan lesa at tiltaket vil kosta mellom 52 mill. kr og 65 mill. kr per år i to år. Ja, det er eit budsjettspørsmål, og eg er glad for dei signala som er gitt av Kristeleg Folkeparti og Framstegspartiet i salen, at det kan vera eit håp, sjølv om ein ikkje går inn for det i dag.

Men spørsmålet er kvifor ikkje jenter tar denne vaksinen. Eg trur ikkje det er vaksineskepsis, kanskje er det lite informasjon, men først og fremst er det fordi vaksinen er veldig dyr, og at det er mange familiar som ikkje ser seg råd til å betala denne vaksinen av eiga lomme. Det er òg feil når det vert sagt at det ikkje er nødvendig å ta denne vaksinen etter seksuell debutalder. Folkehelseinstituttet seier at han har ein verdi heilt fram til 26 år – så det er viktig at dette ikkje vert sagt frå denne talarstolen.

52 mill. kr til 65 mill. kr – den storleiksordenen per år i to år: Eg vil berre nemna at ein brukte 100 mill. kr for å utvida taxfree-ordninga, og ein sparer 100 mill. kr på å kutta frukt og grønt. Dette handlar om å prioritera førebyggjande helsetiltak, og eg vil applaudera Kristeleg Folkeparti inn i budsjettforhandlingane, for dette er veldig viktig.

Ketil Kjenseth (V) [11:21:21]: Aller først vil jeg nevne at det har vært en vaksinedebatt i det siste, og det har vært tendenser til å blande kortene litt i den debatten.

HPV-vaksine eksisterer allerede, så dette er ikke en debatt om vi skal ha vaksinen eller ikke, men det er en debatt om vi skal ha en innhentingvaksine, i første omgang for jenter og kvinner mellom 13 og 26 år, og eventuelt også innføre den for gutter.

For Venstres del er det ingen tvil om at vi er for HPV-vaksine slik den eksisterer i dag, og som tilbys jenter i 7. klasse.

På linje med Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet og andre her, også Høyre, er vi åpne for at det kan være en

riktig prioritering å tilby en innhentingvaksine. Så vet vi at prisen for det i hvert fall er 50 mill. kr. Og skal vi ta med guttene også, blir det ytterligere kostnader.

Dette er en budsjettsak, og det er veldig sjelden vi bevilger penger gjennom et representantforslag. Når vi samtidig får en folkehelsemelding og skal føre en prioriteringsdebatt, synes Venstre det er naturlig å se disse debattene i sammenheng – 50 mill. kr er også en prioritering.

Det er ingen tvil om at vaksine i 7. klasse er riktig. Så er den neste debatten om de 50 mill. kr på innhentingvaksine er et riktig prioriteringstiltak. Flere har vært innom opplysningsarbeid og informasjonsvirksomhet. Det er nevnt de to tiltakene som en i dag har med vaksine i 7. klasse og screening for kvinner over 25 år, men få har nevnt det tredje konkrete tiltaket, som er opplysnings- og informasjonsarbeid. Representanten Røbekk Nørve gjorde det innledningsvis i debatten angående helsestasjoner for ungdom og en egen ungdomshelsestrategi. En kan tenke seg at de midlene som skal til for å drive informasjons- og opplysningsarbeid, om bruk av prevensjon f.eks., er betydelig mindre enn 50 mill. kr. Det blir også en prioriteringsdebatt, som jeg mener hører hjemme i diskusjonen om folkehelsemeldingen.

I Oslo har vi Sex og samfunn, som særlig retter seg mot de unge. Dessverre finnes det tilbudet i mindre grad utover i landet. En kunne tenke seg at de kunne få en større rolle i å drive informasjons- og opplysningsarbeid.

Det er også sånn at noen er mer utsatt for å få viruset enn andre. Det hører også med i denne debatten.

Så for Venstres del, selv om vi ikke støtter forslaget fra Arbeiderpartiet i denne runden, er vi åpne for å føre debatten videre og se på om dette er en riktig prioritering. Vi har også fått med oss at nyere kunnskap viser at dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Men fortsatt er det sånn at det vil være en prioriteringsdebatt om også annen innsats når det gjelder forebyggende folkehelsearbeid.

Audun Lysbakken (SV) [11:25:10]: Antallet norske kvinner som får livmorhalskreft, og ikke minst utviklingen i antall unge kvinner som får det, er veldig urovekkende, og derfor er det viktig at vi også politisk samler oss om et mål om å bekjempe denne sykdommen.

Vi har tatt utgangspunkt i den metodevurderingen som allerede er omtalt i debatten, som tyder på at det vil være en veldig tydelig helsemessig gevinst, og også være lønnsomt i et samfunnsmessig perspektiv, om vi utvider vaksinasjonstilbudet, sånn at HPV-vaksine ikke bare inngår i barnevaksinasjonsprogrammet, men også er noe som tilbys jenter i alderen 16 til 26 år, og også dem som av ulike grunner har sagt nei til å delta i barnevaksinasjonsprogrammet på dette punktet.

Vi ser fram til den vurderingen som kommer, og som vi regner med regjeringen vil gå grundig inn i med tanke på de eventuelle positive effektene av å gjøre det som en rekke andre land har gjort, nemlig å innføre en kjønnsnøytral vaksinering. Så på den bakgrunn kommer SV til å stemme for de forslagene vi også har sluttet oss til i innstillingen, som er de samme som Arbeiderpartiet har fremmet.

Statsråd Bent Høie [11:26:48]: HPV-vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2009, på bakgrunn av en anbefaling fra Folkehelseinstituttet i brev av 12. april 2007. Jeg siterer fra dette brevet:

«Det anbefales at HPV-vaksinen innføres i vaksinasjonsprogrammet og tilbys alle jenter i 11 – 12 års alder. Det anbefales også at det gjennomføres innhentingsvaksinasjon opp til 16 års alder.»

Den gangen ble det besluttet å innføre HPV-vaksine som et tilbud til jenter i 7. klasse, 12 år. Høsten 2015 er det det sjuende kullet med jenter i 7. klasse som får tilbud om HPV-vaksine. Det første kullet som fikk tilbudet som 12-åringer, fyller 18/19 år i løpet av skoleåret 2014/2015. Oppslutningen om vaksinen har vært økende etter en turbulent start. Nå vaksineres opp mot 75–80 pst. av jentene som har fått tilbud om vaksinen.

Den daværende regjeringen Stoltenberg II fant ikke midler til et opphentingprogram for jenter opptil 16 år, til tross for anbefalingen fra Folkehelseinstituttet. Dette var en uheldig beslutning, ettersom ferske beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at dersom et program med en innhentingsvaksine inntil 16 år var blitt innført samtidig med at vaksinen ble innført for 12 år gamle jenter i 2009, ville det spart langt flere liv enn en kan oppnå ved en innhentingsvaksine opptil 26 år hvis dette introduseres fra 2016.

Forslagsstillerne er godt kjent med dokumentasjonen for at et utvidet tilbud om vaksinasjon for kvinner opptil 26 år er vurdert som kostnadseffektivt av Kunnskapssenteret. Forslagsstillerne er også kjent med at forslaget har budsjettmessige konsekvenser og må vurderes og behandles som en del av den ordinære budsjettprosessen.

Kunnskapssenteret har nylig levert to rapporter om HPV-vaksinasjon av gutter. Det er Folkehelseinstituttet som gir departementet faglige råd i vaksinespørsmål, og som også vurderer disse rapportene. Rapportene og Folkehelseinstituttets vurdering vil samlet være et godt grunnlag for å ta stilling til om vaksinen bør tilbys gutter gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Jeg vil ta stilling til om Prioriteringsrådet også bør forelegges saken når vi har mottatt anbefalingen fra Folkehelseinstituttet.

Spørsmålet om en eventuell innføring av kjønnsnøytral vaksinerings vil også måtte vurderes i forbindelse med den ordinære budsjettprosessen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Karianne O. Tung (A) [11:30:05]: Jeg vil takke statsråden for et godt innlegg i sakens anledning. Det er viktig at vi tar i bruk alle tilgjengelige midler for å redusere antall tilfeller av livmorhalskreft og dødsfall som følge av dette.

I brevet fra ministeren til helse- og omsorgskomiteen av mars i år står det også, som ministeren sier, at ny kunnskap viser at HPV-vaksinen er effektiv også for jenter mellom 16 og 26 år, og at dette vil være et svært kostnadseffektivt tiltak. Undertegnede lurer da på om helseministeren er enig i at en utvidet HPV-vaksine i seg selv er effektiv og samfunnsmessig lønnsom, og om han også vil ta i bruk alle tilgjengelige virkemidler for å redusere antall tilfeller av

livmorhalskreft og selv også fremme et forslag om å utvide HPV-vaksinen.

Statsråd Bent Høie [11:30:55]: Vi har det vel dokumentert at et innhentingprogram for kvinner opptil 26 år vil være et kostnadseffektivt tiltak. Det vil ikke være like bra som om den forrige regjeringen hadde utvidet dette til 16 år den gangen man innførte det for 12-åringer. Da ville en hatt en betydelig bedre effekt av tiltaket. Men det er fortsatt et effektivt tiltak, og for denne regjeringen, som for forrige regjering, vil dette derfor være et spørsmål som en er nødt til å diskutere i forbindelse med budsjettet – om en prioriterer det eller ikke. Forrige regjering prioriterte det ikke. Denne regjeringen vil vurdere om vi skal prioritere det, men det er altså et prioriteringsspørsmål.

Vi forutsetter at alle de tiltakene som er igangsatt på Helse- og omsorgsdepartementets budsjettområde, er kostnadseffektive tiltak. Det ligger i bunnen når vi prioriterer å iverksette tiltak i budsjettet.

Kenneth Svendsen hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Replikkordskiftet er over.

Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2.

Sak nr. 3 [11:31:57]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om transplantasjonslov og obduksjonslov (Innst. 223 L (2014–2015), jf. Prop. 38 L (2014–2015))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden begrenses 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.

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

– Det anses vedtatt.

Sveinung Stensland (H) [11:32:39] (ordfører for saken): Først av alt vil jeg takke komiteen for godt samarbeid. Samtlige partier er enige i målet om bedre tilgang på organer fra donor, og at obduksjonsandelen i Norge skal øke. Komitébehandlingen har båret preg av dette, og innstillingen er på mange punkter enstemmig.

Regjeringen har her fremmet to lovforslag: et forslag som regulerer uttak av organ, celler og vev for å behandle skade eller sykdom hos et annet menneske, transplantasjonsloven, og et forslag som gjelder obduksjon og avgivelse av lik til bruk i undervisning og forskning, obduksjonsloven.

Når det gjelder donasjon fra levende donor, mener

Høyre at hovedregelen fortsatt skal være 18 års aldersgrense for å kunne gi selvstendig samtykke, og bare i særskilte tilfeller skal det være tillatt med donorer ned til 12 år.

I tilfeller med donasjon fra avdød donor mener vi at den nedre aldersgrensen for rett til samtykke i levende live til donasjon etter at en er død, skal korrespondere med den helserettslige myndighetsalderen på 16 år. Når livreddende behandling er formålsløst, og det er svært sannsynlig at pasienten vil dø innen kort tid, vil vi la legen som er ansvarlig for behandlingen av pasienten, ta avgjørelse om at det skal gis behandling med sikte på donasjon. Slik behandling skal ikke gis dersom en av de nærmeste pårørende nekter. Den behandelende lege skal i samråd med de nærmeste pårørende ta avgjørelse om hvor lenge det skal gis behandling med sikte på donasjon.

Vi krever at de regionale helseforetakene skal sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet til å vurdere og gjennomføre donasjoner. Skal vi lykkes med flere donorer, er det viktig at helsepersonell får god opplæring og veiledning i hvordan en skal kunne bringe temaet om donasjon på bane overfor pårørende i sorg.

Det foreslås videre at dagens skille mellom obduksjon ved dødsfall i og utenfor sykehus og andre institusjoner blir opphevet. Den nye loven skal gjelde alle obduksjoner som er initiert av en lege, uavhengig av hvor dødsfallet finner sted.

Høyre legger til grunn at det er den avdøde som har eiendomsrett til sin egen kropp, og at donasjon i utgangspunktet må bygge på samtykke fra den avdøde selv. Høyre er opptatt av at de pårørende ikke kan nekte donasjon dersom den avdøde har gitt samtykke. Vi vil imidlertid presisere at dersom den avdøde ikke har gitt et samtykke, kan donasjon gjennomføres hvis det ikke foreligger forhold som tilsier at den døde ville ha motsatt seg det. Likeledes støtter Høyre at dagens praksis med at pårørende tas med på råd når avdødes vilje ikke er kjent, må danne grunnlag for lovfesting på området. Uttrykkelige viljesytringer fra en person som har samtykkekompetanse, skal respekteres. Det betyr at det nå lovfestes at pårørende ikke kan nekte donasjon dersom den avdøde har gitt uttrykk for ønske om å være donor før han eller hun gikk bort. De pårørende kan heller ikke gi samtykke til donasjon på vegne av en avdød som har gitt uttrykk for at han eller hun ikke ønsker det. Det stilles ingen formkrav til samtykke i loven.

Holdningsskapende arbeid og kampanjer for å øke folks bevissthet rundt organdonasjon er viktig både for å innfri lovens formål og for det praktiske arbeidet med transplantasjoner. Derfor er det gledelig at vi nå har funnet friske midler til å styrke dette arbeidet økonomisk.

Mange har tatt til orde for et donorregister. Vi mener at et register der innbyggerne blir tvunget til å ta stilling til spørsmålet, vil kunne skade oppslutningen om organdonasjon. Det er vesentlig at en så personlig sak preges av frivillighet. I andre land har en ikke kunnet vise at slike registre har økt andelen donorer. Vi mener at alle skal vurderes som potensielle donorer, noe lovforslaget også stadfester. Vi støtter heller ikke at det bør vurderes om det er mulig å samtykke til å bli donor, eventuelt motsette seg dette, gjennom registrering i Nasjonal Kjernejournal. Vi mener det er

en fare for at pårørende vil nekte donasjon hvis de ikke ser at den avdøde har krysset av for donasjon i en slik journal. I tillegg er det ganske tilfeldig hvordan dette vil skje med avkrysning i journalen. Vi stiller oss bak de vurderingene som er gjort bl.a. i regi av Helsedirektoratet, at dette ikke er en vei å gå.

Ny transplantasjonslov innebærer i stor grad en videreføring av dagens praksis, men tydeliggjør formålet om å sikre best mulig tilgang på organer, samtidig som det ivaretar hensynet til donor og de pårørende på en god og hensiktsmessig måte. Det er derfor gledelig at partiene på Stortinget til nå har vært så samstemte i behandlingen av denne saken.

Tove Karoline Knutsen (A) [11:37:44]: Den lovproposisjonen vi i dag behandler, om transplantasjon og organdonasjon, har som utgangspunkt et arbeid som ble satt i gang av Stoltenberg II-regjeringa. Et lovutvalg ledet av divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet fikk som mandat å beskrive og vurdere de virksomhetene som var regulert av transplantasjonsloven, og eventuelt foreslå et nytt eller endret regelverk. Utvalget skulle vurdere spørsmål knyttet til donasjon både fra levende og fra avdød donor, obduksjon og eventuell undervisning om og forskning på døde og spesielt se på ulike sider ved informasjon, medvirkning og samtykke fra pasienter og/eller pårørende.

Det er viktig at partiene på Stortinget fra tid til annen kan enes om viktige saker, og Arbeiderpartiet støtter i store trekk de forslag som regjeringa legger fram i denne proposisjonen. Det gjelder også det punktet hvor både Aarseth-utvalget og flere høringsinstanser har vært noe delt, nemlig i spørsmålet om hvorvidt pårørende til avdøde skal kunne motsette seg donasjon dersom avdødes syn ikke er kjent. Praksis så langt har vært at pårørende har hatt denne retten, og vi er enig med regjeringa i at denne praksis må danne grunnlaget for lovfesting på området. Men så er det også sånn – som saksordføreren sa – at når avdødes syn på donasjon er kjent, skal ikke dette kunne overprøves av pårørende. Det er ikke vanskelig å forstå argumentet som mange med et annet syn bringer fram, at behovet for tilstrekkelig med donorer er overordnet viktig, og derfor må ha forrang, og at sørgende pårørende må skjermes mot å bli avkrevd et syn på donasjon av organer fra en nærstående avdød.

Men det er heldigvis sånn at et stadig mer positivt syn i samfunnet på donasjon taler for at gjeldende praksis, der pårørende altså har hatt rett til å motsette seg donasjon, bør legges til grunn for lovfesting på området. Den generelle holdninga hos folk gjør at stadig flere faktisk kan finne trøst i at nære og kjære avdødes organer kan bidra til at syke mennesker kan få mulighet til å leve videre gjennom donasjon. Arbeiderpartiet tror vi må ha en politikk på dette området som understøtter en sånn positiv holdning i befolkninga.

Vi er også enig i at dersom avdødes vilje er kjent, enten den er positiv eller negativ til donasjon, skal ikke pårørendes syn kunne overprøve dette – noe som proposisjonen også legger opp til.

Arbeiderpartiet støtter at spørsmålet om donasjon alltid må bringes på bane der dette er aktuelt. Vi forutsetter dermed at helsepersonell får god opplæring og veiledning i hvordan man skal kunne bringe temaet om donasjon på bane overfor pårørende som sørger. Det må bygge på en medfølelse og respektfull kommunikasjon, der man også framhever at donasjon vil innebære en ny mulighet til et friskere liv for et annet menneske. Vi har notert oss at det kan hevdes at noen pårørende kan vegre seg for å komme inn på spørsmålet om donasjon. Vi legger til grunn at lovteksten ivaretar de tilfellene der pårørende ikke ønsker å si noe om donasjon, slik at beslutninga da kan tas av helsepersonell.

Helsetjenesten må ha som mål å få bedre tilgang på donorer, slik at mennesker med ulike organsvikt kan få en ny mulighet til et lengre og muligens bedre liv. Vi mener at det bør vurderes og utredes om det er mulig å samtykke til å bli donor, eventuelt motsette seg dette, gjennom en registrering i Nasjonal Kjernejournal, som er tenkt løpende oppdatert med flere relevante opplysninger. Dette vil være en plattform som den enkelte innbygger sjøl etter hvert vil ha permanent tilgang til gjennom portalen helsenorge.no. Det betyr igjen at den enkelte på en enkel måte kan legge inn, eller ta ut, ønsket informasjon i kjernejournalen. En eventuell informasjon om ønsket donorskap kan komme i tillegg til – og ikke istedenfor – et donorkort.

Arbeiderpartiet mener regjeringa må følge utviklinga nøye, slik at man kan vurdere om den lovgivninga vi her behandler, og påfølgende praksis, understøtter målet om flere donorer. Det er av avgjørende betydning at vi styrker og bygger opp om den opplevelsen som mange har hatt, at det midt i sorgen er bra at tapte liv kan gi et annet menneske en ny sjanse.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:43:04]: Først av alt takk til statsråden og regjeringa som har fremmet denne proposisjonen. Jeg vet at statsråden selv har hatt et brennende engasjement i saken og har hatt det i flere år, også da han satt i helsekomiteen. Det bærer også denne proposisjonen preg av. Dette er helt åpenbart en sak et samstemt storting er engasjert i, og hvor man ønsker å bidra. Det viser også helsekomiteens opplegg utenfor her tidligere i dag, der man nettopp viste viktigheten av at vi alle sammen – eller i hvert fall flest mulig av oss – har den overbevisningen, fyller ut et donorkort og er med og bidrar til å kunne redde liv.

Framtidens legevitenenskap kommer til å gi oss enda større muligheter enn vi har i dag, enda større muligheter og enda større sjanser for å lykkes i forbindelse med det at en som avdød kan være med og bidra, men også innenfor feltet med levende donor. Det er helt klart at Norge faktisk er i verdenstoppen i så henseende, også innenfor det feltet. Siden 1969, da vi på mange måter startet dette løpet, har det skjedd en rivende utvikling.

Det viktigste her er å få satt ned noen stolper. En av de stolpene som har vært veldig viktig for Fremskrittspartiet, som følges opp i denne proposisjonen, er nettopp eierskap til egen kropp. De diskusjonene vi har hatt fram og tilbake noen ganger, knyttet til hvorvidt man skulle få lov til å re-

servere seg eller ikke, har for Fremskrittspartiet vært en debatt om hvem det er som kan ta styring over egen kropp. Det må være enkeltindividet. Derfor er det å bare kunne reservere seg en retning som Fremskrittspartiet alltid har vært imot. Vi har alltid vært klokkeklar på at systemet må basere seg på at en gir samtykke. Det er det gitt gjennomslag for her. Det er det som blir vedtatt i dag. Det er viktig, og Fremskrittspartiet er veldig godt fornøyd med det som ligger i det.

Så lite grann om selve systemet. Jeg tror at det aller, aller viktigste for å lykkes, for å få opp igjen prosentandelen som sier ja til donasjon, skjer gjennom en samfunnsdebatt. Det skjer gjennom at vi har økt fokus på saken, og det har å gjøre med måten vi fører debatten på. For noen år siden hadde vi en enda høyere prosentandel som faktisk sa ja. Grunnen til det var at vi med jevne mellomrom tok den debatten. Den viktigste debatten i disse sakene mener jeg faktisk skjer rundt kjøkkenbordet hjemme. Det skjer i den diskusjonen som vi har internt i familien, om hva vi faktisk kan være med og bidra til, hvis vi sier ja til dette. For det er klart at det viktigste vi gjør, er å ha gjort oss opp en mening på forhånd. Hvis vi som enkeltindivider har gjort oss opp en mening på forhånd, enten vi har appen knyttet til dette, om vi har det grønne kortet eller hvilket kort vi har, så har vi et avklart forhold til denne situasjonen, og da har vi også et avklart forhold hos våre pårørende, at det nettopp er dette vi ønsker. Vi ønsker at dersom vi kan være med og bidra til at en annen person kan få et nytt liv, har vi tatt den samtalen – og den samtalen er det viktig å ta.

Videre er det ekstremt viktig at vi har fokus på kompetansen hos helsepersonellet i de tilfellene der samtykke ikke foreligger – den samtalen den personen skal ta med disse pårørende som står i en situasjon, kanskje den tøffeste situasjon i deres liv, og skal være med og ta en beslutning som er ekstremt følelsesmessig. Da er det viktig at man har den grunnleggende kompetansen til å kunne ta den samtalen. Men det aller, aller viktigste er alt vi kan være med og bidra til, alle vi rundt omkring i samfunnet som har sagt ja på forhånd, som har tatt denne samtalen, og som er med og bidrar til at enda flere signerer på sånne kort.

Videre er jeg utrolig glad for at regjeringspartiene, sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre, har signalisert at det kommer 1 mill. kr til styrking av dette informasjonsarbeidet, og at også resten av Stortinget har sluttet seg til det.

Olaug V. Bollestad (KrF) [11:48:20]: Stiftelsen Organtransplantasjon viste under høringen til at antallet nordmenn som venter på et nytt organ, er fordoblet siden begynnelsen av 2000-tallet. Medisinske fremskritt og økt forekomst av nye sykdommer, som f.eks. diabetes type 1, gjør at stadig flere har behov for organtransplantasjon.

Når regjeringa nå tar med i forslagene sine at den skal legge til rette for at flere får transplantasjoner, er det positivt og bra. Men for Kristelig Folkeparti er det viktig at donasjon må være frivillig, en må ha samtykke. Det er ingen som skal legges under press for å måtte gi fra seg et organ. Det er viktig å informere donor godt om hvilke konsekven-

ser det har at en gir fra seg et organ, og hva det innebærer for egen helse.

Samtidig er jeg stolt av at komiteen i dag sto fram sammen og sa at den har fått donorkort, og at den ønsker å gå foran. Det er ufattelig viktig å verve flere som kan si ja til at en kan bruke deres organer hvis de forulykker og får en brå død. Det er samtidig viktig at den nedre grensen går helt ned til 16 år. Vi vet at 16-åringene er i stand til å ta mange valg, og jeg tror også de er i stand til å ta dette valget, som handler om bruk av deres kropp og deres organer.

Det er også viktig å styrke informasjonen til og dialogen med de pårørende. Etter selv å ha jobbet ved akuttmedisinsk i mange år, vet jeg hvor vanskelig det er – når en vet at en er i ferd med å miste den en er aller mest glad i – å sitte i en diskusjon og få et så alvorlig spørsmål, nemlig om en er villig til å la den en er glad i, gi fra seg organ. Kompetansen hos dem som skal stille disse spørsmålene, må være høy, og de må være varsomme når de skal snakke med pårørende om så vanskelige ting. Samtidig tror jeg at veldig mange i etterkant, når ting har gått seg til, er glad for at de faktisk fikk de spørsmålene og den muligheten.

Når en pasient er klinisk død og har sagt fra om at han ønsker å være organdonor, ønsker Kristelig Folkeparti at organstøttende behandling skal kunne gis for å sikre flest mulig organer. Det mener vi at legene fortsatt skal få lov til å være med på å bestemme når pasienten har sagt at det er hans ønske. Det er sentralt for å sikre nok organer. Jeg tror at ingen sykehus i dag tar ut organer uten at pårørende er involvert og informert, og jeg tror heller ikke at det er noen sykehus som tar ut organer når pårørende er imot det.

Det er viktig å få et klarere lovverk enn det som har vært, og det er viktig at dette blir enklere for helsepersonell, som står midt i krevende dilemmaer hver dag, og som må ta krevende avgjørelser på kort tid.

Dette var transplantasjonsloven, men også obduksjon er viktig. Når det gjelder det å lære, det å få svar og det å kunne forske for å bli bedre, er obduksjon sentralt.

Kristelig Folkeparti fremmer to forslag til lovendringer. Det ene gjelder ny transplantasjonslov § 12, som handler om organstøttende behandling når pasienten vil være donor.

Det andre er at vi ønsker at rettsmedisinske obduksjoner skal inkluderes i det forslaget som ligger fra regjeringen, fordi 50 pst. av alle obduksjoner er rettsmedisinske. Derfor har vi muligheten til å få inn et mye større materiale å lære fra.

Presidenten: Representanten Bollestad har tatt opp de to forslagene hun refererte til.

Kjersti Toppe (Sp) [11:53:42]: Ny transplantasjonslov og ny obduksjonslov er viktige lovverk. Transplantasjonslova skal regulere uttak av organ, celler og vev, og obduksjonslova regulerer avgivelse av lik til bruk i undervisning og forskning. Det er jo meir sære tema for oss, men veldig interessante, og eg synest det er viktige og alvorlege tema å setja seg inn i. Senterpartiet har etter nøye vurdering og debatt kome fram til at vi kjem til å støtta regje-

ringa sitt forslag i denne lovproposisjonen, og støttar dei vurderingane som er gjorde der.

Eg har lyst til å knyta ein spesiell merknad til ei sak som komiteen er litt delt i, og det gjeld donasjon frå avdød donor når den avdøde ikkje har gitt uttrykk for sitt syn, spørsmålet om pårørende sine rettar og om dei skal kunna nekta donasjon i tilfelle der avdøde ikkje har gitt uttrykkelig samtykke. Eg forstår at det er delte syn på dette området. Eg ser at utvalet har vore delt, fagmiljøet er delt, og ein er òg noko delt politisk. Formålet er fleire organ, som vi treng, og spørsmålet er om lovverket då understøttar det som er alle sitt ønske. Men vi vil altså støtta forslaget frå regjeringa om å vidareføra dagens regel om at donasjon ikkje kan gjennomførast dersom dei pårørende motset seg det, og òg forslaget om at det er tilstrekkeleg om ein av dei næraste pårørende nekter donasjon. Dette gjeld når avdødes vilje ikkje er kjend. Vi har kome fram til at måten å løysa dette på, ikkje er å oversjå dei pårørende sine ønske i det tilfellet avdødes vilje ikkje er kjend. Ein er på dette området nøydd til å basera seg på openheit, på tillit, gjennom eit opplyst val, og når det gjeld den eine pårørende, som mange har tatt opp, kan heller ikkje staten setja seg til domar over kva slags pårørende som er viktig og ikkje, for det vert jo ein håplaus situasjon. Vi veit ikkje kva for pårørende som kjende den avdøde best, og korleis skal vi kunna laga eit lovverk som regulerer det?

I dag har vi ei positiv haldning i befolkninga til organdonasjon, og den skal vi ta godt vare på. Dersom det kan koma ei oppfatning ute av at staten tar seg til rette på tvers av dei pårørende sitt syn, kan det vera meir til skade for saka enn til gagn. Derfor har vi landa på det som er regjeringa sitt forslag i akkurat den problemstillinga.

Då er det veldig viktig å spreia kunnskap. Det som heile komiteen gjorde ute i vandrehallen, kan vera eitt bidrag, der vi står fram som organdonorar og oppfordrar alle andre til å vera det. Vi må spreia kunnskap, ta stilling sjølve og innhenta kunnskap hos våre næraste om kva slags haldningar dei har, og flest mogleg må gjera akkurat det.

Eg er glad for ein merknad som kom frå regjeringspartia og samarbeidspartia som går på nettopp dette, der ein presiserer viktigheita av å spreia kunnskap om at ein må ta stilling og spørja andre. Komiteen ber på den bakgrunn om at det i revidert nasjonalbudsjett vert løyvd 1 mill. kr til dette arbeidet, og i linja under er Stiftelsen Organdonasjon nemnd spesielt. Eg synest det er veldig flott av regjeringspartia og samarbeidspartia å koma med den merkningen, som har fått oppslutning frå heile komiteen.

Ketil Kjenseth (V) [11:58:55]: Jeg vil aller først rette en takk til statsråden og regjeringa som har fremmet lovforslaget, og en særlig takk til saksordfører Sveinung Stensland og komitéleder Kari Kjønås Kjos for et godt samarbeid om behandlingen av saka.

Så vil jeg starte med å slå fast at Norge er et av verdens beste land å bli organsyk i. Mange medisinske ildsjeler har bidratt langt utover sin tilmålte arbeidstid. Pasient- og brukerorganisasjoner med sine ildsjeler har bidratt. Organiseringsringene av transplantasjonsvirksomheten i Norge er også en viktig medvirkende årsak. I Norge er denne virksomheten

lagt til Rikshospitalet. I tillegg er 28 sykehus godkjent som donorsykehus, og skal besitte den viktige kompetansen med å avklare potensielle donorer og samtykke.

Når det gjelder nyretransplantasjoner, har Norge bl.a. lyktes fordi vi har vært et foregangsland ved bruk av levende givere, slik som bl.a. representanten Nesvik sa. Dette vekker interesse i mange land, bl.a. har representanter fra Frankrike og Singapore vært på besøk i Norge for å lære av vår praksis og kunnskap. De siste årene har andelen nyretransplantasjoner med nyre fra levende giver utgjort mellom 40 og 50 pst. av alle transplantasjoner.

På samme vis ser mange land nå også til Norge og hvordan vi driver opplysnings- og informasjonsarbeid om organdonasjon. At vi i Norge har satset på informasjonsarbeid og donorkort i stedet for register, er også en medvirkende årsak til at Norge har lyktes så godt med tilgangen på organer, at over 10 600 har fått transplantasjon siden 1969, og at vi har relativt korte ventelister. Land som har satset på donorregister, har til gode å lykkes med å øke antallet donorer, da det må enorme informasjonskampanjer til for å få mange nok til å registrere seg. Det er bare å se over kjølen til Sverige, som har lange ventelister og få transplantasjoner sammenliknet med Norge. Noen av registerlandene har valgt et nei-register, slik vi har fått flere innspill om også i behandlingen av denne saka. Et nei-register legger til grunn at dine organer er til disposisjon dersom du ikke aktivt har registret deg mot. Noen hevder at dette er tidsriktig og moderne på vegne av pasienter som har behov for et organ. Som liberaler vil jeg hevde at dette er etisk problematisk, da en slik lovgiving legger til grunn at kroppen vår i praksis skal være statens eiendom etter vår død. Målet helliger ikke alle midler. For Venstre som et liberalt parti, er det grunnleggende at det er den enkelte som selv skal fatte beslutningene om eget liv og egen kropp. Og ingen har krav på enhver form for behandling som er teknologisk eller medisinsk mulig, hvis den samtidig er etisk uforvarselig.

Organdonasjon og transplantasjon er medisinsk mulig og en godt etablert behandlingsform. Men den må praktiseres etisk forsvarlig. Etisk sett er det en av de mest følsomme behandlingsformene i dagens helsevesen, da den berører mange i en sårbar situasjon. Nettopp da er tillit mellom behandlende personell på den ene siden og pasient og pårørende på den andre siden svært viktig. I Norge har det ved Rikshospitalet utviklet seg en sterk etisk praksis, som også er en medvirkende årsak til at så mange i Norge tar stilling til organdonasjon. Vi har tillit til at det ikke tas organer uten at de kan brukes, vi har tillit til at det ikke knyttes til menneskehandel.

Det har opp gjennom 40 år med organdonasjon og transplantasjonsvirksomhet vært relativt få saker i offentligheten om mistillit mellom disse aktørene.

For Venstre har det vært viktig ved denne lovgjennomgangen å legge til grunn at vi for det første ikke er statens eiendom når vi dør, at samtykke til organdonasjon skal være frivillig og uten press, og at ingen skal kunne gjøre krav på å få et organ. Men samtidig har det også vært viktig at vi skal legge til rette for best mulig tilgang på organer. Den nye og reviderte lova legger etter Venstres syn

godt til rette for å oppfylle alle disse betingelsene. Vi får samordnet alle deler av virksomheten, vi har fortsatt råderett over egen kropp, og pårørende blir tatt med på råd i de tilfeller hvor avdøde selv ikke har tatt stilling. Vi mener at dette per i dag er beste praksis.

For å bistå helsepersonell med å avklare potensielle donorer og samtykke, og for å sikre at flest mulig tar stilling til organdonasjon, har Venstre lagt vekt på at informasjonsarbeid og folkeopplysning er viktig. Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon, NOROD, er en viktig kompetanseorganisasjon for helsepersonell, mens Stiftelsen Organdonasjon gjør en stor innsats med informasjonsarbeid overfor befolkningen. Disse aktørene må sikres gode betingelser i fortsettelsen. Det kontinuerlige arbeidet med informasjons- og opplysningsarbeid blir styrket med ytterligere midler.

I tillegg er Venstre glad for at vi har fått komiteen med på at vi må ta et større ansvar hvert åttende–tiende år for å informere befolkningen om deres ansvar for å ta stilling til organdonasjon. Av statistikken de siste årene ser vi at informasjon virker. TV-serien *Livet* på vent på TV 2, hvor staten bidro med et produksjonstilskudd på 400 000 kr, er et svært konkret eksempel på et viktig bidrag.

Audun Lysbakken (SV) [12:04:23]: I denne saken er det enstemmighet om mye, og det er felles mål på tvers av partiene som ligger til grunn. Derfor kommer jeg i mitt innlegg til å konsentrere meg om den ene saken vi er uenige om, der SV fremmer et forslag som vi også har blitt stående alene om.

Det er ingen uenighet om to viktige prinsipper når det gjelder organdonasjon. Det ene er at den avdødes eget syn og ønske alltid skal respekteres, og det andre er at de pårørendes syn, når avdødes eget syn er uavklart, skal vektlegges. Det er graden av det siste og hvordan vi gjør det som er en kilde til uenighet her i dag, akkurat som det var i Aarseth-utvalgets behandling av spørsmålet. Det er noen viktige og vanskelige dilemmaer her som oppstår i det øyeblikket vi ikke strekker oss nok for å ta hensyn til de pårørende, men også i det øyeblikket vi ikke strekker oss langt nok for å skaffe til veie de organene som kan redde liv.

Vi mener at regjeringen har valgt feil når den har valgt det forslaget som i utgangspunktet var et mindretallsforslag fra Aarseth-utvalget, og som i praksis gir pårørende en vetorett i situasjoner der det er uklart hva avdøde selv mente. Vi mener det er feil vei å gå, av to grunner: dels fordi vi, i likhet med mange fagfolk som har vært ute i media i det siste, frykter at det lettere vil føre til situasjoner hvor konklusjonen blir nei til donasjon, og dels fordi de pårørende blir sittende igjen med et veldig stort ansvar for et vanskelig valg, som ofte skal tas raskt og i en situasjon preget av sjokk og sorg.

Aarseth-utvalget, som står bak NOU 2011:21, la fram det vi mener er et bedre forslag enn det regjeringen nå legger fram. Flertallet i utvalget foreslo at denne beslutningen skulle tas av behandlende lege i samråd med de pårørende. Så var utvalget veldig nøye med å understreke at det i praksis vil bety den samme linjen som vi har i dag, nemlig at et klart nei fra de pårørende skal respekteres. Men det vil føre

til – tror vi – et større rom for den gode samtalen mellom lege og pårørende, og det vil føre til at de pårørende ikke blir sittende alene med ansvaret for den beslutningen som skal tas. Det vil ikke være en dramatisk forskyvning av samfunnets syn på respekten for de pårørendes syn, sannsynligvis heller ikke en stor endring i det som vil bli den praktiske konsekvens, men i noen sammenhenger tror vi at et sånt lovverk ville legge bedre til rette for å få et ja som svar istedenfor et nei.

Målet må jo være at vi har et lovverk som tydelig uttrykker samfunnets forventning om og ønske om at et ja skal være det naturlige svar, og vi frykter, i likhet med flere i fagmiljøene, at lovverket som nå vedtas, i noen situasjoner vil kunne oppfattes som et signal om det motsatte. Derfor er jeg nok litt negativt overrasket over at ingen partier er villige til å støtte det forslaget vi har lagt fram, som altså er det samme som Aarseth-utvalgets flertall gikk inn for i 2011.

Ved utgangen av 2014 hadde vi en rekordlang kø for organdonasjon. Det tilsier at vi må vurdere også å gå lenger i politiske endringer, hvis ikke situasjonen nå forbedrer seg – også lenger enn det SV foreslår i dag. Det har tidligere vært diskutert innføring av et omvendt prinsipp for registrering, altså en tanke om at vi kunne fått et register for dem som vil reservere seg fra donasjon, istedenfor et for dem som er positive til det. Vi fremmer ikke et sånt forslag i dag. Vi mener vi nå skal nøye oss med å fremme det flertallet i utvalget sto bak i 2011, men det vil være en mulighet for å diskutere det å fremme et sånt forslag i framtiden, hvis det som nå skjer, ikke gir resultater.

Med det tar jeg opp forslaget SV har fremmet i innstillingen.

Presidenten: Representanten Audun Lysbakken har tatt opp det forslaget han refererte til.

Statsråd Bent Høie [12:09:44]: Ved utgangen av fjoråret var det 418 personer som sto på venteliste for organtransplantasjon. Mange av dem som venter på et nytt organ, er alvorlig syke. Noen av dem dør også mens de venter.

Vi foreslår flere tiltak for å øke antall donasjoner. Helseregionene skal sørge for at alle potensielle donorer kan vurderes og gis mulighet for donasjon. Det skal alltid vurderes om en døende eller nylig avdød pasient kan være aktuell som donor. Loven skal dessuten regulere når en pasient kan behandles med sikte på donasjon.

Uttak av organer skal aldri skje i strid med viljen til en levende donor. Barn og voksne uten samtykkekompetanse skal bare kunne være donorer i helt spesielle tilfeller som godkjennes av Fylkesmannen.

Loven skal gi rammene for donasjon fra avdøde donorer. Avdødes syn skal respekteres. Organdonasjon er særlig aktuelt når en person dør brått og uventet. Det aller viktigste tiltaket for å øke tilgangen på organer for transplantasjon er å få familier til å snakke om organdonasjon.

Komiteen er opptatt av at befolkningen må få informasjon om hva donasjon er, og hvorfor det er så viktig. Jeg er helt enig i at det er sentralt. Generell informasjon vil bidra

til at flest mulig tar stilling, og til at pårørende føler seg trygge på beslutningen når spørsmålet kommer opp.

Når avdødes syn ikke er kjent, mener vi at de viktigste tiltakene er å gi pårørende god informasjon om hva donasjon innebærer og å legge til rette for en åpen dialog mellom helsepersonell og pårørende.

Uttak av organer i strid med pårørendes ønske vil være en tilleggsbelastning for mennesker i sorg. Regjeringen foreslår derfor å videreføre pårørendes rett til å nekte donasjon når den avdøde ikke har gitt uttrykk for sitt syn. Vi foreslår også at pårørende kan nekte behandling med sikte på donasjon. Retten skal ligge hos nærmeste pårørende. Jeg er glad for at et stort flertall i komiteen har sluttet seg til disse forslagene.

Hvem som er avdødes nærmeste pårørende, avgjøres etter de generelle reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Transplantasjonsloven bør også regulere situasjoner der flere regnes som nærmeste pårørende. Vi foreslår at de nærmeste pårørende i slike situasjoner må være enige for at donasjon skal kunne gjennomføres.

Den nye obduksjonsloven skal regulere obduksjoner som er krevd av en lege, i loven kalt medisinske obduksjoner.

I 2014 ble det utført i overkant av 3 000 medisinske obduksjoner. Dette er halvparten så mange som i 1985. Obduksjoner er viktige i undervisning og for å kvalitetssikre klinisk virksomhet og helsestatistikk. Vi foreslår derfor tiltak for å øke antallet obduksjoner. De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendig kompetanse og kapasitet. Medisinsk obduksjon skal derfor vurderes ved alle dødsfall.

Hovedregelen skal fortsatt være at obduksjon bare kan skje når det ikke er grunn til å tro at avdøde ville ha motsatt seg en slik undersøkelse. Nærmeste pårørende skal fortsatt kunne nekte obduksjon. Lovutkastet viderefører pårørendes rett til informasjon om at det er ønskelig med obduksjon, og om at de har rett til å nekte. Vi tydeliggjør at det samme gjelder for uttak av biologisk materiale fra en obduksjon, til bruk i undervisning og forskning.

Den som har fylt 18 år, skal fortsatt kunne gi samtykke til at institusjoner som departementet har utpekt, kan bruke kroppen deres til undervisning og forskning etter at de er døde.

Oppmerksomheten rundt forskningen som ble utført ved Folkehelseinstituttet, avdekket usikkerhet rundt adgangen til uttak av biologisk materiale til bruk i forskning. Lovutkastet tydeliggjør derfor at helseforskningslovens krav om at pårørende skal ha informasjon og rett til å nekte slik bruk, også gjelder ved rettsmedisinske obduksjoner.

Jeg mener at forslagene til ny transplantasjonslov og ny obduksjonslov vil gi gode rammer for donasjons- og obduksjonsvirksomheten.

Jeg vil takke komiteen – både saksordføreren og komiteen som helhet – for et godt arbeid med loven, og for at det har dannet seg et så bredt flertall bak en viktig lov, som det er et poeng i seg selv at et bredt flertall i Stortinget stiller seg bak.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Tove Karoline Knutsen (A) [12:14:39]: Som flere har sagt her i salen i dag, er vi i store trekk enig i denne proposisjonen. Vi i Arbeiderpartiet støtter også det at helseforetakene og sykehusene skal ha en mer tydelig og systematisk praksis for å adressere spørsmålet om donasjon når dette er aktuelt. Vi understreker veldig sterkt at helsepersonell må ha de gode verktøyene for respektfull samtale med pårørende, som også representanten Lysbakken var inne på, når spørsmålet om donasjon kommer opp – altså en skikkelig og god samtale, og det er ingenting i loven som motsier det. Hva vil helseministeren gjøre for å sikre at helsepersonell har den nødvendige kompetanse og kunnskap for å ta spørsmålet om donasjon opp med pårørende på en god og etisk forsvarlig måte?

Statsråd Bent Høie [12:15:29]: Jeg er enig i det som representanten sier. Jeg tror også at de beste forutsetningene for en sånn samtale ligger i det lovforslaget som får flertall, selv om dette er et område med dilemmaer, og det er også argumenter for det som var flertallets syn i innstillingen, og det som her er SVs forslag. Men jeg tror at når en ser dette til slutt og har en vurdering både prinsipielt og ut fra hva som faktisk best bidrar til et tillitsfullt forhold, vil det være den tilnærmingen som flertallet står bak i loven. Så vil loven i seg selv bidra til at dette er et område som blir tydeligere, og det er noe av det som også har vært hensikten bak loven.

Så gir vi også, som jeg sa i mitt innlegg, helseregionene i oppdrag å følge dette opp, bl.a. med å informere og opplære personell til på en enda bedre måte å kunne håndtere disse spørsmålene.

Presidenten: Replikkordskiftet er over.

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

Ketil Kjenseth (V) [12:16:52]: For det første er jeg veldig glad for at komiteen er så samlet som den er. Til SVs Audun Lysbakken: Jeg er veldig glad for at dere ikke fremmer forslaget om et register, og heller ikke et nei-register. Det er bare å se til Sverige, som har brukt store ressurser på å etablere et nei-register og har lyktes veldig dårlig med antallet transplantasjoner, og som har en lang venteliste på det.

Det er ganske mange andre tiltak som er viktige – og viktigere, antagelig – for å redusere ventelistene enn dagens lovvedtak. Et av de virkemidlene er utdanning av flere, særlig nyreleger – nyrer er det store volumet når det gjelder transplantasjoner – men også kirurger generelt og spesialiskepleiere.

Så er det også de økonomiske rammebetingelsene for å drive denne virksomheten, både ved Rikshospitalet og de 28 donorsykehusene. Vi så en ganske betydelig vekst i antallet innmeldte potensielle donorer da det ble etablert en DRG-kode for donasjon. Dette er en ganske tidkrevende prosess som helsepersonellet er nødt til å ha tid til, og det er ikke bare samtalen med de pårørende, men også kartlegging av hvem som er potensielle donorer.

Så er det organiseringen av transplantasjonsvirksomheten ved Rikshospitalet. Vi har jo bl.a. transplantasjonskoordinatorer. Det er viktig at de får gjøre en jobb, er dedikert for den oppgaven. Det har Rikshospitalet vært flinke til.

Blant annet i Sverige, Tyskland og Frankrike ser vi en ventetid på bl.a. nyrer på opp til fire år – i Norge er den stort sett under ett år – bl.a. fordi organiseringen er uhenksmessig, fordi det er mer økonomisk gunstig at pasientene får dialysebehandling, som jo er den dårligste løsningsen for dem som kan få transplantasjon, eller fordi de har et register som gir mye mindre tilgang på donorer enn det vi har i Norge med den praksisen vi har her.

Det aller viktigste vi gjør, er å sørge for at folk tar stilling, og da reduserer man også veldig det som Lysbakkens forslag innebærer – at de pårørende kan bruke sin vetoret. Det er det sjelden de gjør i dag, men dessverre litt for ofte. Da er det informasjonsarbeidet som er viktig, og jo flere som har tatt stilling, jo mindre krevende blir den samtalen for helsepersonell. Dette er etter alt å dømme den minst byråkratiske måten å gjøre det på. Det er den mest kostnadseffektive måten å gjøre det på, og det er antagelig også den mest etiske og verdige måte å gjøre det på, kontra å skulle ha et register som man skal måtte sjekke ut. Og når er det juridisk bindende? Det er jo den utfordringen man står i, og man kan aldri avvikle et sånt register.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3.

Etter at det var ringt til votering, uttalte

presidenten: Vi er da klare til å gå til votering over sakene på dagens kart.

Votering i sak nr. 1

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

- forslagene nr. 1–3, fra Karianne O. Tung på vegne av Arbeiderpartiet
- forslagene nr. 4–6, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti

Det votes over forslagene nr. 4–6, fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen i den varslede Demensplan 2020 fastsette en forpliktende plan for og et mål om at alle hjemmeboende personer med demens som har et slikt behov, skal ha et tilbud om dagaktivitetsplass innen 2017.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven innen utgangen av 2015, som fastsetter plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. En slik lovfesting må følges av en økning av kommunerammen som tilsvarer det kommunene er ment å dekke, slik at tiltakene fullfinansieres.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2015 endre tilskuddordningen slik at kommunens andel av de totale utgiftene til dagaktivitetstilbud reduseres til 50 prosent, lik dagens tilskuddsordning for etablering av sykehjemsplasser.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 91 mot 12 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.29.36)

Presidenten: Det votes over forslagene nr. 1–3, fra Arbeiderpartiet.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen i den varslede Demensplan 2020 fastsette en forpliktende opptrappingsplan for, og et mål om at alle hjemmeboende personer med demens som har et slikt behov, skal ha et tilbud om dagaktivitetsplass innen 2020.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen, i forbindelse med fremleggningen av Demensplan 2020, sørge for at den forpliktende opptrappingsplanen videre følges av en endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, innen 2020. En slik lovfesting må følges av en økning av kommunerammen som tilsvarer det kommunene er ment å dekke slik at tiltakene fullfinansieres.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen, i forbindelse med fremleggningen av Demensplan 2020, vurdere å endre tilskuddsordningen slik at kommunens andel av de totale utgiftene reduseres, minimum til 50 pst., slik ordningen er for etablering av sykehjemsplasser.»

Senterpartiet og Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet ble med 64 mot 41 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.29.56)

Komiteen hadde innstilt:

I

Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at fylkesmennene aktivt informerer kommunene om tilskuddsordningen og om det mangfold av muligheter som finnes for innretning av dagaktivitetstilbudet.

Presidenten: Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har varslet subsidiær støtte til I.

Votering:

Komiteens innstilling til I og II ble enstemmig bifalt.

Videre var innstilt:

III

Dokument 8:53 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Anne Tingelstad Wøien og Heidi Greni om en forpliktende opptrappingsplan for etablering av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling til III ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt fram i alt to forslag. Det er forslagene nr. 1 og 2, fra Karianne O. Tung på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Det votes først over forslag nr. 2. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen vurdere innføring av kjønnsnøytral vaksinerings og komme til Stortinget med et forslag til innføring av et slikt tilbud.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet at de vil stemme imot forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 62 mot 43 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.30.56)

Presidenten: Det votes så over forslag nr. 1. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2016 legge frem forslag om at alle jenter/kvinner opp til 26 år får tilbud om gratis HPV-vaksine, inkludert de som tidligere har takket nei til tilbudet gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 61 mot 45 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 12.31.14)

Komiteen hadde innstilt:

Dokument 8:55 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten og Karianne O. Tung om utvidet HPV-vaksinering – vedlegges protokollen.

Votering:

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sak nr. 3

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

- forslagene nr. 1 og 2, fra Olaug V. Bollestad på vegne av Kristelig Folkeparti
- forslag nr. 3, fra Audun Lysbakken på vegne av Sosialistisk Venstreparti

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre slike vedtak til

lover:

A.

Lov

om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev (transplantasjonslova)

Kapittel 1 Formål, verkeområde, definisjonar og ansvar**§ 1 Formål**

Formålet med lova er å sikre best mogeleg tilgang på organ, celler og vev til behandling av andre menneske, respekt for vilja og integriteten til donor og at omsynet til dei pårørande blir varetatt.

§ 2 Verkeområde

Lova gjeld for donasjon, testing, karakterisering, uttak, preservering, transport og transplantasjon av levande humane organ, celler og vev frå ein levande eller død donor med sikte på behandling av sjukdom eller skade hos eit anna menneske. Lova gjeld ikkje for blod, blodkomponentar, blodprodukt og vev som blir brukt i samband med forplanting (germinalt vev) og humane organ, celler og vev som berre blir brukt i forskning.

Kongen kan gi forskrift om at lova og forskrifter med heimel i lova heilt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlege -reglar under omsyn til forholda på staden.

§ 3 Definisjonar

I denne lova meines med:

- a) uttak: prosess der humane organ, celler eller vev blir tatt ut av donor og gjort tilgjengelege for transplantasjon
- b) donor: person som gir organ, celler eller vev til bruk i behandlinga av eit anna menneske, uavhengig av om avgjevinga skjer mens personen er i live eller etter at personen er død
- c) fornybart vev: humane celler og vev som blir gjendanna etter donasjon med unntak av del av lever eller anna organ
- d) pårørande og næraste pårørande: pårørande og næraste pårørande etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 4 Ansvar for donasjons- og transplantasjonsverksemdene

Dei regionale helseføretaka skal sørge for at alle potensielle donorar kan vurderast og gjevast mogelegheit for donasjon innan helseregionen, og for at krava i lova og forskriftene etter lova her blir oppfylte.

Departementet kan gi forskrift om krav til verksemdar som gjennomfører uttak eller transport av organ, celler og vev og transplantasjonar, mellom anna om godkjenning og rapporteringsplikt for verksemdene. Departementet kan gi forskrift om registrering og anna behandling av helseopplysingar og andre personopplysingar som er nødvendige for å gjennomføre uttak eller transport av organ, celler og vev og transplantasjonar.

Kapittel 2 Donasjon frå levande donor**§ 5 Uttak frå levande donor**

Uttak av organ, celler og vev kan berre finne stad dersom inngrepet ikkje fører til ein nærliggande fare for den fysiske eller psykiske helsa til donoren.

Uttak av organ, celler og vev frå personar mellom 12 og 18 år kan berre finne stad når det ligg føre særlege grunnar. I vurderinga av om det ligg føre særlege grunnar skal det mellom anna leggast vekt på om:

- a) transplantasjon er nødvendig for å redde livet til mottakaren,
- b) det finst nokon annan aktuell donor,
- c) donoren har sterk tilknytning til mottakar,
- d) uttaket inneber eit stort inngrep,
- e) uttaket berre gjeld fornybart vev, jf. § 3 bokstav c, og om
- f) donoren er moden nok til å skjønne kva inngrepet inneber.

Uttak frå barn under 12 år og vaksne som ikkje har samtykkekompetanse, kan berre finne stad dersom:

- a) uttaket gjeld fornybart vev, jf. § 3 bokstav c,
- b) donasjonen er nødvendig for å redde livet til mottakaren,
- c) det ikkje finst ein donor med samtykkekompetanse som deler mange nok av dei viktigaste vevstypene (er vevsforlikeleg), og
- d) mottakaren er søsken, barn eller forelder, eller i sær-

lege tilfelle på annan måte i nær familie med donoren.

Uttak kan aldri gjennomførast i strid med viljen til ein donor som ikkje har samtykkekompetanse.

§ 6 Hovudregel om samtykke

Det blir kravd skriftleg samtykke til uttak av organ, celler og vev frå levande donor. Samtykket skal også omfatte behandling av helseopplysingar og -andre personopplysingar som er nødvendige for å gjennomføre donasjonar og transplantasjonar.

Samtykke kan trekkjast tilbake.

Departementet kan gi forskrift om krav til samtykket.

§ 7 Kven som har rett til å samtykke (samtykkekompetanse) til donasjon frå ein levande donor

Personar som har fylt 18 år, har rett til å samtykke til donasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd om heilt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse gjeld tilsvarende.

For personar som ikkje har fylt 18 år, har for-eldra, eller andre med foreldreansvaret etter barne-lova, rett til å samtykke til donasjon. Donasjon kan ikkje finne stad dersom foreldra er usamde.

For personar som har mista samtykkekompetansen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 -andre ledd, har næraste pårørande, jf. § 3 bokstav d, rett til å samtykke til donasjon.

For personar som er fråtatt den rettslege handleevna etter vergemålsloven § 22 tredje ledd, gjeld pasient- og brukerrettighetsloven § 4-7 tilsvarende.

Samtykke etter andre til fjerde ledd må godkjennast av fylkesmannen.

For at samtykket skal vere gyldig, må donoren og den som har samtykkekompetansen ha fått informasjon om helsetilstanden til donoren og om inngrepet, under dette om omfanget og konsekvensane av det. Informasjonen skal vere tilpassa dei individuelle føresetnadene til mottakaren, som alder, kor moden donoren er, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Den som gir informasjonen skal forsikre seg om at donoren og den som har rett til å samtykke har forstått informasjonen.

§ 8 Habilitet ved vurderinga av om ein levande donor er eigna

Den som har ansvaret for behandlinga av ein pasient som treng å få transplantert organ, celler eller vev, kan ikkje aleine gjennomføre vurderinga av om donoren er eigna.

§ 9 Krav til utgreiing og oppfølging av levande donorar-

Donoren har rett til å få nødvendig medisinsk og psykologisk utgreiing før det blir gitt samtykke til donasjon.

Den som donerer organ, celler eller vev i eit omfang som gir, eller kan gi, konsekvensar for helsa av fysisk eller psykisk art, har rett til å få medisinsk oppfølging etter ein fastsett plan.

Departementet kan gi forskrift om medisinsk oppfølging av donorar.

Kapittel 3 Donasjon frå død donor

§ 10 Stadfesting av døden

Uttak, jf. § 3 bokstav a, frå ein død donor kan ikkje skje før døden er stadfesta av lege.

Legar som stadfestar døden, skal ikkje vere involvert i uttaket av organ, celler eller vev eller i transplantasjonsinngrepet.

Dersom døden blir stadfesta ved irreversibelt opphøyr av hjernefunksjonane, må diagnosen bekreftast av to legar. Den eine av legane skal vere relevant spesialist.

Departementet kan gi forskrift om stadfesting av døden.

§ 11 Vurdering av om ein pasient kan vere aktuell som donor

Når døden er konstatert, eller når det er svært sannsynleg at døden vil inntreffe innan kort tid og vidare livreddande behandling er formålslaus, skal det vurderast om pasienten kan vere aktuell som donor.

§ 12 Behandling med sikte på donasjon

Når livreddande behandling er formålslaus, og det er svært sannsynleg at pasienten vil døy innan kort tid, kan legen som er ansvarleg for behandlinga av pasienten, ta avgjerd om at det skal gjevast behandling med sikte på donasjon. Behandling etter første punktum kan ikkje gjevast dersom ein av dei næraste pårørande, jf. § 3 bokstav d, nektar.

Den behandlande legen skal, i samråd med -næraste pårørande til pasienten, ta avgjerd om kor lenge det skal gjevast behandling med sikte på donasjon. Behandlinga må uansett avsluttast når det er -avklart at vilkåra for donasjon ikkje er til stades.

Departementet kan gi forskrift om behandling med sikte på donasjon.

§ 13 Samtykke frå avdøde og næraste pårørande sin rett til å nekte donasjon

Personar som har fylt 16 år, har rett til å samtykke til at donasjon av organ, celler og vev kan gjennomførast etter at dei er døde. Når avdøde har gitt samtykke, kan pårørande ikkje nekte donasjon.

Når den døde ikkje har gitt eit samtykke, kan donasjon gjennomførast dersom det ikkje ligg føre forhold som tilseier at den døde ville ha motsett seg. Dei pårørande til den døde skal spørjast om det ligg føre slike forhold. Donasjon kan likevel ikkje gjennomførast dersom ein av dei næraste pårørande til den døde, jf. § 3 bokstav d, nektar. Donasjon kan heller ikkje gjennomførast dersom det ikkje er mogeleg å få kontakt med dei pårørande eller når avdøde ikkje har pårørande.

For personar som ikkje har fylt 16 år, har for-eldra, eller andre med foreldreansvaret etter barne-lova, rett til å samtykke til donasjon etter at dei er døde. Donasjon kan ikkje finne stad dersom foreldra er usamde. Dersom ingen har foreldreansvaret, har verja, eller næraste pårørande til den døde dersom det ikkje er oppnemnd verje, rett til å samtykke til donasjon.

§ 14 *Informasjon til næraste pårørande*

Næraste pårørande til den døde skal underrettast om dødsfallet, det planlagde uttaket, jf. § 3 bokstav a, og om retten til å nekte donasjon før donasjonen blir gjennomført.

Næraste pårørande skal få tilpassa informasjon om kva donasjonen inneber.

§ 15 *Mogelegheit for å ta avskjed med donor*

Pårørande skal, så sant det lar seg gjere, få tid til å ta avskjed med donor før uttaket, jf. § 3 bokstav a, startar.

Kapittel 4 Fellesreglar

§ 16 *Tildeling av organ, celler og vev*

Tildeling av organ, celler og vev til transplantasjon skal byggje på medisinske kriterium. Ved donasjon frå levande donor kan det i tillegg leggast vekt på at mottakar er donors nærstående.

§ 17 *Anonymitet mellom partane i donasjons-prosessen*

Donor og dei pårørande til donor og mottakar av organ, celler eller vev som ikkje kjenner kvarandre frå før, skal ikkje gjerast kjent med identiteten til kvarandre.

Departementet kan gi forskrift om korleis anonymiteten skal varetakast.

§ 18 *Kompensasjon for utgifter og tapte inntekter i samband med donasjon*

Alle utgifter og tap av inntekter som ein levande donor eller næraste pårørande til ein død donor pådrar seg som følge av donasjonen, skal kompenseras av det regionale helseføretaket. Dette gjeld likevel ikkje dersom utgiftene blir dekt etter anna regelverk.

§ 19 *Forbod mot transplantasjon frå dyr til menneske (xenotransplantasjon)*

Det er forbode å transplantere levande biologisk materiale frå dyr til menneske.

§ 20 *Forbod mot kommersiell utnytting*

Alle handlingar som har til hensikt å oppnå økonomisk vinning som følge av donasjon av organ, celler eller vev til transplantasjon, er forbode. Det same gjeld alle handlingar som medverkar til at nokon mottek slik økonomisk vinning.

§ 21 *Framtidsfullmakt*

Framtidsfullmakter etter vergemålsloven kapittel 10 kan omfatte samtykke til og rett til å nekte donasjon av organ, celler og vev.

§ 22 *Forholdet til forvaltningsloven og klagereglane i pasient- og brukerrettighetsloven*

Forvaltningsloven kapittel IV, V, VI og VIII gjeld ikkje for avgjerder som blir treft etter lova her. For avgjerder etter §§ 9 og 18 gjeld pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

§ 23 *Pålegg, sanksjonar og straff*

Spesialisthelsetjenesteloven §§ 7-1 og 7-2 gjeld tilsvarende ved brot på lova her og forskrifter gitt etter lova.

Den som forsettleg eller grovt aktaust bryt eller medverkar til å bryte reglar i lova her eller i medhald av ho, straffast med bøter eller fengsel i inntil tre månader.

Offentleg påtale finn stad dersom allmenne omsyn krev det, eller etter krav frå Statens helsetilsyn.

Kapittel 5 Slutføresegner

§ 24 *Endringar i andre lover*

Frå den tida lova tek til å gjelde, skal desse endringane gjerast:

I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. skal nytt kapittel 4A lyde:

Kapittel 4A Bruk av fostervev

§ 4A-1 *Definisjon*

Med fostervev forstås i denne lov celler og vev fra provosertaborterte fostre.

§ 4A-2 *Bruk av fostervev*

Fostervev kan bare brukes til medisinsk forskning, diagnostikk, fremstilling av vaksine og behandling.

Bruk av fostervev til behandling er bare tillatt i de tilfeller hvor det foreligger alvorlig sykdom eller skade og andre behandlingsformer har begrenset effekt. Bruk av fostervev til medisinsk forskning, diagnostikk og fremstilling av vaksine er bare tillatt dersom det ikke finnes andre likeverdige metoder.

Det er forbudt å bruke eggstokkvev fra provosert-aborterte fostre til transplantasjon.

Kommersiell utnytting av celler og vev fra aborterte fostre er forbudt.

§ 4A-3 *Godkjenning*

Bruk av fostervev til behandling og forskning skal godkjennes av departementet.

§ 4A-4 *Samtykke*

Skriftlig samtykke fra kvinnen skal foreligge før fostervev kan avgis til en fostervevsbank.

Først etter at beslutningen om svangerskapsavbrudd er tatt, kan kvinnen informeres om mulig bruk av fostervevet. Samtykke kan bare gyldig avgis etter at slik informasjon er gitt.

§ 4A-5 *Fostervevsbank*

All innsamling, lagring og utlevering av fostervev skal foretas av en fostervevsbank. Fostervevsbanker skal godkjennes av departementet.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende regler om fostervevsbankers innsamling, lagring og utlevering av fostervev.

§ 4A-6 *Anonymitet*

Kvinnen skal ikke gis opplysninger om identiteten til den som mottar fostervevet.

Den som mottar fostervev skal ikke gis opplysninger om identiteten til kvinnen som har avgitt fostervevet.

§ 4A-7 *Informasjon*

Enhver som mottar fostervev ved transplantasjon skal informeres om at vevet stammer fra provosert-aborterte fostre.

§ 4A-8 *Reservasjonsrett*

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner -ønsker det, kan reservere seg mot å delta i forskningsprosjekter hvor fostervev benyttes og å utføre eller assistere ved transplantasjon av fostervev.

Lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. opphevast.

§ 25 *Iverksettning*

Lova gjeld frå den tida Kongen fastset. Kongen kan setje i verk dei einskilde føresegnene til ulik tid.

B.

L o v

om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning (obduksjonslova)

Kapittel 1 Formål, verkeområde og definisjonar

§ 1 *Formål*

Formålet med lova er å:

- bidra til at obduksjonar og anna behandling av lik blir utført på ein verdig måte med respekt for den døde og dei pårørande til den døde,
- gi kunnskap om dødsprosessar og dødsårsaker, og bidra til ein påliteleg dødsårsaksstatistikk, og
- legge til rette for kvalitetssikring i helse- og omsorgstenesta og for undervisning og tileigning av kunnskap.

§ 2 *Verkeområde*

Lova gjeld for medisinsk obduksjon og donasjon av lekam til undervisning og forskning og anna behandling av lik. Reglane i § 7 gjeld tilsvarande for forskning på biologisk materiale som er tatt ut i samband med ein rettsmedisinsk obduksjon.

Kongen kan gi forskrift om at lova og forskrifter med heimel i lova heilt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlege -reglar under omsyn til forholda på staden.

§ 3 *Definisjonar*

I denne lova meines med:

- obduksjon: ei systematisk utvendig og innvendig medisinsk undersøking av ein død person der formålet er å påvise eller utelukke forandringar som er forårsaka av sjukdom eller skade

b) medisinsk obduksjon: obduksjon som ein lege har kravd

c) rettsmedisinsk obduksjon: obduksjon som er kravd etter straffeprosessloven § 228 om sakkyndig likundersøkelse

d) næraste pårørande: næraste pårørande etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Kapittel 2 Obduksjon

§ 4 *Dei regionale helseføretaka sitt ansvar for obduksjonsverksemdene*

Dei regionale helseføretaka skal sørge for nødvendig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre medisinske obduksjonar.

§ 5 *Krav om medisinsk obduksjon*

Krav om medisinsk obduksjon må setjast fram av ein lege.

Legen som konstaterer at døden har inntreft skal, så langt det er mogeleg, vurdere om det bør gjennomførast ein medisinsk obduksjon og dokumentere at vurderinga er gjort.

Sjukehuset som mottek krav om obduksjon, jf. første ledd, avgjer om obduksjonen skal gjennomførast.

Departementet kan gi forskrift om framsetting av krav om obduksjon.

§ 6 *Forholdet til rettsmedisinsk obduksjon*

Dersom legen etter helsepersonelloven § 36 tredje ledd har plikt til å melde frå til politiet fordi det er grunn til å tru at dødsfallet er unaturleg, kan medisinsk obduksjon ikkje setjast i gang før politiet har avgjort at det ikkje skal gjennomførast ein rettsmedisinsk obduksjon.

Dersom det under ein medisinsk obduksjon blir avdekt forhold som tydar på unaturleg død, skal obduksjonen avbrytast og politiet underrettast utan opphald.

§ 7 *Vilkår for gjennomføring av medisinsk obduksjon og rett for pårørande til å nekte obduksjon*

Medisinsk obduksjon kan berre gjennomførast når det ikkje er grunn til å tru at den døde ville ha motsett seg ei slik undersøking. Dei pårørande skal, så sant det er mogeleg, spørjast om det ligg føre forhold som tilseier at den døde ville ha motsett seg obduksjon.

Medisinsk obduksjon kan ikkje gjennomførast dersom ein av dei næraste pårørande til den døde, jf. § 3 bokstav d, nektar obduksjon. Næraste pårørande til den døde skal, så sant det er mogeleg, informerast om at det er ønskeleg med obduksjon, kva den inneber og om mogelegheita for å nekte obduksjon.

Reglane i første og andre ledd gjeld tilsvarande for uttak av biologisk materiale frå avdøde til bruk i undervisning eller forskning.

Dersom det ligg føre særlege grunnar til at den døde bør obduserast, kan fylkesmannen tillate at obduksjon blir gjennomført sjølv om vilkåra i første og andre ledd ikkje er oppfylt.

§ 8 Gjennomføringa av obduksjonen

Organ og anna biologisk materiale kan takast ut av kroppen for nærare undersøking og prøvetaking. Organ skal leggjast tilbake i kroppen når undersøkinga og prøvetakinga er avslutta, med mindre formålet med obduksjonen krev at organet må behaldast for å slutføre undersøkinga eller organet skal brukast til undervisning.

Det kan gjevast undervisning i samband med medisinske obduksjonar.

Departementet kan gi forskrift om korleis obduksjonar skal gjennomførast og om avgjeving og bruk av obduksjonsmateriale.

Kapittel 3 Anna behandling av lik

§ 9 Samtykke til bruk av lik i undervisning og forskning

Personar som har fylt 18 år kan samtykke til at kroppen deira kan brukast i undervisning og forskning etter at dei er døde.

Dersom det kan godtgjerast at det er i tråd med ønsket til ein avdød som hadde fylt 18 år, kan næraste pårørande, jf. § 3 bokstav d, samtykke til at kroppen kan brukast i undervisning og forskning.

Samtykke til bruk av lik til undervisning og forskning skal vere skriftlege.

Departementet kan gi forskrift om registrering og anna behandling av helseopplysningar og andre personopplysningar som er nødvendige for bruk av lik til undervisning og forskning.

§ 10 Utlevering av lik til bruk i undervisning og forskning

Departementet skal peike ut institusjonar som kan bruke lik til undervisning og forskning.

Institusjonar etter første ledd kan krevje å få utlevert lik som er gitt til undervisning og forskning. Eit lik kan ikkje krevjast utlevert før det er avklart at det ikkje vil bli kravd rettsmedisinsk obduksjon eller medisinsk obduksjon etter § 7 fjerde ledd.

Departementet kan gi forskrift om utlevering av lik til bruk i undervisning og forskning.

§ 11 Bruk av lik i undervisning og forskning

Eit lik som er utlevert etter § 10 andre ledd, skal tilbakeførast til dei pårørande for kremasjon innan to år etter dødsfallet. Næraste pårørande kan samtykke til at institusjonen kan behalde liket, eller delar av liket utover to år. Dersom den døde ikkje har pårørande, kan departementet samtykke til at institusjonen kan behalde liket eller delar av liket utover to år.

Departementet kan gi forskrift om bruk av lik i undervisning og forskning.

§ 12 Dekning av kostnader ved bruk av lik til undervisning og forskning

Kostnader til transport og kremasjon skal dekkjast av den institusjonen som har fått utlevert liket.

§ 13 Fjerning av implantat

Nødvendig uttak av implantat før kremasjon skal utførast av helsepersonell. Slikt uttak krev ikkje samtykke.

§ 14 Gravferd og utførsel av lik ved mistanke om unaturleg dødsfall

Dersom det er grunn til mistanke om at ein persons død er forårsaka ved straffbar handling, eller det elles er grunn til å tru at rettsmedisinsk obduksjon vil bli kravd, må liket ikkje forast ut av landet eller gravleggjast utan tillating frå politiet.

Departementet kan gi forskrift om krav til dokumentasjon ved utførsel av lik.

Kapittel 4 Pålegg, sanksjonar, straff og forholdet til andre lover

§ 15 Forholdet til forvaltningsloven

Forvaltningsloven kapittel IV, V, VI og VIII gjeld ikkje for avgjerder som blir treft etter lova her. Heile forvaltningsloven gjeld likevel for avgjerder etter § 7 fjerde ledd.

§ 16 Pålegg, sanksjonar og straff

Spesialisthelsetjenesteloven §§ 7-1 og 7-2 gjeld tilsvarende ved brot på lova her og forskrifter gitt etter lova.

Den som forsettleg eller grovt aktlaust bryt eller medverkar til å bryte reglar i lova her eller i medhald av ho, straffast med bøter eller fengsel i inntil tre månader.

Offentleg påtale finn stad dersom allmenne omsyn krev det, eller etter krav frå Statens helsetilsyn.

Kapittel 5 Slutføresegner

§ 17 Endringar i andre lover

I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. skal § 1-2 tredje ledd lyde:

Loven gjelder ikke for obduksjon som faller inn under lov (dato + nr.) om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning eller lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker § 228 om sakkyndig likundersøkelse.

I lov 7. juni 1996 nr. 32 om gravplasser, kremasjon og gravferd skal § 13 første ledd lyde:

Fristene i § 10 annet ledd og § 12 gjelder ikke når avdødes legeme skal nyttes i samsvar med bestemmelsene i obduksjonslova eller det er besluttet sakkyndig likundersøkelse i medhold av straffeprosessloven § 228.

I lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning skal § 21 lyde:

§ 21 Forskning på humant biologisk materiale fra døde

For forskning på biologisk materiale som tas ut fra avdøde gjelder obduksjonslova § 7 første til tredje ledd om informasjon og nærmeste pårørendes rett til å nekte donasjon mv.

Lov 4. juni 1898 inneholdende visse Bestemmelser om Behandlingen af Lig opphevast.

§ 18 Iverksetjing

Lova gjeld frå den tida Kongen fastset. Kongen kan setje i verk dei einskilde føresegnene til ulik tid.

Presidenten: Det voterer alternativt mellom komiteens innstilling til A § 12 første ledd og forslag nr. 1, fra Kristelig Folkeparti.

Forslaget lyder:

«Ny transplantasjonslov § 12 Behandling med sikte på donasjon, første ledd skal lyde:

Når livreddande behandling er formålslaus, og det er svært sannsynleg at pasienten vil døy innan kort tid, kan legen som er ansvarleg for behandlinga av pasienten, ta avgjerd om at respirator- og annan organstøttande behandling skal forlengjast med sikte på donasjon. Igangsetjing av slik behandling med sikte på donasjon kan besluttast når pasienten har samtykta til donasjon. Behandling etter første punktum kan ikkje gjevast dersom ein av dei næraste pårørande, jf. § 3 bokstav d, nektar.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til innstillingen.

Voteringsstavlene viste at det var avgitt 83 stemmer for innstillingen og 9 stemmer for forslaget.

(Voteringsutskrift kl. 12.32.11)

Rigmor Andersen Eide (KrF) (fra salen): Jeg stemte feil.

Ingjerd Schou (H) (fra salen): Jeg stemte ikke.

Presidenten: Vi tar voteringen på nytt.

Voter ing :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til A § 12 første ledd og forslaget fra Kristelig Folkeparti ble innstillingen bifalt med 96 mot 7 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.33.30)

Presidenten: Det voterer alternativt mellom komiteens innstilling til A § 13 annet ledd og forslag nr. 3, fra Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«I lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev skal § 13 om samtykke frå avdøde og næraste pårørande sin rett til å nekte donasjon, annet ledd lyde:

Om ein ikkje kan klarleggje samtykket til den avdøde, kan ein likevel gjennomføre donasjonen, dersom det ikkje ligg føre forhold som tilseier at den avdøde ville ha motsett seg donasjon. Så vidt det er mogleg, skal ein spørje dei næraste pårørande til den avdø-

de om det ligg føre slike forhold. Avgjerd om donasjon skal treffast av behandlingsansvarleg i samråd med dei næraste pårørande til den avdøde.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til innstillingen.

Voter ing :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til A § 13 annet ledd og forslaget fra Sosialistisk Venstreparti ble innstillingen bifalt med 98 mot 4 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.33.53)

Presidenten: Det voterer alternativt mellom komiteens innstilling til B § 2 første ledd og forslag nr. 2, fra Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«I lov om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning skal § 2 Verkeområde første ledd lyde:

Lova gjeld for medisinsk obduksjon og donasjon av lekam til undervisning og forskning og anna behandling av lik. Reglane i § 7 gjeld tilsvarande for forskning på biologisk materiale som er tatt ut i samband med ein rettsmedisinsk obduksjon. Paragraf 8 første og tredje ledd gjeld tilsvarande for rettsmedisinske obduksjonar.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet at de stemmer imot innstillingen og for forslaget.

Voter ing :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling til B § 2 første ledd og forslaget fra Kristelig Folkeparti ble innstillingen bifalt med 98 mot 8 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.34.20)

Presidenten: Det voterer så over resten av paragrafene i A og B.

Voter ing :

Komiteens innstilling til resten av paragrafene i A og B ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Det voterer over lovenes overskrift og lovene i sin helhet.

Voter ing :

Lovenes overskrift og lovene i sin helhet ble enstemmig bifalt.

Presidenten: Lovvedtakene vil bli satt opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Sak nr. 4 [12:34:52]

Referat

1. (233) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om å stoppe planene for et storsykehus på Gaustad og å utvikle lokalsykehus tilbudet i Oslo universitetssykehus (Dokument 8:83 S (2014–2015))
2. (234) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Knag Fylkesnes, Audun Lysbakken og Kirsti Bergstø om sykestuer i Nord-Troms (Dokument 8:84 S (2014–2015))
Enst.: Nr. 1 og 2 sendes helse- og omsorgskomiteen.
3. (235) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjell-Idar Juvik, Eirin Sund, Magne Rommetveit, Ingvild Kjerkol og Sverre Myrli om endringer for bobiler i Norge (Dokument 8:82 S (2014–2015))
4. (236) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Hans Fredrik Grøvan, Olaug V. Bollestad, Geir S. Toskedal og Kjell Ingolf Ropstad om alkohol (Dokument 8:87 S (2014–2015))
Enst.: Nr. 3 og 4 sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.

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

Møtet hevet kl. 12.35.
