

**Møte torsdag den 28. mars 2019 kl. 10**

President: Tone Wilhelmsen Trøen

Dagsorden (nr. 61):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i spesialisthelsetenestelova m.m. (avvikling av meldeordninga m.m.) (Innst. 181 L (2018–2019), jf. Prop. 30 L (2018–2019))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag, Tore Hagebakken, Tellef Inge Mørland og Elise Bjørnebekk-Waagen om åpenhet om enhetspriser på legemidler i norske sykehus, og om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe om å sikre full openheit om legemiddelpriis i den offentlege helsetenesta (Innst. 207 S (2018–2019), jf. Dokument 8:6 S (2018–2019) og Dokument 8:20 S (2018–2019))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sheida Sangtarash, Kari Elisabeth Kaski og Lars Haltbrekken om å kreve åpenhet om honorarer fra legemiddelindustrien til helsepersonell (Innst. 202 S (2018–2019), jf. Dokument 8:52 S (2018–2019))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak til Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan nås (Innst. 206 S (2018–2019), jf. Dokument 8:19 S (2018–2019))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Marit Arnstad, Bengt Fasteraune, Åslaug Sem-Jacobsen og Kjersti Toppe om sterkere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten (Innst. 203 S (2018–2019), jf. Dokument 8:48 S (2018–2019))
6. Referat

**Presidenten:** Den innkalte vararepresentant for Hordaland fylke, Hans Inge Myrvold, tar nå sete.

Fra Miljøpartiet De Grønnes stortingsgruppe foreligger søknad om å forlenge innkallingen av den møtende vararepresentant for Oslo, Kristoffer Robin Haug, til å gjelde til og med 29. mars under representanten Une Bastholms innvilgede permisjon 26.–29. mars.

Fra Fremskrittspartiets stortingsgruppe foreligger søknad om permisjon for representanten Ulf Leirstein i

dagene 28. og 29. mars for å delta i arbeidsgruppe i Østersjøkonferansen for Nordisk råd i Kaliningrad.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentant innkalles for å møte i permisjonstiden slik:  
For Østfold fylke: Bjørnar Laabak 28.–29. mars

**Presidenten:** Bjørnar Laabak er til stede og vil ta sete. Representanten Marit Knutsdatter Strand vil fremsette et representantforslag.

**Marit Knutsdatter Strand (Sp) [10:01:16]:** Jeg vil på vegne av representanten Marit Arnstad og meg selv legge fram et representantforslag om å ivareta norske forskningsmiljøer ved innføringen av Plan S.

**Presidenten:** Representanten Kristoffer Robin Haug vil fremsette et representantforslag.

**Kristoffer Robin Haug (MDG) [10:01:42]:** På vegne av meg selv og framtidige generasjoner vil jeg fremme et forslag om et mer bærekraftig forbruk.

**Presidenten:** Representanten Anniken Huitfeldt vil fremsette et representantforslag.

**Anniken Huitfeldt (A) [10:02:05]:** Jeg vil på vegne av representantene Arild Grande, Martin Kolberg, Marianne Marthinsen, Leif Audun Sande, Jonas Gahr Støre, Hadia Tajik og meg selv framsette et representantforslag om anstendighet for renholderne i Forsvaret og en fornuftig organisering av renholdet i forsvarssektoren.

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

*Valg av settepresident*

**Presidenten:** Presidenten vil foreslå at det velges en settepresident for Stortingets møte i dag – og anser det som vedtatt.

Presidenten vil foreslå Kari Kjønnaas Kjos.

– Andre forslag foreligger ikke, og Kari Kjønnaas Kjos anses enstemmig valgt som settepresident for dagens møte.

Sak nr. 1 [10:02:46]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i spesialisthelsetenestelova m.m. (avvikling av meldeordninga m.m.)* (Innst. 181 L (2018–2019), jf. Prop. 30 L (2018–2019))

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

Videre vil presidenten foreslå at det – innenfor den fordelte taletid – blir gitt anledning til inntil 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.

Første taler er Mats A. Kirkebirkeland på vegne av saksordfører Sveinung Stensland.

**Mats A. Kirkebirkeland (H) [10:03:31]:** Jeg vil på vegne av saksordføreren, Sveinung Stensland, takke komiteen for samarbeidet i saken. Det viktigste i helse-systemet vårt er pasienten. Enhver beslutning må derfor sikre at behandlingen pasienten får, blir best mulig.

En viktig forutsetning for at vi skal kunne ha likebehandling av pasienter, er at alle følger de samme prinsippene for prioritering. Hvis man ikke har noen prinsipper som ligger til grunn, blir det helt tilfeldig hvilke prioriteringer som gjøres i det daglige. Det er derfor vi la fram prioriteringsmeldingen i 2016, hvor et enstemmig storting sluttet seg til de tre foreslåtte prioriteringskriteriene: nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helsetjenesten handler om å fordele ressursene i helsetjenesten til noen områder og tiltak framfor andre.

Offentliggjøring av legemiddelpriser gir liten innsikt i hvorvidt det er riktig å prioritere en behandling eller et legemiddel. Prioriteringen må legge kostnadseffektivitet til grunn, hvor pris bare er ett av flere elementer. Et nytt legemiddel kan faktisk være kostnadseffektivt – av og til kostnadsbesparende – selv om det har en høyere pris enn legemiddelet det erstatter. Endringene som ble gjort, har ført til at innføringen av legemidler for bruk i helsetjenesten nå er bedre kontrollert enn noen gang tidligere.

Det viktigste i denne saken er derimot at åpenhet om legemiddelpriser ikke alltid vil komme pasienten til gode. Å akseptere hemmelige priser gir oss ofte lavere priser enn vi ellers hadde oppnådd dersom endelig pris var offentlig. Samtidig må vi huske at maksimalprisen på legemidler som finansieres av spesialhelsetjenesten, er offentliggjort. Det er kun rabatten som etter en konkret vurdering kan anses som forretningshemmelig og unntas offentlighet. Innkjøper betaler da et lavere beløp enn maksimalprisen.

Vi ønsker alle mest mulig åpenhet rundt beslutningsprosessene i helsevesenet. Derfor har vi både åpenhet om prinsippene som ligger til grunn for valgene som tas, og åpenhet om utrednings- og beslutningsprosessene i systemet for nye metoder.

Norge er en liten aktør i et globalt marked for legemidler. Et særnorsk krav om åpenhet kan innebære at vi går glipp av rabatter som er nødvendige for at vi skal kunne ta i bruk nye innovasjoner og medisiner. Det vil norske pasienter ikke være tjent med.

**Ingvild Kjerkol (A) [10:06:20]:** Nå er jeg litt usikker på hva som skjedde. I hvert fall må vi forsikre oss om at innstillingen i saken blir lagt fram. Det handler om endringer i spesialisthelsetjenesteloven, det er første sak på dagsordenen.

Jeg vil si at helsetjenesten er utrolig komplisert. Det utføres flere millioner behandlinger årlig, og det leder til kontinuerlig risiko for alvorlige hendelser. Selv om norske helsefagarbeidere gjør alt de kan for å forhindre feil i tjenesten, vil det alltid være forbedringspotensial i et komplekst system. Feil kan og vil oppstå, og det viktigste er at vi lærer av dem.

Meldeordningen i spesialisthelsetjenesteloven kunne vært et godt verktøy for dette. I 2017 publiserte Helsedirektoratet et notat bygget på meldingen om selvmord på institusjon, med læringspunkter for forbedring. Et år etter, rett før jul i fjor, laget NRK en rekke saker om de samme hendelsene. De forbedringspunktene NRK avdekket, hadde blitt avdekket tidligere, men man hadde ikke gått fra datainnsamling til handling og forbedring i tjenesten.

Et annet eksempel: En kreftsyk eldre kvinne fikk på St. Olavs hospital injisert kaliumklorid istedenfor kalsiumklorid. I tilsynsrapporten påpeker Helsetilsynet at HelseDirektoratet noen måneder før feilen på St. Olavs hadde publisert et læringsnotat som tok opp akkurat denne problemstillingen, etter at samme forbyttning hadde skjedd på et annet sted i Norge og det var meldt det inn. Meldeordningen hadde plukket opp problemstillingen, et læringsnotat var publisert, men informasjonen var ikke kommet ut til avdelingene.

Vi vil utvikle meldeordningen. Arbeiderpartiet mener den bør tjene den hensikten den var ment å tjene, men at den kan utvikles til å fungere enda bedre hvis man lykkes med å få læringsnotatene ut. Første halvdel fungerer bra: Man samler inn feilrapporteringer og finner felles utfordringer. Det er andre halvdel som svikter – man får ikke satt kunnskapen i system.

Et stort flertall av høringsinstansene er derfor imot denne endringen. Det gjelder HelseDirektoratet, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Pasient- og brukerombudet, FFO og Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. HelseDirektoratet uttalte at å fjerne meldeordningen gir redusert mulighet til å kunne identifisere ukjente risikoområder og medvirkende faktorer.

Meldeordningens viktigste fordel er at også nestenfeil – tilfeller der noe gikk feil, men der man fikk forhinn-

dret skade hos pasienten – meldes inn og danner grunnlag for læring. En annen stor fordel er at man melder inn anonymt. Da tør flere si fra når noe er galt.

Høyregjeringen vil ha en havarikommisjon. En havarikommisjon har vi for store ulykker. I helsetjenesten vil det trekke oppmerksomheten bort fra det kontinuerlige forbedringsarbeidet og bidra til ytterligere fragmentering av pasientsikkerhetsarbeidet.

Med dette vil jeg ta opp forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

**Presidenten:** Representanten Ingvild Kjerkol har tatt opp det forslaget hun refererte til.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [10:10:43]:** Sidan 2014 har minst 14 menneske mista livet sitt på grunn av sjukehusstapbar som kunne vore unngått. Dette avslørte NRK 18. mars i år.

I etterkant av avsløringa innrømde helseministeren at det er store utfordringar med kvaliteten og pasienttryggleiken på sjukehusa. Samstundes vil han altså leggja ned meldeordninga for spesialisthelsetenesta.

Med rundt 10 000 meldingar årleg er dette ei mykje brukt ordning. Det er òg den einaste ordninga der føremålet er at helsetenesta skal læra av feila som vert gjorde, ikkje berre når feil får alvorlege konsekvensar.

Mange tilsette i sjukehusa fortel at det rår ein fryktkultur i føretaka. Då er det heilt avgjerande at det finst ein trygg kanal der helsepersonell kan melde frå anonymt om at det har skjedd feil, utan å måtta risikera sanksjonar.

Eit stort fleirtal av høyringsinstansane har vore imot å leggja ned meldeordninga, inkludert dei som veit kor skoen trykkjer, som bl.a. Legeforeininga, Sjukepleiarforbundet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Pasient- og brukarombodet. Dei átvarar alle mot avviklingar utan at det finst eit alternativ som varetek omsynet om å førebyggja uønskte hendingar ved hjelp av læring.

Dette omsynet vert ikkje vareteke ved å utvida varslarordninga til Helsetilsynet. Varslarordninga har sanksjonering som føremål, og skal berre konsentrera seg om dei mest alvorlege hendingane i helsetenesta. Det same vil den nye undersøkingskommisjonen, og dette vil gje auka fragmentering i pasienttryggleiksarbeidet.

Regjeringspartia meiner altså at meldeordninga ikkje har hatt god nok effekt i å forhindra uønskte hendingar. Ja, det er klart eit forbetringspotensial, men løysinga er likevel ikkje å leggja ned denne ordninga. Tvert om bør me forbetra meldeordninga, slik at ho fungerer etter hensikta, så helsetenesta kan læra av feila sine og førebyggja at nye feil skjer.

Regjeringa bør heller leggja til rette for at det vert utarbeidd fleire læringsnotat på bakgrunn av meldingane i ordninga, og ein bør sikra at læringsnotata vert brukte

aktivt i arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik i sjukehusa.

I NOU 2015:11, Med åpne kort, kom det fleire tydelege, faglege råd frå Arianson-utvalet. Ei av dei fremste tilrådingane frå utvalet var at meldeordninga bør utvidast til å gjelda heile helse- og omsorgstenesta. I tillegg konkluderte utvalet med at òg brukarar og pårørande burde få moglegheit til å melde inn hendingar i ordninga. Ikkje minst understreka utvalet at Noreg bør ha ei sanksjonsfri meldeordning, og at dette er viktig i arbeidet for å sikra større openheit om uønskte hendingar. Desse råda bør helseministeren lytta til om han tek kvalitet og pasienttryggleik på alvor.

Med det viser eg til forslaga som Senterpartiet er med på.

**Statsråd Bent Høie [10:14:48]:** Jeg er opptatt av at vi har en helsetjeneste som skal lære av alvorlige og uønskede hendelser for å gjøre tjenestene enda bedre og pasientene enda tryggere. Men jeg mener at meldeordningen ikke er det rette verktøyet i denne jobben. Jeg vil derfor avvikle meldeordningen og heller bruke disse ressursene til å utvide dagens varslingsordning. Jeg er glad for at komiteens flertall også støtter dette synspunktet.

Vi har tatt grep på flere områder:

I mange år har vi hatt en havarikommisjon for transportsektoren som går gjennom hendelsesforløpet ved ulykker for å finne ut hva som har skjedd, og hva vi kan lære. Nå har vi fått på plass en egen undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten som skal bidra nettopp til læring og forebygging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, en ordning som nettopp ikke inneholder noen former for sanksjoner.

I dag er det bare spesialisthelsetjenesten som kan varsle om alle alvorlige hendelser til Helsetilsynet. Nå når varselordningen utvides, får også de kommunale og de private helse- og omsorgstjenestene den samme plikten. Varselordningen innebærer at Helsetilsynet raskt vurderer varslene og foretar tilsyn på stedet – dersom det er nødvendig. Utvidelsen vil også gi Helsetilsynet bedre oversikt over risikoområder i helse- og omsorgstjenesten – ikke bare i spesialisthelsetjenesten.

Jeg vil presisere at helse- og omsorgstjenesten fortsatt skal ha oversikt over avvik og uønskede hendelser – og følge disse opp. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller også tydelige krav om at alle ledere skal ha oversikt over risiko for svikt i egen virksomhet, og ta grep for å redusere denne risikoen.

Kvalitet og pasientsikkerhet er et viktig tema jeg har i styringsdialogen med helseregionene, og som jeg selvfølgelig jevnlig tar opp med dem. Pasientsikkerhet har også vært fast tema i den årlige kvalitetsmeldingen til

Stortinget, som skal diskuteres om kort tid. Målet med kvalitetsmeldingen er å skape oppmerksomhet og bevissthet om kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, både i helsepolitikken og på alle nivåer i tjenesten.

Proposisjonen som Stortinget skal behandle i dag, gjelder også lovendringer som legger til rette for elektronisk døds melding. Jeg er glad for at en enstemmig komité slutter seg til regjeringens forslag om å modernisere dette systemet. Elektronisk døds melding vil gi et mer oppdatert folkeregister og dødsårsaksregister. Dette vil bl.a. gi samfunnsøkonomiske gevinster og være nyttig i beredskapssituasjoner, f.eks. under en pandemi eller en miljøkatastrofe.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Ingvild Kjerkol (A) [10:17:52]:** Statsråden og regjeringen vil i dag – med flertallet i salen – avvikle meldeordningen og utvide varslingsordningen, som statsråden sier. Han sier også i sitt innlegg at varslingsordningen fører til at Helsetilsynet raskt kan foreta tilsyn. Det som er bra med meldeordningen, er at det er en sanksjonsfri, lavterskel måte å si fra om ting som ikke fungerer, på, og den fanger også opp feil og mangler som ikke gir dramatiske utfall, og derav muligheter for tilsyn, sanksjoner og den typen reaksjon. Men er det ikke veldig bra at man kan lære av nestenfeil? Og hvordan har statsråden tenkt at det skal foregå i framtiden?

**Statsråd Bent Høie [10:18:45]:** Det skal foregå på den måten at virksomhetene fortsatt skal melde fra ved den typen situasjoner, og ved at vi har innført en forskrift om kvalitet og ledelse som pålegger ledelsen å bruke det verktøyet når en går igjennom egen virksomhet. Det er heller ingen ting i veien for at Helsedirektoratet, basert på den store mengden data vi har knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet, også i framtiden utarbeider f.eks. læringsnotater, men erfaringen så langt er at disse i liten grad blir brukt i tjenesten. Meldeordningen skaper også usikkerhet og uklarhet, for den gir ingen tilbakemelding til den enkelte som melder fra, slik den er i dag. Jeg ser av debatten i tjenesten også at det kontinuerlig skjer sammenblandinger mellom varslingsordningen og meldeordningen.

**Ingvild Kjerkol (A) [10:19:46]:** Arbeiderpartiet har sagt at vi bør videreutvikle meldeordningen fordi den har noen åpenbare, gode kvaliteter ved at den lager læringsnotat, og det er lav terskel for å melde, også om nestenhendelser. Slik sett er det den andre halvdel som ikke fungerer, nemlig det å ta konsekvensen av lærdommen og sette den ut i praksis. Statsråden sier at dette skal løses gjennom ledelse ved den enkelte virksomhet. Det som er bra med meldeordningen, er at læ-

ringsnotatene distribueres på tvers av avdelinger, på tvers av sykehus. Uhell som har skjedd ved ett sykehus, kan et annet sykehus lære av. Hvordan skal man ivareta det når man etter statsrådets syn legger så tungt ansvar på ledelsen ved den enkelte avdeling og den enkelte virksomhet? Her er det jo viktig at helsetjenesten opptrer som nettopp én helsetjeneste, at feil som har oppstått på én plass, ikke begås helt unødvendig andre steder i helsetjenesten.

**Statsråd Bent Høie [10:20:51]:** Ja, det er også en av mine hovedbekymringer, at en i altfor liten grad lærer på tvers. Representantens historie i hovedinnlegget viser nettopp det, og det var også en god illustrasjon på at læringsnotatene ikke bidrar til læring på tvers. Derfor jobber nå Helsedirektoratet med utvikling av ordninger der en i større grad har muligheten til å melde raskt, på tvers i helsetjenesten, når det oppstår og blir gjort feil, eller oppstår mangler som det er viktig at de andre som jobber med det samme, raskt får beskjed om. Jeg har mer tro på at vi da raskt kan få varslet på tvers i tjenesten, enn med en ordning som denne, som tar fryktelig lang tid, og der en ikke vet hvilke områder det blir laget læringsnotater på. Det vi vet, er at læringsnotatene har hatt liten effekt. Jeg har mer tro på rask og effektiv informasjon på tvers i tjenesten når en har faktiske hendelser.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [10:22:06]:** Som eg gjorde greie for i det tidlegare innlegget mitt frå talarstolen, var ei av hovudtilrådingane til Arianson-utvalet, ei lang rekkje høyringsinstansar og internasjonale organisasjonar, som bl.a. Verdas helseorganisasjon og Europarådet, at det er behov for ei sanksjonsfri meldeordning. Likevel vil helseministeren sjå vekk frå dette og avvika denne ordninga som me har i Noreg. Eg meiner Stortinget saknar eit gyldig grunnlag for akkurat dette.

**Statsråd Bent Høie [10:22:46]:** Jeg mener at det er et godt gyldig grunnlag bl.a. i den offentlige utredningen som representanten viste til i sitt innlegg. I den utredningen settes det spørsmålsteget ved resultatene av meldeordningen. Det samme kan vi gjøre når det gjelder de resultatene som allerede var klare på det tidspunktet denne ordningen ble innført, bl.a. fra Danmark. En må se på de erfaringene en faktisk har når det gjelder disse ordningene, og ta dem inn over seg. Nå har vi etablert, riktignok mot stemmene til Senterpartiet og Arbeiderpartiet, en undersøkelseskommissjon som skal gå inn i saker og kunne gi en bred bakgrunnsanalyse og jobbe systematisk med dette for å kunne ha læringsordninger som er sanksjonsfrie. Det er veldig viktig at undersøkelseskommissjonens metode nettopp er en sank-

sjonsfri metode. Jeg har mer tro på den sanksjonsfrie metoden enn på meldeordningen.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [10:23:47]:** Eg registrerer svaret. Eg er framleis uroa. Ministeren understreka igjen her no sitt forsvar for å avvika, at det skal meldast internt i helseføretaka. Men NRK si avsløring om sjukehusfeila som kunne vore unngått, viser at nettopp det å ta i bruk erfaringar frå andre sjukehus kunne ha forhindra dødsfall. Ser ikkje ministeren at det på bakgrunn av dette er behov for å dela erfaringar på tvers av sjukehusa?

**Statsråd Bent Høie [10:24:23]:** Jo, men Einstein har sagt noe veldig klokt om det å gjøre det samme og forventet et annet resultat. Alt det som representanten viser til, og som også andre i sine innlegg har vist til, er at situasjonen som har oppstått, er utviklet i en periode der vi over lang tid nå har hatt denne meldeordningen. Den har ikke gitt de ønskede resultatene. Jeg tror ikke at det bare å gjøre mer av det samme, er svaret. Vi må faktisk være villig til å tenke nytt på dette området, og det er det regjeringen og regjeringspartiene gjør.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

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

**Mats A. Kirkebirkeland (H) [10:25:14]:** Ved en inkurie ble det holdt feil innlegg i feil sak her tidligere, så jeg vil gjerne, på vegne av saksordføreren og flertallet i komiteen, takke for samarbeidet i saken.

Meldeordningen består av anonyme meldinger til Helsedirektoratet om hendelser som har, eller kunne ha, ført til betydelig skade på pasienten. Meldingene brukes i dag til å lage noen få læringsnotater til tjenesten om risikoforhold og en årsrapport med samlet statistikk. Ordningen har ikke hatt dokumentert effekt, og ressursene kan i stedet brukes bedre gjennom bl.a. å utvide den viktige varslingsordningen ved alvorlige hendelser. Det er ikke dokumentert at meldeordningen har hatt tilsiktet effekt for læring innad eller på tvers av helseforetakene, eller for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

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

Sak nr. 2 [10:26:18]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag, Tore Hagebakken, Tellef Inge Mørland og Elise Bjørnebekk-Waagen om åpenhet om enhetspriser på legemidler i norske sykehus, og om*

*Representantforslag frå stortingsrepresentant Kjersti Toppe om å sikre full openheit om legemiddelprisar i den offentlege helsetenesta* (Innst. 207 S (2018–2019), jf. Dokument 8:6 S (2018–2019) og Dokument 8:20 S (2018–2019))

**Presidenten:** Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det – innenfor den fordelte taletid – blir gitt anledning til inntil 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.

Første taler er Mats A. Kirkebirkeland, på vegne av sakens ordfører, Sveinung Stensland.

**Mats A. Kirkebirkeland (H) [10:27:20]:** Jeg vil gjerne, på vegne av saksordfører Sveinung Stensland, takke komiteen for samarbeidet i saken.

Det viktigste i helsesystemet vårt er pasienten. Enhver beslutning må derfor sikre at behandlingen pasienten får, blir best mulig.

En viktig forutsetning for at vi skal kunne ha likebehandling av pasienter, er at alle følger de samme prinsippene for prioritering. Hvis man ikke har noen prinsipper som ligger til grunn, blir det tilfeldig hvilke prioriteringer som gjøres i det daglige. Det var derfor vi la fram prioriteringsmeldingen i 2016, hvor et enstemmig storting sluttet seg til de tre foreslåtte prioriteringskriteriene: nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse-tjenesten handler om å fordele ressursene i helsetjenesten til noen områder og tiltak framfor andre.

Offentliggjøring av legemiddelpriser gir liten innsikt i hvorvidt det er riktig å prioritere en behandling eller et legemiddel. Prioriteringen må legge kostnadseffektivitet til grunn, hvor pris bare er ett av flere elementer. Et nytt legemiddel kan derfor faktisk være kostnads-effektivt, og til og med kostnadsbesparende, selv om det har en høyere pris enn legemiddelet det erstatter.

Endringene som ble gjort, har ført til at innføring av legemidler for bruk i helsetjenesten nå er bedre kontrollert enn noen gang tidligere.

Det viktigste i denne saken er derimot at åpenhet om legemiddelpriser ikke alltid vil komme pasienten til gode. Å akseptere hemmelige priser gir oss ofte lavere priser enn vi ellers ville ha oppnådd dersom endelig pris var offentlig.

Samtidig må vi huske at maksimalprisen på et legemiddel som finansieres av helsetjenesten, er offentliggjort. Det er kun rabatten som etter en konkret vurdering kan anses som forretningshemmelig og unntas fra

offentligheten. Innkjøper betaler da et lavere beløp enn maksimalprisen.

Vi ønsker alle mest mulig åpenhet rundt beslutningsprosessene i helsevesenet. Derfor har vi både åpenhet om prinsippene som ligger til grunn for valgene som tas, og åpenhet om utrednings- og beslutningsprosessene i systemet for nye metoder.

Norge er en liten aktør i et globalt marked for legemidler. Et særnorsk krav om åpenhet kan innebære at vi går glipp av rabatter som er nødvendige for at vi skal kunne ta i bruk nye innovasjoner. Dette vil ikke norske pasienter være tjent med.

**Tuva Moflag (A) [10:30:03]:** Tenk deg at du er alvorlig syk, og det finnes en medisin som kan hjelpe deg, men legen sier at den er for dyr. Hvor dyr? Nei, det får du ikke vite – det får ikke offentligheten vite. I de tilfellene der det i praksis er kun ett legemiddel som brukes mot en bestemt sykdom, medfører hemmeligholdet at offentligheten ikke får kjennskap til samfunnets legemiddelutgifter til hele pasientgrupper.

En samlet komité understreker viktigheten av åpenhet. Til tross for en enighet knyttet til dette vil regjeringspartiene i dag stemme imot forslagene som fremmes.

Offentlige anskaffelser av legemidler til spesialisthelsetjenesten har en lang tradisjon i Norge. Siden 1995 har legemiddelinnkjøps samarbeidet, LIS, hatt ansvaret for å konkurransesette legemidler til bruk i spesialisthelsetjenesten. Gjennom offentlige anbud har enhetspriser på legemidler vært åpent tilgjengelig fram til 2016. Denne tradisjonen er brutt på helseminister Bent Høies vakt.

I juni 2015 ble LIS virksomhetsoverført fra Sykehusapotekene til Helseforetakenes Innkjøpsservice, HINAS. Nasjonale avtaler for legemidler og andre varer og tjenester ble da samlet i ett selskap. I mars 2016 sendte HINAS brev til alle landets helseforetak der det ble varslet at enhetspriser skal være konfidensielle. Beslutningen om hemmelighold av enhetspriser på legemidler ble tatt av direktørene i de regionale helseforetakene i februar 2017. Begrunnelsen for beslutningen var at hemmelighold var nødvendig for å etterleve offentlighetsloven og forvaltningsloven. Beslutningen opphevet dermed over 20 års praksis med åpenhet.

Beslutningen om hemmelighold av enhetspriser har blitt kritisert fra en rekke hold, bl.a. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Apotekerforeningen, Legeforeningen og Sivilombudsmannen. Pressen spiller også en kritisk rolle som folkets vaktbikkje. For å etterprøve om fellesskapets midler blir brukt riktig, er journalistene avhengig av tilgang til informasjon. Norsk Journalistlag, Norsk Redaktørforening og Norsk Presseforbund er i sitt høringsinnspill samstemte om at hemmelighold

av legemiddelpriser svekker pressens mulighet til å berive slik journalistikk og kan vise til flere eksempler på viktig nyhetsjournalistikk som det ikke hadde vært mulig å lage med dagens praksis med hemmelighold.

Det finnes ingen empiri på at hemmelighold gir lavere legemiddelpriser. Uansett er åpenhet en verdi i seg selv, som eksempelvis er beskrevet her:

«Åpenhet og innsyn er grunnleggende i et demokrati. Åpenhet gir borgerne mulighet for større innflytelse i beslutningsprosesser og er svært viktig for å opprettholde allmenn tillit til det politiske systemet.»

Denne teksten er hentet fra Venstres nettsider.

Med det tar jeg opp de forslagene som Arbeiderpartiet er en del av, og håper at Venstre tenker seg om en ekstra gang før vi går til votering i ettermiddag.

**Presidenten:** Representanten Tuva Moflag har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [10:33:23]:** Jeg kan forstå ønsket om åpenhet, det er et godt utgangspunkt i all forvaltning. Konkurransetilsynet peker på at en vel fungerende konkurranse er helt avgjørende for å sikre lavest mulig pris på legemidler og for å legge til rette for mest mulig innovasjon i markedet. Fremskrittspartiet støtter dette utgangspunktet og mener at konkurranse er et effektivt virkemiddel i alle sektorer. Hvorvidt det skal være åpenhet om legemiddelpriser eller ikke, handler ikke her om et prinsipp, men om en vurdering av konkurransesituasjonen.

Markedet er konsentrert med et fåtall store aktører. I slike markeder vil offentliggjøring av priser øke risikoen for at aktørene koordinerer seg, noe som øker faren for anbudssamarbeid mellom aktørene. Det kan gjøre det vanskeligere for helseforetakene å forhandle fram rabatter, fordi legemiddelfirmaene risikerer å bli utsatt for press fra andre innkjøpere om å gi tilsvarende rabatter. Da vil Norge kunne framstå som et lite gunstig marked å gi rabatter til.

Konkurransetilsynet understreker at ved en vurdering av offentliggjøring av priser må man også se på kostnadene ved å ta andre hensyn enn de konkurransemessige.

Åpenhet om legemiddelpriser vil ikke alltid komme pasientene til gode. I enkelte tilfeller vil det kunne resultere i høyere priser. Det er ingen som gjennom denne saken kan dokumentere at det er feil. Derfor vil Fremskrittspartiet forholde seg til råd fra Konkurransetilsynet, og vi vil da ikke pålegge full åpenhet om legemiddelpriser.

Det viktigste for oss er at pasienten får god behandling og riktige medisiner, og at prisen for dette er så lav som mulig.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [10:35:20]:** Åpenhet om legemiddelprisen i det offentlige helsevesen er en svært viktig sak. Det er tatt opp av Senterpartiets helsepolitiske talskvinne, Kjersti Toppe, mange ganger, og vi står for åpenhet. Det skaper mye debatt, og ikke minst Bergens Tidende har gjort en forbilledlig god folkeopplysningsjobb i denne saken, og jeg er Bergens Tidende stor takk skyldig.

Hva mener høringsinstansene? Hvem er det som ikke ønsker åpenhet? Jo, det er legemiddelindustrien, det er Konkurransetilsynet, og det er Sykehusinnkjøp HF, mens de som er på motsatt side, som ønsker åpenhet, er Helsedirektoratet, Legeforeningen, Apotekforeningen, Legemiddelverket og pressens organisasjoner. Derfor er det ganske spesielt at en bruker legemiddelindustriens argumentasjon her fra regjeringspartiene, når legemiddelindustrien ønsker lukkethet, og jeg regner med at de ønsker det fordi det tjener deres interesser.

Senterpartiet er med på grundige merknader og to forslag til vedtak, som er grundig gjennomarbeidet gjennom komiteens behandling. Ved merknader og forslag har Senterpartiet med glede fått erfare at Arbeiderpartiet nå er sammen med Senterpartiet om felles merknader i opposisjon, så nå står Senterpartiet, Arbeiderpartiet og SV sammen i komiteen.

Hovedstolper i Senterpartiets syn er at det var åpenhet om priser ved anbudskonkurranse fram til 2016. Ved hemmelighold er det ikke mulig for pasienter, offentlighet og presse å etterprøve statens pengebruk på medisiner, og det er heller ikke mulig å etterprøve om prioriteringsreglene følges.

Dagens hemmelighold ble innført plutselig i 2016. Lovverket – altså offentlighetsloven og forvaltningsloven – er det samme som før og etter 2016, og etter dette lovverket hadde vi altså hatt åpenhet i mer enn 20 år før 2016. Hemmelighold ble innført ikke som endring av lov eller forskrift, men som administrativt vedtak i statens innkjøpsorganer.

Hva er situasjonen i Sverige og Danmark? I all hovedsak åpenhet om priser for anbudskonkurranse, ved forhandlinger noen ganger hemmelighold. Det framgår av rapporten som de fire helseforetakene kom med i februar 2018. Forslaget fra Senterpartiet med flere er helt i tråd med det som er situasjonen i Sverige og Danmark.

Innstillinga er etter min erfaring meget spesiell, for regjeringspartiene har bare to svært korte avsnitt med merknader. Det ene er poenget om at legemiddelprisene kan gå motsatt vei. Som jeg har sagt: Det er ganske spesielt, det er ikke dokumentert på annen måte. Og det andre poenget er at regjeringspartiene sier at åpenhet trolig vil kunne kreve lovendring – en meget spesiell begrunnelse at det vil kunne kreve lovendring når

åpenheten innebar at vi brukte samme lov som det som er loven i dag. Det er en argumentasjon som ikke står til troende.

**Sheida Sangtarash (SV) [10:38:32]:** Hvis vi ser på de lange linjene, er dette en sak som handler om vårt demokrati. Det er det åpenhet handler om. Folkeopplysning er grunnleggende i et demokrati. Her vil jeg påpeke pressens viktige rolle – hvor tilgangen til informasjon er helt avgjørende for kritisk journalistikk og folkeopplysning. Friheten til å ytre seg er altså avhengig av tilgangen til informasjon.

Fra politisk side er dette et spørsmål om prioriteringer, selvsagt. Dette blir særlig viktig i årene som kommer, hvor avveiningen mellom pasientenes tilgang til medisiner opp mot spørsmålet om medisinerens effekt og økonomisk effektivitet er avgjørende når det gjelder våre prioriteringer. Så ytringsfrihet og åpenhet har altså en materiell funksjon som er knyttet til pasientenes liv og helse. Så offentligheten har rett til å vite hvordan pengene blir prioritert og omfordelt. Vi må få lov til å vite hvilke faglige vurderinger som ligger til grunn for prioriteringene i helsevesenet.

Et eksempel som vi har sett nå, gjelder immunterapi for kreftpasienter, der Beslutningsforum for nye metoder påstår at behandlingen ikke er kostnadseffektiv, men fagfolk har ikke mulighet til å vurdere dette. Det er en sak som for oss handler om tillit – tilliten til helsevesenet. For oss er det helt uforståelig hvorfor regjeringen ikke engang blir med på at det skal gis innsyn selv etter at forhandlingene er avsluttet. Hvorfor Norge skal ha mindre åpenhet enn våre naboland, er helt uforståelig.

**Carl-Erik Grimstad (V) [10:40:57]:** Jeg skal være kort – kanskje litt for kort for representanten Lundteigen – men finner grunn til å understreke: Vi er enige om at når det gjelder legemiddelpriser, skal det være likebehandling på tvers av pasientgrupper. Vi er også enige om å nedfelle noen prinsipper for denne prioriteringen. Vi er også enige om mest mulig åpenhet rundt alle beslutninger som tas i helsevesenet, også ved innkjøp av legemidler.

Venstre kommer alltid til å jobbe for mer åpenhet i offentlige prosesser. Åpenhet er vårt viktigste forsvar for vårt demokrati, og for at vi skal kunne kontrollere at vi fordeler ressursene i samfunnet rettfærdig. Åpenhet styrker legitimiteten til beslutninger, og bør derfor være hovedregel, selv om det i enkelte tilfeller er nødvendig med hemmelighold, bl.a. av konkurransehensyn.

Jeg er glad for at regjeringen jobber for en åpenhet som sikrer likebehandling på tvers av pasientgrupper og beslutningssituasjoner. Vi trenger tydelige og prinsipielle avklaringer. Det er svært bra at vi nå har fått en pri-

oriteringsmelding som skal sikre en rettferdig fordeling av begrensede ressurser.

Prinsippet om mest mulig helse for hver krone teller sterkt i denne saken. Vi registrerer at Konkurransetilsynet i denne saken også synes å legge vekt på dette. Alle beslutninger som tas i helsetjenesten, må være velbegrunnede og ta sikte på best mulig ivaretagelse av alle pasienter. Det er ikke alltid gitt at den beste garantien for dette er åpenhet, og dette kommer spesielt til uttrykk i utviklingen i legemiddelmarkedet de siste årene. Konsekvensen av åpenhet avhenger av markedssituasjonen. Noen ganger krever industrien hemmelighold for å kunne gi rabatt i prisen, som kan være nødvendig for å kunne tilby visse legemidler. Noen ganger er hemmelighold nødvendig for å sikre best mulig behandling til enkelte pasientgrupper. Når det er sagt, må det være mulig at man kan ettergå beslutninger som er fattet, og at hemmelige legemiddelpriser etter en stund gjøres offentlige.

Jeg er glad for at statsråden vil presse på for etterprøvrbarhet. Jeg er glad for at han med styrke hevder at åpenhet i utrednings- og beslutningsprosessene er nødvendige utgangspunkt, og jeg er glad for at regjeringen har intensivert det internasjonale samarbeidet på dette feltet. Granavolden-erklæringen slår dessuten fast hvor viktig åpenhet og innsyn er for demokratiet. Det skal gjelde for alle mennesker i alle deler av samfunnet. En regjering som Venstre er en del av, vil alltid jobbe for å sikre disse utgangspunktene. I helsevesenet må vi sikre at det er pasientene som er i fokus, og at de får den beste behandlingen. Da er det noen ganger nødvendig med hemmelighold, men det skal være unntaket og ikke regelen.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [10:43:50]** (komiteens leder): Det er ingen hemmelighet at Kristelig Folkeparti er enig med forslagsstillerne i at åpenhet rundt den offentlige forvaltningen generelt er et viktig samfunns gode, og at dette også gjelder for legemiddelindustrien. Jeg vil derfor understreke at Kristelig Folkeparti deler intensjonen om at hemmelighold av legemiddelpriser bør være unntaket istedenfor regelen. Derfor vil vi følge utviklingen på feltet, for vi vil selvsagt ikke komme dit hen at pasientenes informasjonsbehov og tillit til helsepersonellet svekkes.

Det er nettopp hensynet til pasientens beste som løftes fram av helseministeren i hans svar på dette representantforslaget. Statsråden viser til eksempler hvor muligheten til å unnta rabatten på en legemiddelpris fra offentligheten har vært avgjørende for at pasientene har fått tilbud om viktige medisiner. Det er hensynet til pasienten som må være det viktigste i denne debatten, og hvis, unntaksvis, hemmelighold av rabatter på legemid-

delpriser bidrar til å gi flere pasienter tilgang på medisinen de trenger, må det tas med i beregningen.

Jeg mener også det er verdt å minne om at maksimalprisen på legemidler som finansieres av spesialisthelsetjenesten, er offentlig tilgjengelig informasjon. Det er altså kun rabatten som etter en konkret vurdering kan unntas fra offentligheten. Men Kristelig Folkeparti kommer til å følge utviklingen videre og gjøre løpende vurderinger av situasjonen.

**Statsråd Bent Høie [10:45:44]:** Det skal være mest mulig åpenhet og transparens rundt beslutningsprosesser i helsetjenesten. Dette har regjeringen lagt til rette for bl.a. gjennom prosessene knyttet til innføring av nye metoder. I systemet for nye metoder er det åpenhet om utrednings- og beslutningsprosessene og åpenhet om prinsippene som ligger til grunn for beslutningene.

Situasjonen i legemiddelmarkedet har gitt oss et dilemma. Utviklingen har gått i retning av at industrien setter svært høye listepriser, men at de samtidig er villige til å forhandle om store rabatter, forutsatt at rabatten er skjult. Et mål om full åpenhet kan dermed komme i konflikt med målet om å gi pasientene rask tilgang til nye legemidler.

Dette blir tydelig i situasjoner hvor innkjøper forhandler om prisen på nye, dyre legemidler. Industrien tilbyr gode rabatter, mot at størrelsen på rabatten holdes skjult. Et krav om full åpenhet vil dermed kunne medføre at flere legemidler ikke blir tilgjengelige for pasientene, fordi den høye prisen tilsier at prinsippene for prioritering da ikke blir oppfylt.

Spinraza er et eksempel på et legemiddel som først kunne tilbys etter at helseregionene fikk rabatt fra leverandøren. Et krav om åpenhet i denne situasjonen kan derfor føre til at legemidlet ikke tilbys.

Mange land i Europa aksepterer skjulte rabatter. Det er et dilemma at de offisielle listepriene dermed ikke blir reelle. Jeg støtter arbeidet for mer åpenhet globalt, men jeg vil ikke ofre norske pasienters tilgang til nye legemidler før det globale markedet er endret.

Offentlighetsloven, forvaltningsloven og legemiddelloven åpner for at priser kan unntas fra innsyn. Forretningshemmeligheter skal unntas offentlighet, jf. forvaltningsloven § 13 første ledd. Det er de regionale helseforetakene som må vurdere spørsmålet om offentlighet innenfor lovens rammer.

Jeg ønsker å sikre pasientene rask og likeverdig tilgang til legemidler, basert på vedtatte prinsipper for prioritering. Jeg vil ikke sette ønsket om åpenhet foran muligheten til å gi pasientene rask tilgang til nye legemidler. Et ensidig krav om åpenhet vil etter min mening ikke være til pasientenes beste og vil innebære at norske pasienter betaler en høy pris for at Norge skal innta en sær-



posisjon i et spørsmål som er nødt til å løses globalt og internasjonalt.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Tuva Moflag (A) [10:48:55]:** Gjennom en artikkelserie i Bergens Tidende har det bl.a. framkommet at Helse Sør-Øst har kjøpt behandling for øyesykdommen våt AMD av Aleris til en pris på 200 mill. kr, mens det offentlige kan utføre samme behandling for 30 mill. kr. Den omstridte avtalen er nå avsluttet. Gjennom innspillene fra presseorganisasjonene kommer det fram at det ikke ville være mulig å lage slike saker nå, på bakgrunn av HINAS-vedtaket fra 2016.

Mitt spørsmål til statsråden er følgende: Ser statsråden verdien av avsløringene disse artiklene har ført til, og hva tenker han om at mangel på åpenhet vil gjøre slike avsløringer vanskeligere i framtiden?

**Statsråd Bent Høie [10:49:39]:** Som jeg sa i mitt innlegg: Også jeg ønsker mest mulig åpenhet, også for presen inn i helsetjenesten. Det har vært – og er – et viktig prinsipp for meg.

Nå er det slik at den saken som representanten viser til, er en sak også Helse Sør-Øst har jobbet med før Bergens Tidende skrev om den, men det er for så vidt et sidespor.

En kommer til slutt til det som er det avgjørende spørsmålet når en har ansvar for behandlingen av pasientene: Skal prinsippet om åpenhet settes så høyt at en også er villig til å si nei til nye behandlingsmetoder for pasientene? Til det er mitt svar nei.

**Tuva Moflag (A) [10:50:24]:** Det var egentlig ikke det som var mitt spørsmål. Mitt spørsmål var om statsråden ser verdien av avsløringene artiklene har ført til, og ikke minst hva han tenker om at mangel på åpenhet vil gjøre det vanskeligere med slike saker i framtiden. Det var pressens mulighet til å gjøre sin jobb, helt konkret, basert på HINAS-vedtaket i 2016, jeg ønsket en kommentar fra statsråden på.

**Statsråd Bent Høie [10:50:54]:** Det var det jeg også svarte på.

Så er det slik at HINAS, på samme måten som alle andre offentlige organ, må forholde seg til konkurranselovgivningen. Der er det informasjon som skal holdes hemmelig. Jeg ser at enkelte har stilt spørsmål ved at dette har vært informasjon som har vært til dels åpen tidligere. Det er ikke noe nytt fenomen at en også i offentlig forvaltning gjennomgår regelverket og justerer praksis hvis en oppdager at en har hatt en praksis tidligere som det er grunn til å stille spørsmål ved.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [10:51:38]:** Påstanden fra regjeringa er at det blir høyere priser ved åpenhet, og da er det jo veldig spesielt at legemiddelindustrien støtter det standpunktet at en ikke skal ha åpenhet. Konkurransetilsynet støtter regjeringa, og i en kronikk i Bergens Tidende 20. oktober 2018 av sjeføkonom Kurt Brekke i Konkurransetilsynet trekker han fram to eksempler som viser at offentliggjøring av priser har hatt utilsiktet virkning. Det ene er ferdigsement i Danmark og det andre er bensin i Chile.

Helsedirektoratet og Legemiddelverket vil ha åpne legemiddelpriser. Der finnes det helsefagfolk og økonomer som kjenner legemiddelmarkedet meget godt, fordi det er deres jobb.

Mitt spørsmål er: Hvorfor lytter ikke statsråden til sine egne fagfolk, som har faglig ansvar på området, når det gjelder prisene?

**Statsråd Bent Høie [10:52:38]:** Det gjør jeg også, og det er stor forskjell på mitt standpunkt og legemiddelindustriens standpunkt. Jeg jobber for åpenhet. Det gjør jeg både nasjonalt og internasjonalt. Jeg er uenig med legemiddelindustrien i at vi skal ha hemmelige legemiddelpriser. Derfor jobber jeg internasjonalt for å bekjempe det standpunktet.

Det som er spørsmålet som vi må ta stilling til i dag, er om Norge skal løfte prinsippet om åpenhet på et nasjonalt nivå så høyt at de norske pasientene betaler en veldig høy pris for det, gjennom at nye behandlingsmetoder vil bli tatt i bruk i Norge senere, eller ikke i det hele tatt, fordi vi da ikke vil ha muligheten til å oppnå de rabattene som vi i dag får gjennom å akseptere at de er hemmelige. Det er også vel dokumentert internasjonalt. Størrelsen på disse rabattene varierer mellom 20 og 60 pst. av listepriene så lenge avtalene er hemmelige.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [10:53:38]:** Det som er mest dekkende i denne saken, er at regjeringa og legemiddelindustrien er enige. Og det som videre er et faktum gjennom den rapporten som er utgitt av de fire regionale helseforetakene, er at det som er systemet i Sverige og Danmark, er veldig nært i tråd med det som er opposisjonens forslag her i dag. Likevel går statsråden mot det. Vi legger altså opp til en praksis som er i tråd med de prinsipper som gjelder i Sverige og Danmark.

Det andre argumentet fra regjeringens partienes side er at det å ha åpenhet vil kreve en lovendring. Vi snakker altså om en lovendring i forvaltningsloven og offentlighetsloven – en lovendring som regjeringens partiene mener er nødvendig i en sak hvor det har vært åpenhet helt fram til 2016.

Mitt spørsmål er: I regjeringens partienes merknad står det at det «trolig vil kreve en lovendring». Jeg ber stats-

råden om å beskrive innholdet i en ny lov, som en mener det er nødvendig å komme med for å få åpenhet.

**Statsråd Bent Høie [10:54:42]:** Som representanten er klar over, er det de som sitter med ansvaret for innkjøpet, som også har ansvar for å sørge for at innkjøpet er innenfor de lover og forskrifter som Stortinget har vedtatt. Her har det vært en ny vurdering av hva lovgivningen innebærer på dette området, knyttet til kravet om å hemmeligholde forretningshemmeligheter. Det er en tolkning som de som sitter med ansvaret for innkjøpene, også har ansvar for å gjøre. Hvis en ønsker en annen lovgivning på dette området, må det komme fra Stortinget eller fra regjeringen, men det må uansett vedtas fra regjeringens side – og jeg forutsetter selvfølgelig at Sykehusinnkjøp og andre enheter i helsetjenesten forholder seg til lovverket.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [10:55:39]:** Jeg forstår lovgivningens gang, det er ikke det som er mitt problem, men regjeringspartiene har skrevet at dersom man skal få åpenhet, vil det trolig kreve en lovendring. Når regjeringspartiene skriver sånn i en innstilling, er det i samråd med departementet, det er i samråd med statsrådets vilje. Vi har med den nye regjeringa hittil ingen eksempler på at det som skjer i Stortinget, ikke er helt i tråd med regjeringas vilje. Så mitt spørsmål er: Hvilke endringer i loven må til – en lov som var god i 20 år, før 2016 – for å sikre den åpenheten som en da ikke har anledning til etter loven i dag?

**Statsråd Bent Høie [10:56:31]:** Det var det jeg også prøvde å forklare representanten i mitt forrige svar. Som representanten er vel kjent med, vil det selv om vi har en lovgivning i Norge som har vært uendret i 16 år, ofte oppstå situasjoner der de som har ansvaret for å forvalte loven, kommer til at de f.eks. har vurdert loven annerledes eller feil tidligere, og justerer sin praksis.

Så er det slik at den eneste måten vi kan endre dette på politisk, vil være å endre loven, så regjeringspartiene har helt rett i sin merknad, at hvis en ønsker en annen praksis for de områdene der en nå praktiserer hemmelighold av priser for å oppfylle konkurranselovgivningen, er ikke svaret på det at Stortinget vedtar at helse-regionene skal bryte norsk lov, da er svaret at Stortinget må endre loven.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

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

**Tellef Inge Mørland (A) [10:57:39]:** Åpenhet i helsevesenet er grunnleggende for at vi skal klare å bygge tillit hos befolkningen, enten det handler om den forrige saken, der vi var inne på det som dreier seg om pasient-

sikkerhet, eller det handler om åpenhet rundt legemiddelpriser. Det pågår store diskusjoner i dag rundt hvilke legemidler man sier ja eller nei til, på tross av at regjeringen mener man har funnet en god løsning på spørsmålet rundt åpenhet eller ikke når det gjelder prissetting.

Legemidler gir oss store, uante muligheter i dagens situasjon, men det utfordrer oss også betydelig. Én side er det vi diskuterer her nå, som går på prisene, en annen side er legemiddelmangel, der vi også ser at aktørene som produserer legemidler, har en sterk posisjon, der vi som samfunn opplever at vi er presset til å godta de vilkår de setter, hvor man risikerer at det bare er ett alternativ å velge hvis man skal ha et legemiddel som gir en effektiv behandling av enkelte sykdommer og tilstander.

Direktøren i Statens legemiddelverk, Audun Hågå, sa til Dagens Medisin at industrien krever hemmelige rabatter for å unngå tap ved at prisene skal smitte over på andre markeder. Det understreker hvor avhengige vi er blitt av de vilkårene som industrien setter, og det gjør at vi ikke klarer å styre markedet, men at markedet i større grad styrer oss, noe jeg mener er en uheldig utvikling.

Jeg har også forståelse for argumentene om at vi er et lite land, men da oppfordrer jeg helseministeren til å intensivere arbeidet rundt et samarbeid med europeiske og andre internasjonale aktører, enten det handler om legemiddelmangel eller det handler om mulighetene for åpenhet rundt legemiddelpriser. For etterprøubarhet av de avtalene vi inngår, er et veldig viktig prinsipp, og det må gjelde enten det handler om legemidler eller det handler om andre offentlige innkjøp. Jeg synes eksemplet som Tuva Moflag tok opp om øyesykdommen våt AMD, er et godt eksempel på at det også tjener fellesskapet når det er mulig for pressen og andre å ettergå hva slags avtaler man har inngått.

Under Høies regjeringstid har det vært en veldig tydelig dreining mot mer hemmelighold rundt disse legemiddelprisene, og jeg kan ikke se at det er blitt mer ro rundt diskusjonen om legemiddelprisene av den grunn – tvert imot. Så jeg håper også at ministeren og regjeringspartiene tar dette på større alvor enn det de gir uttrykk for i dag, når de ikke støtter opposisjonens forslag. Alternativet er at tilliten til helsevesenet vårt over tid kan svekkes, om det ikke er mulig å ettergå beslutninger som kan være avgjørende for liv og helse.

**Sheida Sangtarash (SV) [11:00:47]:** Jeg satt og stusset litt på noe som ble sagt fra talerstolen her av representanten fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, som var innom dette med mest mulig helse for hver krone. Men poenget er at det er nettopp det vi ikke får vite, om vi får

mest mulig – og best mulig – helse for våre felles penger. Hemmelige priser gjør at vi ikke får vite om det blir prioritert riktig. Politikerne får ikke informasjon, pressen får ikke informasjon, pasientene får ikke informasjon, og hvordan skal pasientene kunne klage på eventuell manglende eller feil behandling hvis de ikke har tilgang til informasjon? Det er etter min mening helt feil å påstå at vi får «mest mulig helse for hver krone» uten tilgang til informasjon.

**Sigbjørn Gjelsvik (Sp) [11:02:00]:** Det er utrolig viktig å bidra til åpenhet om legemiddelpriser. Det er viktig for at pressen skal kunne utføre sitt oppdrag, det er viktig for offentligheten, og det er ikke minst viktig for pasientene.

Det er jo også litt spesielt å legge merke til i denne debatten at det faktisk er et flertall av partiene i denne salen som gir uttrykk for at de støtter et prinsipp om åpenhet. Det er flere regjeringspartier som går opp her og sier at de støtter et slikt prinsipp, men at det kan finnes eksempler på at åpenhet ikke er det beste. Da vil jeg be de representantene om å se på det konkrete forslaget som Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV har fremmet i denne saken. Der står det:

«Stortinget ber regjeringen, gjennom sin styringsdialog med helseforetakene, sikre at enhetspriser og de samlede kostnadene for nye legemidler skal være offentlige. Eventuelle unntak fra prinsippet om offentlighet skal bero på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.»

En slår altså fast et klart og tydelig prinsipp om at det er offentlighet som skal gjelde, samtidig som en også slår fast at det i enkelte tilfeller, ut fra en konkret vurdering, kan legges andre vedtak til grunn. Så hvis representanten Bekkevold og representanten Grimstad reelt sett mener at en skal legge et prinsipp om offentlighet til grunn, samtidig som en åpner for at det i enkelttilfeller kan gjøres andre vurderinger, bør en jo nettopp støtte det forslaget som Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV har fremmet i denne saken.

Og det er jo slik, som flere talere har vært inne på, at det er legemiddelindustrien som støtter regjeringen i denne saken. Når regjeringen forsøker å gi inntrykk av at det vil kunne bidra til høyere priser på medisiner dersom en praktiserer offentlighet, så er det legemiddelindustrien som støtter dem i at det er hemmelighold som skal gjelde. Men de som virkelig har behov for at en får en offentlig debatt om legemiddelpriser, at legemiddelprisene holder seg på et lavt nivå, er jo pasientene og deres interesseorganisasjoner, som er tydelige på at det er offentlighet som skal gjelde.

Dette er et regelverk og en praksis som vi hadde i Norge i 20 år, fram til 2016, som har fungert godt, og som

også fungerer i våre naboland. Det er ingen grunn til at det ikke skal kunne praktiseres. Problemet her er at en har en regjering som – i samarbeid med legemiddelindustrien – ønsker hemmelighold, og ikke støtter vårt forslag.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [11:05:17]:** Som jeg har sagt, er regjeringspartienes ene argument at det «trolig vil kreve en lovendring» dersom vi får åpenhet. Jeg utfordret statsråden til å beskrive hva som er problemet med dagens lov når det gjelder å få åpenhet, og statsråden kom ikke inn på det. Jeg vil da be om at noen representanter for posisjonspartiene, regjeringspartiene, forklarer oss hva som ligger i den setningen deres.

Representanten for Høyre her, Kirkebirkeland, sier at offentlighet gir lite innsikt. Representanten Carl-Erik Grimstad sier at det er hemmelighold som er unntaket, ikke regelen, og at det må være mulig å ettergå hemmelighold. Som representanten Gjelsvik sa: Jeg vil henlede oppmerksomheten på hva som faktisk er forslaget. For det som er det bearbejdede forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV, i forslagene nr. 1 og 2, følger nettopp opp behovet for unntaksbestemmelser. Det er jo helt i tråd med det som både Venstre og Kristelig Folkeparti har sagt her i salen. Da er det ganske spesielt at en ikke følger opp. Som jeg har sagt, er det en praksis som ligger i de to forslagene som så langt jeg kan se, er tett opp til det som er praksisen i Sverige og Danmark. Når en da ikke kan gjøre det, betyr det at det er noe som er usagt her. Det er noen argumenter som er usagte. Kan ikke det komme klarere fram, så vi kan ha en mer direkte diskusjon omkring det?

Kristelig Folkeparti sier seg jo enig med opposisjonen, det er akkurat de samme formuleringene. Jeg kan ha forståelse for at det kan komme nye argumenter til som gjør at Kristelig Folkeparti opptre på en annen måte og dermed endrer standpunkt, men det har jo ikke kommet her. Det ligger ikke i innstillinga. Da er jeg tilbake til noe som vi diskuterte i går, nemlig at denne regjeringa har påpekt at den ikke skulle opptre sånn som den rød-grønne regjeringa og stemme ned ethvert forslag fra opposisjonen. Og så får vi nok et eksempel på at det er det som skjer, sjøl om det skjer en god prosess i komiteen, hvor opposisjonen i komiteen endrer forslagene sine, bearbejder dem, tar hensyn til høringene, kommer klokere fram. Likevel hjelper det ikke. Det ser ut som at en med Kristelig Folkeparti og Venstre i regjeringa følger opp det som har vært tidligere regjeringers standpunkt: Her kjøres det på – vi går rett på, samme hva vi støter på. Det er ukløkt.

**Tuva Moflag (A) [11:08:31]:** I denne saken hadde jeg faktisk trodd at det kunne være en mulighet for at regjeringen ville være med på opposisjonens forslag.

Sjelden har det vært så stor avstand mellom det som partiene sier på talerstolen, og det man vil støtte i dagens avstemning. Hvorfor tar man så sterkt til orde for verdien av åpenhet når man ikke vil kreve det? Representanten Gjelsvik har allerede referert ordlyden i forslaget, så da skal ikke jeg også gjøre det. Men poenget er at denne ordlyden er helt i tråd med det representantene står her oppe og sier at de ønsker. Jeg synes det er liten refleksjon fra regjeringspartiene, og særlig Høyre, om vedtaket som HINAS fattet i 2016, og at en 20-årig tradisjon om åpenhet er brutt. Det sier man ikke noe om i det hele tatt. Som jeg sa i mitt hovedinnlegg: Dette er en endring i hvordan vi jobber med disse spørsmålene, som har skjedd på helseminister Bent Høies vakt.

En annen ting som blir tatt opp i innleggene her, handler om Norges rolle i et globalt marked. Men hvordan skal markedet bli funksjonelt hvis ingen får vite hva som egentlig skjer i markedet? Transparens og åpenhet er faktisk viktig for at vi skal få effektive markeder. Hvis ikke Norge går foran og krever åpenhet, hvem er det vi mener at skal gjøre det? Hvem er det som skal ta det første skrittet? Når man snakker så varmt om åpenhet, når man stiller de kravene og bruker de ordene her, bør man følge opp med handling.

**Tellef Inge Mørland (A) [11:10:28]:** I denne saken ser vi konsekvensene av at vi har fått en flertallsregjering der flertallet i Stortinget ikke lenger er noe flertall når det kommer til votering, for da er de som måtte ha vært uenig, pisket på plass, slik at man har avgjort det hele før Stortinget og komiteen egentlig har satt i gang sine behandlingsrunder.

Bekkevold var inne på at Kristelig Folkeparti deler intensjonen til forslagsstillerne. Det er for så vidt hyggelig at han har sympati for det forslaget vi har fremmet, men det hjelper veldig lite for de pasientene det gjelder, eller for den retten som presse og andre har til innsyn, når man likevel ikke stemmer for.

Så var Bekkevold i sitt innlegg inne på at hemmelighold unntaksvis skulle gi tilgang på medisiner, som han da forsvarte. Vel, for å si det sånn: Hvis det hadde vært unntaksvis, hadde det ikke vært behov for dette forslaget, men vi har sett de siste tre årene at unntaket har utviklet seg til å bli regelen. Det er etter mitt syn en uheldig praksis, som jeg heller ikke tror kommer til å gagne pasientene på sikt.

Regjeringspartiene har i denne debatten forsvart seg med at listeprisene er åpne, det er kun rabattene som er hemmelige. Da var det for så vidt interessant å høre helseminister Høie da han omtalte disse rabattene, at de utgjør mellom 20 pst. og 60 pst. Skulle en ha et legemiddel som har en listepris på 1 mill. kr, ville en sannsynligvis ha en reell pris et eller annet sted mellom 400 000 kr

og 800 000 kr. I hvilken grad listeprisen da angir noen verdi for hva den egentlige prisen er, stiller jeg meg svært undrende til. Den vil i hvert fall være svært, svært begrenset og gi lite grunnlag for å skrive gode redaksjonelle saker om hva vi betaler for ulike medisiner og legemidler.

Vi får bare være ærlige om at i denne saken er det ikke stortingsflertallets vilje som ser ut til å vinne igjen. Da hadde opposisjonens forslag sannsynligvis fått flertall. Jeg håper likevel at regjeringspartiene merker seg den debatten som er, for den utviklingen som har skjedd de tre siste årene, er etter mitt syn svært uheldig og bør ikke få lov til å bre videre om seg. Tvert imot har jeg en forventning om at helseministeren og regjeringen tar tak i dette med et større alvor enn det man hittil har gjort, hvis man på sikt skal ha en situasjon der vi har mulighet til å legge noen premisser og ikke la legemiddelindustrien styre oss fullstendig.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2.

Sak nr. 3 [11:13:08]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sheida Sangtarash, Kari Elisabeth Kaski og Lars Haltbrekken om å kreve åpenhet om honorarer fra legemiddelindustrien til helsepersonell (Innst. 202 S (2018–2019), jf. Dokument 8:52 S (2018–2019))*

**Presidenten:** Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til inntil 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.

**Torill Eidsheim (H) [11:14:04]:** På vegner av saksordføreren, Sveinung Stensland, vil eg takke komiteen for samarbeidet i denne saka.

Openheit om honorar frå legemiddelindustrien til helsepersonell er viktig for å kunne klare å bevare legitimiteten til helsetenestene i befolkninga.

Det finst alt i dag eit omfattande regelverk for å motverke uheldig samhandling mellom helsepersonell og andre aktørar. I tillegg til eit slikt formelt regelverk er det inngått samarbeidsavtalar mellom sentrale aktørar som Legemiddelindustriforeningen, LMI, Legeforeningen og dei regionale helseføretaka. Desse avtalane gjev detal-

jerte føringar for korleis samarbeid mellom industrien og helse- og omsorgsteneste/helsepersonell skal skje.

Sidan 2016 har også LMI offentliggjort dei finansielle overføringane frå legemiddelindustrien til helsepersonell i Noreg. 76 pst. av helsepersonellet har samtykt til ei slik offentliggjerings.

I denne saka er situasjonen heldigvis slik at Legeforeningen og legemiddelindustrien er einige om å jobbe for å endre avtalen om retningslinjer for samarbeid og samhandling nettopp for at ein saman skal kunne nå målet om openheit.

Dette fekk vi også bekrefta i høyringa, der det var tydeleg at alle aktørane er einige om å endre avtalen mellom LMI, Legeforeningen og legar, slik at han stiller krav til full openheit.

Samtidig er det verdt å minne om at alt helsepersonell har ei sjølvstendig plikt til å sjå til at dei driv verksemda si i samsvar med lov- og forskriftsverk og i tråd med retningslinjer og avtalar på sin spesifikke arbeidsplass. Arbeidsgjevarar, og då spesielt dei regionale helseføretaka, har i tillegg ei plikt til å sjå til at eigne tilsette overheld dei retningslinjene og avtalane som gjeld for arbeidsplassen, og også ei plikt til å leggje til rette for at dette er mogleg for det enkelte helsepersonell.

Eg meiner denne saka er eit godt eksempel på godt partssamarbeid. Vi er alle einige om at openheit må sikrast, og ingen ting er betre enn at partane sjølve sikrar dette gjennom avtalane sine.

**Tuva Moflag (A) [11:17:27]:** Egentlig oppleves debatten i denne saken som en forlengelse av saken vi akkurat har debattert, om åpenhet om legemiddelpriser. Vi kan fortsette der vi slapp, om hvilke verdier som skal prege samfunnet vårt.

Åpenhet er viktig for tilliten mellom innbyggerne og samfunnsinstitusjonene våre, men åpenhet er også viktig for tilliten mellom pasienten og helsepersonellet. Legeforeningen la stor vekt på tillit mellom lege og pasient i sitt innlegg i den felles høringen vi hadde om denne saken og den forrige saken.

Jeg synes det vi ser nå, med de ordene som brukes, og de valgene en tar når det kommer til votering, går inn i et mønster. I fjor fremmet Arbeiderpartiet et forslag om å unngå rolleblanding i helsetjenesten. Da ba vi om åpenhet knyttet til bierverv. Også den gangen var det enighet i komitémerknadene, men forslagene ble nedstemt. Så jeg har egentlig bare et ønske til regjeringspartiene. Når man står her og snakker om verdien av åpenhet, enten det er i den ene eller den andre saken, er det viktig at man også følger opp når det kommer til votering av forslagene som er fremmet.

Jeg tar opp de forslagene Arbeiderpartiet er en del av.

**Presidenten:** Representanten Tuva Moflag har tatt opp de forslagene hun refererte til.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [11:19:18]:** Jeg er enig med representanten Tuva Moflag i at dette er en fortsettelse av den forrige debatten, men når jeg ser utover salen, er det en viktig forskjell, og det er at både Kristelig Folkepartis og Venstres talspersoner i helsespørsmål har forlatt salen.

Åpenhet er utrolig viktig, det er helt avgjørende for å få tillit, og det preger Senterpartiets holdning i denne saken, som i den forrige.

Senterpartiet berømmer initiativet fra Legeforeningen, men ser likevel behovet for en offentlig ordning for å oppnå full åpenhet om utbetalingene, for det er ikke bare leger, men også andre grupper av helsepersonell som mottar utbetalinger fra legemiddelindustrien. En ny samarbeidsavtale vil ikke forhindre at denne informasjonen forblir fragmentert og lite tilgjengelig for folk flest, og det er viktig å sikre tilgjengelighet og en ikke-fragmentert framstilling. Denne avtalen er slik utformet at også legemiddelfirmaer som ikke er medlemmer i en bransjeforening, eller firmaer som bare produserer medisinsk utstyr, er en del av det vi snakker om her.

Statsråden legger vekt på dagens regelverk og dagens retningslinjer, men dagens regelverk og retningslinjer har ikke hindret at flere millioner kroner som årlig utbetales fra legemiddelindustrien til helsearbeidere, blir holdt skjult for offentligheten. Derfor er Senterpartiet uenig med statsråden i at spørsmålet om åpenhet er et holdningsspørsmål som skal overlates til den enkelte ansatte eller den enkelte bedrift.

Det er et utrolig vesentlig spørsmål vi diskuterer, for honorarer fra industrien – eller fra produsenter – går sjølsagt til de fremste fagfolk, som i mange tilfeller er i det offentlige tjeneste. Det er de fremste ekspertene innenfor de enkelte medisinske fagområdene som er de mest aktuelle samarbeidspartnere for industrisida. Disse fremste ekspertene brukes ofte i spesialistgrupper til foretaket Sykehusinnkjøp HF, som gjennomfører legemiddelinnkjøp på vegne av alle offentlige sykehus. Spesialistgruppene utformer konkurransegrunnlaget for anbudskonkurranser og beslutter ut fra anbudresultatene hvilke legemidler som brukes i sykehusene. Derfor er det avgjørende viktig at det er åpenhet om de økonomiske bindingene, og det må en sikre gjennom et regelverk som er offentlig bestemt.

**Sheida Sangtarash (SV) [11:22:32]:** Det som har vært veldig interessant i denne saken, har vært at legemiddelindustrien har støttet SVs forslag, men ikke regjeringen. Det sier noe om hvorvidt denne regjeringen ønsker åpenhet.

Helsepersonell har en spesiell rolle, og mange har flere roller i samfunnet. Og i de ulike rollene ligger det stor makt i deres kunnskap. I tillegg til direkte kontakt med pasienter og utskriving av medisiner har helsepersonell ulike oppgaver som fageksperter også i andre sammenhenger, som f.eks. vitner i rettsaker, gjennom uttalelser i medier eller gjennom innspill og offentlige høringer. Ekspertene brukes også ofte i spesialistgruppene til foretaket Sykehusinnkjøp HF, som gjennomfører legemiddelinnkjøp på vegne av alle offentlige sykehus. Spesialistgruppene utformer konkurransegrunnlaget for anbudskonkurranser, og i dag har helsepersonell ingen plikt til å offentliggjøre hvor mye penger de mottar fra legemiddelindustrien, selv om de samtidig er ansatt i det offentlige helsevesenet. Dette er skadelig for tilliten, åpner for misbruk og gir virksomheter med enorme kommersielle interesser mulighet til uheldig påvirkning. Når norsk helsepersonell mottar til sammen flere millioner kroner i honorarer fra legemiddelindustrien, mener vi, sammen med resten av opposisjonen, at det minste man kan kreve, er at leger som jobber i eller for det offentlige helsevesenet, oppgir at det er en interessekonflikt. Folk i Norge må kunne ha tillit til at helsepersonell tar beslutninger som baserer seg på fag, ikke på privatøkonomiske interesser.

Som sagt ser vi at legemiddelindustrien har vært enig med oss, og vi er også enig med Legeforeningen i at en modell etter den danske modellen hadde vært klokt å bruke i Norge.

Jeg vil også berømme initiativet fra Legeforeningen, der de har igangsatt et arbeid for å oppnå full åpenhet om utbetalinger fra legemiddelfirmaene med sikte på at dette skal sikres gjennom samarbeidsavtaler med bransjeforeningen. Dette mener jeg er et argument for en offentlig ordning for full åpenhet om utbetalinger, ikke imot.

Dette burde ha vært en enkel sak å avgjøre, men dessverre ser vi igjen at både Kristelig Folkeparti og Venstre, som kunne ha vært med på å sikre denne tilliten, har gått bort fra sine tidligere uttalelser – som de hadde i Dagens Medisin – og ikke stiller seg bak forslaget. Det er skuffende å se at man kan snu så raskt når det gjelder et så viktig prinsipp – som i grunnen handler om folkets tillit til helsetjenester.

**Statsråd Bent Høie [11:25:41]:** Som flertallet i komiteen påpeker, har vi et omfattende regelverk som skal motvirke uheldige bindinger mellom helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten og andre aktører. Det er også inngått samarbeidsavtaler mellom aktører som Legeforeningen, Legemiddelindustriforeningen og helseregionene. Avtalene gir detaljerte føringer for samarbeidet mellom industrien og helse- og omsorgs-

tjenesten eller helsepersonell. For helseregionene er det også fastsatt interne regler for denne type samarbeid.

Forslagsstillerne foreslår å opprette et åpent register over offentlig ansatt helsepersonell som mottar honorar fra legemiddelindustrien. Jeg er enig med flertallet i at det er usikkert hvorvidt kostnadene ved å drive et slikt register vil stå i forhold til merinformasjonen man kan tenkes å få, sammenlignet med det man allerede får i dag. Dette gjelder særlig når det er besluttet at helsepersonell som er ansatt i helseforetakene, skal rapportere om all helsefaglig virksomhet – endringen som ble gjort i helsepersonelloven § 19. Jeg støtter derfor flertallets vurdering, nemlig at det vil være mer hensiktsmessig å basere videre arbeid på regelverk, systemer og ordninger som allerede finnes, framfor å etablere et nytt register.

Som komitéflertallet også viser til, arbeider Sykehusinnkjøp med problemstillinger knyttet til habilitet hos eksterne eksperter eller spesialistgrupper. Som det framgår av mitt brev til komiteen, vil jeg følge opp at helseregionene sørger for at Sykehusinnkjøp og helseforetak lager retningslinjer som redegjør for habilitetsreglene og hvilke konsekvenser inhabilitet vil ha for eksterne eksperters eller spesialistgruppers adgang til å gi råd.

Retningslinjer og habilitetsregler skal gjøres kjent for eksterne eksperter og spesialistgrupper, og de skal legges til grunn for arbeidet disse gjør for Sykehusinnkjøp. Dette betyr at den enkelte må foreta en habilitetsvurdering i hver enkelt sak som han eller hun er involvert i. Eksperten vil ha plikt til selv å vurdere sin habilitet og å orientere Sykehusinnkjøp og helseforetak dersom det er tvil, og plikt til å fratruke i saker der vedkommende er inhabil til å gi råd.

Jeg er derfor enig i det som også er komiteens tilråding.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Tuva Moflag (A) [11:28:12]:** Nå er det jo saken om honorarer vi debatterer, men jeg har likevel lyst til å sette mitt spørsmål inn i en litt bredere ramme. Når vi reiser rundt, får vi ofte høre om hvor viktig tillit er for at vi skal lykkes i kontakten mellom pasienten og hele systemet, og mellom pasienten og den enkelte lege, sykepleier, helsefagarbeider. Hvordan tenker statsråden at man kan ivareta tilliten til pasientene når man blir utfordret på flere områder – enten det dreier seg om åpenhet om honorarer, legemiddelpriser eller bierverv, som jeg nevnte i mitt innlegg, som Arbeiderpartiet fremmet et forslag om i fjor? Kan dette utfordre tilliten?

**Statsråd Bent Høie [11:29:01]:** Ja, hvis en ikke har åpenhet, utfordrer det tilliten. Derfor er jeg så opptatt

av at vi har klare regler på dette området, slik at helsepersonell som f.eks. har bistillinger, skal melde fra til sin arbeidsgiver om det. Arbeidsgiver har også plikt til å ha oversikt over det. Dette er skjerpet inn etter at en har sett at det ikke er blitt håndhevet på den måten som loven tilsier. Det samme gjelder på det området som en nå diskuterer, her er det etablert avtaler og systemer, og lovverket er også skjerpet inn på området.

Så er det nok slik at vi på dette området har en viss kultur for åpenhet. Hvis en f.eks. ser i medisinske tidskrifter og andre medisinske publikasjoner, er det tradisjon for å oppgi om en har interessekonflikter. Akkurat på det området tror jeg andre sektorer har noe å lære av helsetjenesten.

**Tuva Moflag (A) [11:30:03]:** Jeg hører igjen at statsråden understreker verdien av åpenhet, og at også det kan ha noe å si for å bygge tillit mellom pasienten og systemet, og pasienten og den enkelte behandler. Men hvorfor ikke ta et skritt til? Hvorfor ikke kneppe det til og sørge for at man kanskje kan gi tilliten enda større plass?

**Statsråd Bent Høie [11:30:26]:** Det er en konkret vurdering en må gjøre. Det er ikke slik at en sier at dette forslaget aldri kommer til å bli noe av. Det en må gjøre en konkret vurdering av, er: Vil det å etablere et offentlig register være det rette virkemiddelet for å skape mer åpenhet? Det er det en må vurdere, også opp mot kostnaden og det som kreves. Det har vi gjort en vurdering av, og vi sier at vi ikke ser på det som det mest nærliggende, det meste effektive virkemiddelet nå, for å skape mer åpenhet. Men det handler ikke om at en er uenig i målet eller sier at dette aldri kommer til å bli noe av. Det er en konkret vurdering, akkurat nå, av det spørsmålet.

Magne Rømmetveit hadde her teke over presidentplassen.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [11:31:22]:** Det er mange erfaringer på dette saksområdet, det er mange erfaringer med økonomiske koblinger som ikke er bra. Det har i lang tid vært et tema å rydde opp. Statsråden sier i sitt brev at det «i all hovedsak må sies å være godt nok». Uttrykket «i all hovedsak» er en erkjennelse av at det ligger et problem her. Statsråden sier at det skal forbedres ved å redegjøre for habilitetsreglene, og at en ut fra kostnadsvurderinger ikke ønsker opposisjonens forslag. Det er spesielt at en ikke vil ta vekk tvilen, slik at vi her får en ny situasjon, og at det er de økonomiske argumentene som skal være avgjørende.

Hvorfor legger statsråden så mye vekt på økonomien i dette tilfellet?

**Statsråd Bent Høie [11:32:26]:** Økonomi handler om å se økonomi opp mot effekten av forslaget. Det er all grunn til å tro at det å etablere et slikt offentlig register vil kreve en del ressurser. Det er grunn til å stille spørsmål om det å ha et slikt register vil gi den ønskede effekten så lenge vi allerede har et ganske tydelig lovverk på dette området. Når en allerede har en plikt til å gi denne typen informasjon, tror en da at de som i dag unndrar seg den plikten, ville følt plikten til å føre seg opp i f.eks. et slikt register som mer tyngende enn den plikten en allerede i dag har? Så spørsmålet er rett og slett: Ville dette ha løst problemet, eller må vi jobbe på andre måter for å løse de utfordringene som jeg er helt enig med representanten Lundteigen i at vi fortsatt har på dette området?

Vårt svar nå er at vi må jobbe videre med andre løsninger. Så får vi en gang i framtiden se om vi da har mer tro på dette svaret.

**Per Olaf Lundteigen (Sp) [11:33:28]:** Nok en gang har vi et forslag fra opposisjonen som er bearbeidet gjennom komiteens behandling. Statsråden sier at vi har et «ganske tydelig lovverk». Det er en omtrentlig formulering. Statsråden sier at det skal forbedres gjennom å redegjøre for habilitetsreglene, det skal sendes ut rundskriv, og det skal sikkert være møter og oppfølging blant en rekke mennesker. Det er statsrådens vei ut av det.

Vi sier at en bør ha et åpent og søkbart register som administreres av et forvaltningsorgan som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, f.eks. Statens legemiddelverk – altså en entydig, klar løsning på spørsmålet, sånn at alle aktører vet hva de har å forholde seg til, som innebærer en dannelses i seg sjøl.

Hvorfor velger ikke statsråden å lage en slik enkel ordning, som alle kan forholde seg til på en enkel måte fordi det er lov og rett?

**Statsråd Bent Høie [11:34:33]:** Rett og slett fordi jeg er usikker på om det er så enkelt som representanten Lundteigen vil ha det til, for et register har ingen verdi hvis en ikke registrerer noe i det. I dag har helsepersonell en plikt til å rapportere om all helsefaglig virksomhet. En kunne ha etablert et slikt register med plikt til å registrere denne typen informasjon i det registeret, men hvis de samme personene som unndrar seg den plikten de har i dag, også hadde unndratt seg plikten til å registrere dette i registeret, hadde en ikke kommet noe lenger enn dit en er i dag.

**Sheida Sangtarash (SV) [11:35:21]:** Som statsråden sikkert vet, har avisen Dagens Medisin meldt at beløpene som er utbetalt fra legemiddelindustrien til helsepersonell som nekter å samtykke til offentliggjøring,

øker. I 2017 var beløpet 7,5 mill. kr. Samtidig peker statsråden på at vi har et godt nok regelverk, og at det er holdningsarbeid som skal til. Vi har tydeligvis ikke et godt nok regelverk når det er mulig å unngå å registrere når det gjelder noe helsepersonell.

Ut av ren nysgjerrighet lurer jeg på hvorfor statsråden ikke anser denne foreslåtte forbedringen i regelverket som en del av løsningen, samtidig som vi jobber med holdningsarbeid.

**Statsråd Bent Høie [11:36:11]:** Jeg er fullstendig enig med representanten i at dette er et problem. Det er egentlig ikke det diskusjonen handler om. Spørsmålet er om det forslaget som opposisjonen har kommet med, er et godt svar på det problemet. Det er vår vurdering at det er det ikke nå, og at vi har en rekke annet arbeid som pågår som vi mener er mer effektivt for å få bedret denne situasjonen. Det er en reell uenighet. Det handler ikke om at en er prinsipielt imot et slikt register, eller mener for all framtid at dette vil være feil, men en mener akkurat nå at det ikke er det som er den rette veien for å løse dette problemet, og den rette bruken av ressurser for å gjøre dette problemet mindre.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bedt om ordet til sak nr. 3.

Sak nr. 4 [11:37:07]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak til Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan nås (Innst. 206 S (2018–2019), jf. Dokument 8:19 S (2018–2019))*

**Presidenten:** Etter ønske frå helse- og omsorgskomiteen vil presidenten foreslå at taletida vert avgrensa til 3 minutt til kvar partigruppe og 3 minutt til medlemmer av regjeringa.

Vidare vil presidenten foreslå at det vert gjeve høve til inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av regjeringa, og at dei som måtte teikna seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

**Erlend Larsen (H) [11:37:55]** (ordfører for saken): Samhandlingsreformen ga kommunene en betydelig økning i oppgaver og økt ansvar for primærhelsetjenesten. Reformen er blant de største oppgaveoverføringene som kommunene har måttet håndtere. Det var et krevende løft, ikke minst for de små kommunene med

begrensede kompetansemiljø. Helse- og omsorgsministeren bak reformen, Bjarne Håkon Hanssen, uttalte at en ideell kommunestørrelse for samhandlingsreformen var på 30 000 innbyggere.

Noen av målene for samhandlingsreformen var en reduksjon i liggetid i spesialisthelsetjenesten, bedring av akutt/øyeblikkelig hjelp-tilbudet, økt oppmerksomhet om folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene og forsterket og potensielt mer fleksibel samhandling mellom helseforetak og kommuner. Dette er hva man kaller hårete mål, mål som er løst svært ulikt blant våre 422 kommuner. Ikke minst vil jeg stille spørsmål om kommunene er gode nok på forebyggende innsats, det å bidra til at folkehelsen blant befolkningen styrkes.

Samhandlingen mellom sykehusene og kommunene har også vært svært krevende. Dette ansvaret hviler ikke minst på sykehusene selv. Det er ingen tvil om at reformen har et forbedringspotensial blant samtlige involverte aktører. Det er også en konsekvens av det store omfanget reformen hadde. Samtidig viser en følgeevaluering Norges forskningsråd gjennomførte, at kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere dem.

Det har blitt utført en rekke tiltak de syv årene reformen har vært virksom, bl.a. for å få til bedre overganger og arbeidsdelinger mellom sykehusene og kommunene. Primærhelsemeldingen og alle tiltakene som følger av denne meldingen, har vært viktig sammen med folkehelseprogrammet, Kompetanseløft 2020, ansettelse av psykologer i kommunene, styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, osv. Alle de nevnte tiltakene er utført for å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Statsråden informerer i uttalelsen til saken om en rekke andre tiltak som utføres for å danne grunnlag for å vurdere hva som er de beste tiltakene for å ta samhandling enda et steg videre. Et av de kommende tiltakene er Nasjonal helse- og sykehusplan, som etter planen legges fram for Stortinget denne høsten. Det har med andre ord blitt utført en rekke tiltak som vi mener innfrir representantforslaget. Derfor støtter ikke regjeringspartiene forslaget.

**Tore Hagebakken (A) [11:40:37]:** Jeg legger til grunn at Senterpartiet sjøl vil redegjøre nærmere for forslaget, men det er altså slik at vi rød-grønne samlet slutter opp om dette. Vi ønsker en evaluering. Jeg vet – og det har statsråden også beskrevet i sitt brev til komiteen av 26. oktober i fjor – at det gjøres mye på mange fronter, men en evaluering tror jeg ville ha sett helheten



på en bedre måte enn slik det nå legges opp til, at vi heller ikke får noen egen sak til Stortinget, men at det skal inngå i den nasjonale helse- og sykehusplanen. Der er det mye som skal inn.

Jeg tilhører som kjent et meget dynamisk parti, og vi er hele tida på jakt etter å gjøre forbedringer, også i egne konstruerte politiske løsninger som andre også har hatt fingrene litt i underveis. Helseminister Høie har vært med hele veien i regjeringa og er inne i sitt sjette år, så når statsråden skriver at samhandlingsreformen ikke har svart til forventningene, vil jeg, uttrykt med konduite, si at statsråden har vel et islett av ansvar for det sjøl. Jeg vil gjerne høre hva statsråden nå egentlig har tenkt å gjøre, hva vi kan forvente i den nasjonale helse- og sykehusplanen. For det må til kraftfulle virkemidler når det beskrives at en så viktig reform, som så mange står bak og mener er en god idé, ikke har svart til forventningene.

Fagforbundet er en av flere som har gitt høringsinnspill. De sier at det er avgjørende at kommunene har tilstrekkelig økonomi og kompetanse til å ivareta mer spesialiserte, komplekse pasientoppgaver, og at dette synes å være mangelfullt i dag. Det er jeg helt enig i. Jeg tillater meg å minne om at i Arbeiderpartiets alternative budsjett har vi over 5 mrd. kr – sagt på en annen måte, over 5 000 mill. kr – mer til kommunene og til spesialisthelsetjeneste enn det stortingsflertallet har gått for. En kan ikke se bort fra at så mye penger også kunne vært nyttige smøremidler når det nå gjelder å få samhandlingsreformen til å fungere på et bedre vis, så det er et tips til sittende regjering. Litt penger i systemet, i tillegg til ellers gode ideer, tror jeg ville gjort seg og også hatt veldig mange andre positive virkninger, uten at tida tillater at jeg drar den lange, lange listen akkurat nå.

Jeg vil på vegne av mindretallet i komiteen fremme våre to forslag.

**Presidenten:** Representanten Tore Hagebakken har teke opp dei forslaga han refererte til.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [11:44:21]:** Samhandlingsreforma har ikkje fungert etter hensikta. På mange måtar opplever ein det som ei sparereform for sjukehusa, som har overført fleire og fleire oppgåver til kommunehelsetenesta utan at kommunane har fått tilført dei naudsynte ressursane for å overta desse oppgåvene.

Ifølgje Riksrevisjonen veit ein for lite om kvaliteten på pasientbehandlinga i kommunane, og her vil eg retta Stortingets syn mot at samarbeidet om pasientar som treng hjelp frå både kommunehelsetenesta og sjukehus, ikkje er godt nok, og kommunale døgntilbod for akutt hjelp vert ikkje brukte i stor nok grad som ei erstatning for sjukehusinnlegging. Kommunane si betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar har ført til at liggetida på sjukehus har vorte kortare, og kommunane har i mange

tilfelle fått ansvaret for sær sjuke pasientar. Samstundes har det ikkje skjedd ei systematisk opptrapping i kapasiteten og kompetansen i kommunehelsetenesta.

Det er ikkje tryggande når regjeringa nyleg sette i verk fleire grep som vil auka presset på kommunehelsetenesta ytterlegare. Blant anna vart vekting av døgntilbod redusert i systemet for innsatsstyrt finansiering no før nyttår. Summen av dette gjer det meir lønnsamt for sjukehusa å kutta ytterlegare i liggetida.

I tillegg har kommunane fått betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar, òg innan rusbehandling og psykiatri, sjølv om både kommunesektoren, fagfolk og brukarar har uttrykt bekymring for om kommunane har god nok kapasitet og kompetanse til å overta desse pasientane. Når helseføretaka fleire stader i landet kuttar i døgntilbodet i distriktpsikiatriske senter, noko me no ser i både Helse Møre og Romsdal og Sjukehuset Innlandet, vert dette eit dårleg bakteppe i førestillinga til regjeringa.

I sin sjukehusstale tidlegare i år varsla helseministeren at samhandling skulle verta tema i den nye nasjonale helse- og sjukehusplanen. Han sa at no skal kommunane og sjukehusa verta partnarar og ikkje partar. Det er eit artig ordspel, men det løyser ikkje utfordringane i fastlegeordninga og kommunehelsetenesta, som sårt treng ei styrking for å kunna overta alle dei nye oppgåvene, og ikkje minst behandla pasientar som vert utskrivne frå sjukehusa stadig tidlegare.

Er det éin ting helsetenesta treng, er det akkurat ei slik evaluering som ein ønskjer i representantforslaget i denne saka, som kan gje oss svara på kvifor samhandlingsreforma ikkje fungerer som det var tenkt, og som kan følgjast opp med tiltak som gjer at reforma kan fungera og vidareutvikla seg, i tråd med dei gode intensjonane ho opphavleg skulle varetaka.

Med det viser eg til dei forslaga som Senterpartiet er med i.

**Sheida Sangtarash (SV) [11:47:43]:** Samhandlingsreformen skulle gi oss bedre samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det er lett å være enig i at de fleste tjenestene skal flyttes nærmere folk, men vi får det ikke til – stadig flere oppgaver og flere og mer krevende pasienter flyttes til kommunen uten at det samtidig følger penger med. Skal vi lykkes med gode helsetjenester der folk bor, må det følge med penger, ressurser og langt bedre koordinering enn det denne regjeringen har fått til.

Eksemplene på mislykket oppgaveoverføring er mange. Innen rus og psykiatri har tilbudet i kommunene ikke blitt styrket i takt med nedbygging av døgntilbud. Det planlegges for stadig tidligere hjemreise fra landets fødeavdelinger samtidig som bare halvparten av

landets kommuner har ansatt jordmor. Ambulansetjenestene pålegges større ansvar samtidig som de sentraliseres. Mangelen på sykepleiere og helsefagarbeidere har mer enn fordoblet seg siden 2015. Riksrevisjonen leverte i 2018 en rapport om kvalitet og tilgjengelighet i eldreomsorgen der det rettes alvorlig kritikk mot mangler ved pasientsikkerhet i eldreomsorgen.

Vi kan ikke late som at fastlegekrisen ikke fins, at fastlegene ikke har fått flere oppgaver enn det de burde, eller at det ikke er vanskelig å rekruttere nye fastleger. Kortere liggetid på sykehus har ført til at et tungt pasientansvar har blitt skjøvet over på fastlegene, men uten at kapasiteten har blitt økt tilsvarende. Økningen i legeårverk har ifølge Riksrevisjonen vært tre ganger så stor på sykehus som i kommunene – til tross for samhandlingsreformen.

I dag stemmer regjeringspartiene imot en evaluering av samhandlingsreformen. Til høsten får vi en nasjonal helse- og sykehusplan, men helt uten en regjering som er villig til å legge en evaluering på bordet og til grunn, og det er svært uheldig. Det trengs et krafttak for å styrke helsetilbudet i kommunene. Det gjøres gjennom en kraftig styrking av økonomien i kommunene, vilje til å legge til rette for langt bedre koordinering og å sikre at det er attraktivt å jobbe i kommunehelsetjenesten. Ikke noe av dette har denne regjeringen vist vilje til å gjøre så langt, og dagens vedtak gir ingen endring på det.

**Statsråd Bent Høie [11:50:42]:** Jeg er glad for at det er stor oppslutning om at det er behov for å ta samhandling videre. Samhandlingsreformen har ikke svart til forventningene. Det er fortsatt mange utfordringer for å skape helhet og sammenheng i tjenestene – med de ressursene som er tilgjengelige.

Ifølge innstillingen viser Sykepleierforbundet bl.a. til at samhandlingsreformen bare i begrenset grad har bidratt til tjenesteutvikling. Det er jeg enig i. Reformens virkemidler førte til at de som skal samarbeide på tvers av sykehus og kommuner, i for stor grad så på hverandre som juridiske parter. Med det mener jeg at lovforankrede avtaler i stor grad regulerte samarbeidet. Det ble på mange måter en forhandlingskultur – ikke en samarbeidskultur.

Det vi trenger, er samarbeid som partnere for å lage gode og trygge pasientforløp. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» må være utgangspunktet for et godt, samordnet tjenestetilbud til den enkelte pasient. Derfor vil samhandling være et sentralt tema i den neste nasjonale helse- og sykehusplanen, som kommer til høsten. Vi må legge til rette for at fagfolkene får bedre vilkår for å gi samordnede tjenester. Da må vi lære av de beste, både nasjonalt og internasjonalt. Vi må endre arbeidsformer,

kultur og samhandling. Vi må ta i bruk teknologiske løsninger slik at behandling og oppfølging i større grad kan skje hjemme. Sykehusene må bli mer utadvendte, og de nære, kommunale tjenestene må bli viktigere for pasientene. Kompetanse og informasjon må deles mer effektivt enn i dag.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med å samle erfaringer om samhandling og få innspill til hvordan dette arbeidet kan tas videre på en god måte. Vi har dialog med KS, og vi har fått innspill fra bruker- og profesjonsforeninger, fra helseforetakene og fra to egne rådgivningsgrupper. Evalueringer og rapporter fra forskningsmiljøer og departementets etater om samhandlingsreformen inngår også i kunnskapsgrunnlaget.

Jeg er trygg på at vi har et samlet og godt kunnskapsgrunnlag for å ta samhandlingen et steg videre. Det er ikke behov for en ny og tidkrevende evaluering. Nå skal vi legge til rette for at aktører i alle deler av helse- og omsorgstjenesten sammen kan bidra til å skape helhetlige og samordnede tjenester for pasientene. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til når jeg legger fram den nye nasjonale helse- og sykehusplanen til høsten.

**Presidenten:** Det vert replikkordskifte.

**Tore Hagebakken (A) [11:53:40]:** Det er bra, når vi ikke får denne evalueringen, at samhandling i hvert fall blir viet stor plass. Jeg merker meg at statsråden i brevet i tillegg bruker uttrykket «bærekraft» i helsevesenet. Det er bra at det får stor plass i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Statsråden prater om et godt kunnskapsgrunnlag. Men det ønsker også Stortinget å ha, det er viktig for Stortinget. Det bør statsråden ta med seg i arbeidet med denne planen.

Så må jeg spørre til slutt: Hva vil være hovedgrepene for at reformen skal svare til forventningene i Nasjonal helse- og sykehusplan?

**Statsråd Bent Høie [11:54:32]:** For det første: Evalueringen er jo gjennomført. Vi har hatt et evalueringsarbeid til et samlet budsjett på 41 mill. kr administrert av Forskningsrådet over fem år. Jeg vil anbefale komiteen å lese rapporten fra de seks hovedprosjektene under Forskningsrådet på evalueringen av samhandlingsreformen, som omfatter alle sider av reformen og gir et veldig nyttig kunnskapsgrunnlag for det arbeidet som vi skal ta videre. De fins fint samlet på ett sted. Overskriften er EVASAM.

I Nasjonal helse- og sykehusplan vil nettopp hovedgrepet være det som jeg sa: Vi skal gå vekk fra en idé om at en får samhandling gjennom å se på hverandre som økonomiske og juridiske parter, til å jobbe sammen som partnere rundt de enkelte pasientene og deres forløp.

**Tore Hagebakken (A) [11:55:34]:** Når statsråden sjøl slår fast at samhandlingsreformen ikke svarer til forventningene, må jeg spørre statsråden, som har vært statsråd lenge under Erna Solbergs regjeringstid, altså snart seks år: Hvor stor grad av ansvaret for at vi dessverre er i den situasjonen, tar statsråden og regjeringa?

**Statsråd Bent Høie [11:56:02]:** En kan alltid gjøre ting bedre. Jeg mener at det nå er på tide at vi tar et steg videre og ser på om vi kan få til samhandling ved å ta i bruk andre virkemidler enn dem som ble innført rett før jeg overtok som statsråd. Dette var virkemidler som var forberedt av den forrige regjeringen, virkemidler som delvis fikk støtte i Stortinget og delvis ikke fikk støtte i Stortinget fra dem som nå er i regjering. Ett av de virkemidlene som dagens regjeringspartier var imot den gangen, var kommunal medfinansiering. Den evalueringen som jeg viste til gjennom Forskningsrådet, viste at det heller ikke hadde noen særlig effekt, og derfor ble det avvirket av denne regjeringen.

Så har det skjedd mye på samhandlingssiden også siden det, bl.a. og ikke minst knyttet til det som nå gjøres gjennom å innføre pakkeforløp som går over i kommunene. Jeg har nok mer tro på den type tenkning: å se på pasientforløpene mer enn å bruke bare penger og jus.

**Tore Hagebakken (A) [11:57:09]:** Da vil jeg spørre statsråden med henvisning til hva jeg sa i eget innlegg – jeg syns egentlig det var et ganske godt innlegg: Jeg snakket om kommuneøkonomi, og jeg pratet om sykehusøkonomi. Jeg husker at da vi, statsråden og undertegnede, var sammen i helse- og omsorgskomiteen – det var en fin tid – var vi høye og mørke, begge to, i forhold til at en måtte inn med 12 mrd. kr mer over en fireårsperiode. Jeg går ut fra at statsråden er enig i at en er betydelig på etterskudd på det fra regjeringas side. I hvilken grad tror statsråden at et ordentlig kommunebudsjett og et skikkelig sykehusbudsjett, istedenfor å gå konstant på sparebluss, kunne ha bidratt til god samhandling?

**Statsråd Bent Høie [11:57:58]:** Jeg er selvfølgelig enig i at penger er viktig. Derfor er jeg glad for at både sykehusøkonomien og kommuneøkonomien er bedre nå enn da Arbeiderpartiet styrte. Det er bra, og det er et godt utgangspunkt for å gi gode tjenester.

Men noe av hovedideen, i hvert fall sånn som jeg husker fra disse debattene i den tiden representanten og jeg satt i komiteen og tidligere statsråd Bjarne Håkon Hanssen la fram samhandlingsreformen, var nettopp å prøve å komme vekk fra en tanke om at det var bare mer penger som var svaret på alle utfordringene i helsetjenesten, men at det handlet om mer grunnleggende ting. Det var noe av hele tanken bak samhandlingsreformen,

som jo fikk bred tilslutning, nettopp som et steg på veien til å skape også en bærekraftig helsetjeneste og i neste omgang et bærekraftig velferdssamfunn i Norge.

Så jeg er enig i at vi kommer til å trenge mer penger og mennesker, men det kan ikke være svaret alene på de utfordringene som vi står overfor.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [11:59:15]:** Eg opplever at helseministeren legg til grunn her i dag at alle svar i samhandlinga mellom sjukehus og kommunane skal løysast gjennom nasjonal helse- og sjukehusplan. I min heimkommune, Kvinnherad, der Valen sjukehus er ein betydeleg del av Helse Fonnas spesialisthelsetenester innan psykiske lidingar, ser ein at kommunen har store utfordringar knytte til samhandling og vidare oppfølging av pasientane etter utskrivning. Kvifor vel helseministeren ikkje å ta kommunane på alvor i å sikra helse-tenesta ute i kommunane?

**Statsråd Bent Høie [11:59:55]:** Jo, jeg tar kommunene på alvor og bidrar til å sikre ikke minst tjenester innenfor rus og psykisk helse i kommunene. De to siste årene har antall årsverk innenfor rus og psykisk helse i kommunene økt med over 2 000. Det er bl.a. et resultat av regjeringspartienes samarbeid om en opptrappingsplan på rusfeltet og en prioritering av psykisk helse, ikke minst hos barn og unge.

Derfor ser vi at kommunene nå, i motsetning til for ganske få år siden, har et etter hvert ganske omfattende tilbud innenfor både psykisk helse og rus, ikke minst rettet inn mot barn og unge. Vi er ikke ferdig med det arbeidet, men det er en god begynnelse, og kommunene er nødt til å settes enda mer i stand til å kunne gi et primærhelsetilbud til denne pasientgruppen.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [12:00:50]:** Eg vil berre følgja opp med å retta statsråden sitt syn tilbake til Riksrevisjonens rapport om samhandlingsreforma, der nettopp rus og psykiatri vert særleg trekte fram. Riksrevisjonen er veldig tydeleg på at det kommunale tilbodet ikkje er styrkt tilstrekkeleg i takt med nedbygginga av døgnplassar i spesialisthelsetenesta.

Korleis kan statsråden forsvara framhaldet av nedbygginga av døgntilbod i psykiatrien, som me no ser ved DPS, særleg i Helse Møre og Romsdal og Sykehuset Innlandet?

**Statsråd Bent Høie [12:01:25]:** Det at en legger ned døgntilbud, betyr ikke at spesialisthelsetjenesten skal trekke seg tilbake. Tvert imot, det betyr at spesialisthelsetjenesten skal jobbe ute der folk bor, i kommunene, i team sammen med kollegaer fra kommunene. Det ser vi er den måten å jobbe på som gir de beste resultatene for de sykeste pasientene. Om lag 1 promille av Norges

befolkning – rundt 4 000 mennesker – har omfattende problemer med rus og psykisk helse. Det er disse som har de største utfordringene, og som tidligere ofte var langtidsinnlagte pasienter. Når de får den type team – noen kaller det ACT-team, noen kaller det FACT-team, jeg er ikke så veldig opptatt av hva det heter, men jeg vet at det fungerer – ser en at en får redusert antall innleggelse, redusert bruk av tvang og en betydelig livsmestring for disse pasientene. Det er det som er framtiden, og ikke at flest mulig blir liggende lengst mulig på døgnplasser.

**Presidenten:** Replikkordskiftet er omme.

Dei talarane som heretter får ordet, har også ei tale tid på inntil 3 minutt.

**Tellef Inge Mørland (A) [12:02:42]:** Intensjonene bak samhandlingsreformen er veldig gode. Jeg tror veldig mange ønsker å kunne bli behandlet raskt og riktig nær der de bor, i kommunen sin, når det er mulig.

Samtidig må vi være åpne for å se på det vi ikke er i mål med, når det gjelder samhandlingsreformen. Jeg kan ta tre eksempler fra nylige saker som vi har behandlet i helse- og omsorgskomiteen, for å vise hvorfor det kan være klokt å gjøre noen justeringer, og hvorfor man kan lære noe av evalueringer.

Den ene saken går på ettervern og rus. Der hadde vi en samlet opposisjon som fremmet forslag og krav om å få til et bedre ettervern. Vi ser at mange lykkes godt mens de er i behandling gjennom spesialisthelsetjenesten, men så kommer de ut til kommunene, og så er ikke det nettverket der som de trenger for å lykkes videre, og så sprekker de i verste fall, og så er det tilbake i ny behandling. Det er verken bra for dem det gjelder, eller for fellesskapets bruk av midler at man ender opp i en evig runddans fordi man ikke klarer å samhandle godt nok for denne gruppen.

En annen sak er rehabilitering. Vi hadde for ikke så lenge siden en sak fra Rogaland med nedleggelse av et tilbud for kolspasienter i Egersund. Kommunene sa at de gjerne tok ansvaret, men det var nærmest et ordføreroppdrag i Rogaland som sa at de ikke var satt godt nok i stand til å ta det ansvaret ennå. Det bør vi som stortingspolitikere ta på alvor.

Det tredje eksempelet jeg vil nevne, går på psykisk helsevern og psykiatri – en sak vi nylig har hatt til behandling – der vi ser at det har vært en nedbygging av 2 500 sengeplasser de siste 20 årene. Samtidig sier kommunene også her at man ikke har den kompetansen eller økonomien som trengs for å ta tak i alle de komplekse utfordringene som er blitt overført til kommunene som følge av disse endringene. Regjeringen vil ikke engang stoppe opp og vente til man i en ny nasjonal helse- og sykehusplan kan behandle den problemstillingen

grundig, men åpner opp for å fortsette den typen nedbygging på tross av signalene som kommer fra kommunene.

Dessverre synes jeg vi ser et mønster der det er økonomi som er begrunnelsen for kuttene i spesialisthelsetjenestene, ikke nødvendigvis faglighet. Det virker som om spesialisthelsetjenestene er tvunget til å stille spørsmålet: Kan vi sende denne regningen over til kommunene? Det er ikke et godt grunnlag for å lykkes med samhandlingsreformen.

Kommunene og spesialisthelsetjenestene må gis økonomiske muskler skal man få til samhandlingsreformen på en best mulig måte, ellers blir pasientene taperne. Det tar Arbeiderpartiet på alvor. Statsråd Høie sier at samhandlingsreformen ikke har svart til forventningene, og samtidig legger han til at vi ikke trenger mer evaluering. Vel, etter at Bent Høie har vært helseminister i omtrent seks år, må vi vel også kunne forvente at det er tid for handling for å få samhandlingsreformen inn i det sporet vi ønsker.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bedt om ordet til sak nr. 4.

Sak nr. 5 [12:05:51]

*Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Marit Arnstad, Bengt Fasteraune, Åslaug Sem-Jacobsen og Kjersti Toppe om sterkere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten (Innst. 203 S (2018–2019), jf. Dokument 8:48 S (2018–2019))*

**Presidenten:** Etter ønske frå helse- og omsorgskomiteen vil presidenten føreslå at taletida vert avgrensa til 3 minutt til kvar partigruppe og 3 minutt til medlemmer av regjeringa.

Vidare vil presidenten føreslå at det – innanfor den fordelte taletida – vert gjeve høve til replikkordskifte på inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av regjeringa.

Vidare vert det føreslått at dei som måtte teikna seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

**Elise Bjørnebekk-Waagen (A) [12:06:54]** (ordfører for saken): Ulike undersøkelser viser at 15–20 pst. av barn og unge i alderen 3–17 år har betydelige helseplager. For så mange som 8 pst. er det så alvorlig at det tilfredsstiller kriteriene for en psykisk lidelse.

I saken som vi nå behandler, har forslagsstillerne foreslått at regjeringen må komme med tiltak for å styrke samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien

og skolehelsetjenesten. Det er en samstemt komité som understreker viktigheten av tilgjengelighet, tidlig innsats og lavterskel psykisk helsetilbud. Saken har hatt en god behandling i komiteen, og det har kommet fem skriftlige høringsinnspill. Det er regjeringspartiene som står inne for innstillingen, hvor man foreslår at forslaget ikke vedtas. Og med det tar jeg av meg saksordførershatten og går direkte videre på mitt innlegg fra partiet.

Altfor mange barn og unge får ikke hjelp når de trenger det. Små utfordringer kan vokse seg til store problemer uten at hjelpen er på plass. En overbelastet skolehelsetjeneste og en tøff kommuneøkonomi gjør at mange barn og unge møter en stengt dør. Det er en trussel for samfunnet, men også for den enkelte. Alle elever bør ha muligheten til å gå innom et kontor og få hjelp når de trenger det.

Det høres så enkelt ut – mange nok folk på jobb og korte linjer mellom BUP og skolehelsetjenesten, tette bånd, slik at barn og unge får hjelp når de trenger det – men det som høres så enkelt ut, det gjør regjeringen vanskelig i praksis. For i praksis hindrer finansieringssystemet at barn og unge får den beste hjelpen når de trenger det. Innsatsstyrt finansiering legger bånd på ansatte i BUP. Alle arbeidsoppgaver har en kode for finansiering. Ingen kode – ingen finansiering.

BUP forklarer det jo så presist selv, at når de ønsker å være ute på skolene, ønsker å være der barn og unge er, medfører det mindre penger inn. Da er det systemet som må endres – ikke barn og unge og ikke pasientene. Skolehelsetjenesten bør få en henvisningsrett til BUP, og skal hjelpen være tilgjengelig, må vi gi fagfolkene den tiden og den tilliten de trenger.

Jeg ønsker med det å ta opp de forslagene som vi står inne i i saken.

**Presidenten:** Da har representanten Elise Bjørnebekk-Waagen tatt opp de forslagene som hun refererte til.

**Erlend Larsen (H) [12:09:52]:** Når barn og unge sliter med psykiske plager og lidelser, er tidlig innsats svært viktig. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en unik posisjon for å fange opp disse problemene. Tar man tak i et problem tidlig, er det enklere å løse det før problemet vokser seg for stort.

Dette er grunnen til at vi har trappet opp midlene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med over 1,3 mrd. kr siden vi tok over. I 2019-budsjettet ligger det 877 mill. kr i kommunerammen og 430 mill. kr i øremerkede tilskudd. Dette har vært et taktskifte for helsestasjonene, og det har ført til en økning på 975 årsverk for 2013–2017. Bedre tilgjengelighet og større kompetanse senker terskelen for å søke hjelp. Det er først når hjelpen faktisk er tilgjengelig for barn og unge, at vi kan

snakke om et virkelig lavterskeltilbud. Derfor ble det gjennom Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse, bestemt at regjeringen skal vurdere hvorvidt formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utvides til også å omfatte behandling og oppfølging for både psykiske og somatiske tilstander. Dette vil senke terskelen for å få hjelp enda mer. I tillegg vil det gi behov for mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Lokalt er det allerede mange gode eksempler på vellykkede samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten. Over halvparten av kommunene har nå etablert Familiens hus, familiesentre og oppvekstetater, som samler flere tjenester til barn og unge, og sikrer bedre samarbeid og samhandling. Det er viktig å støtte opp om de gode samarbeidsmetodene som sprer seg i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Veiledning, inntak ute og felles team på tvers av tjenester og nivå er effektive metoder som for mange barn, unge og familier innebærer at riktig hjelp kommer raskere, og at man opplever større medvirkning og innflytelse over det som skjer. Andre gevinster er styrket samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene og mer effektiv bruk av ressurser.

Det er likevel viktig å poengtere at kommunene allerede har et ansvar for å samordne sine tjenester, men at de i utgangspunktet står fritt til å organisere tjenesteapparatet slik de selv mener er mest hensiktsmessig. Dette vil variere fra sted til sted i Norge. Å pålegge kommunene en enkelt modell eller at grunnlaget for samtlige samarbeidsmodeller må forankres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er derfor ikke en god løsning. Felles for de kommunene som lykkes med å gi barn og unge et godt hjelpetilbud, er at de tar utgangspunkt i barn og unge og foresattes egne behov, legger inn innsatsen tidlig, er kjent med hverandres ansvarsområder og tilbud og har etablert gode rutiner for samhandling og koordinering av hjelpetilbudet på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Hvilken organisering som passer for den enkelte kommune, bør imidlertid kommunene selv få avgjøre.

**Hans Inge Myrvold (Sp) [12:12:52]:** Psykiske lidinger er av dei store helse- og samfunnsutfordringane i Noreg. Sjølv om det store fleirtalet av barn og unge i Noreg har det bra, slit mange med psykiske problem i barne- og ungdomstida. Dei personlege konsekvensane er store og kan føra til fråfall i utdanning og arbeidsliv. For nokre utviklar det seg til alvorlege tilstandar.

Prioriteringsutvalet, eller Norheim-utvalet, trekte fram førebygging av depresjon hos ungdom som eit førebyggjande tiltak som samfunnet burde prioritera mykje høgare. Senterpartiet ville difor følgja dette opp og ser at tenestene i dag er for lite koordinerte.

Med dette representantforslaget vil me sikra eit sterkare samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og ei styrkt skulehelseteneste. I Nord-Trøndelag har dei ein god modell for dette, der fylkeskommunen har arbeidd med ei utvida skulehelseteneste. Kjernen er at ein gjev tidleg hjelp for psykososiale problem i vidaregåande skule, i tett samarbeid med BUP og skulehelsetenesta. Det betyr i praksis at BUP er til stades på vidaregåande skular i inntil to dagar i veka. I tillegg vert det satsa på kompetansehevande tiltak for tilsette ved dei vidaregåande skulane.

Forslaget har fått stor og brei støtte frå høyringsinstansar. Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Landsgruppen av helsesøstre viser til at det er eit stort behov for betre samarbeid. Prosjektet i Nord-Trøndelag er eit godt eksempel på ein felles arena der BUP og skulehelsetenesta kan drøfta saker, slik at fleire sårbare ungdommar får raskare hjelp. Me meiner at behovet for auka samarbeid mellom BUP og skulehelsetenesta er godt dokumentert, og at det er på tide å fremja liknande samarbeidsmodellar i heile landet. Poenget er at det er skulehelsetenesta, som følgjer skulemiljøet og den enkelte elev over tid, som er best i stand til å førebyggja lettare psykiske problem og bidra til rask behandling, slik at plagene ikkje utviklar seg til meir alvorlege eller kroniske lidingar.

Regjeringspartia viser til regjeringas strategi for psykisk helse, Mestre hele livet. Senterpartiet meiner det er lite i denne strategien som omhandlar auka samarbeid mellom kommunehelsetenesta og BUP, og at det manglar konkrete tiltak for å styrkja denne samhandlinga. Pakkeforløp er heller ikkje løysinga på denne utfordringa, for det vil gjelda for pasientar som allereie er tilvist til behandling.

Vårt forslag går ut på å sikra samarbeid om elevar med rus og psykiske lidingar i tidleg fase og leggja til rette for systematisk og konstruktivt samarbeid, slik at skulehelsetenesta vert endå betre på å førebyggja og bidra til rask behandling i tidleg fase.

**Carl-Erik Grimstad (V) [12:16:06]:** Jeg vil begynne med å takke for representantforslaget, som retter oppmerksomhet mot samarbeid mellom BUP og skolehelsetjenesten. Dette er viktig, og jeg deler forslagsstillerens bekymring for barn og unge med psykiske problemer. Det er spesielt bekymringsfullt at mellom 15 og 20 pst. av barn og unge har såpass store plager at det rammer deres måte å fungere på i hverdagen. Jeg er også bekymret for at dette er problemer som følger mange resten av livet. Selvmordsraten, spesielt blant menn, er et alvorlig problem, som dessverre ikke er blitt mindre med årene.

Komiteen står samlet i sitt ønske om at unge skal møtes på best mulig måte av barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten. Vi vet at det er viktig å få hjelp med psykiske problemer tidlig. Langvarige psykiske plager kan føre til dårlig livskvalitet for den enkelte, og kostnaden for samfunnet blir stor hvis problemene ikke tas på alvor – og enda større dersom tiltakene skyves ut i tid.

Venstre vil styrke kompetansen på psykisk helse i skolehelsetjenesten og integrere PPT i arbeidet med dette. Psykiske lidelser er noe som rammer omtrent halvparten av oss en eller annen gang i løpet av livet. Venstre ser ikke bare behov for samarbeid når problemene inntreffer, men ønsker også gode tiltak for å forebygge psykiske plager.

Regjeringen anerkjenner at det finnes utfordringer med samhandling mellom ulike hjelpeinstanser. Videre ser man at god samhandling er en forutsetning for at hjelpen skal være så effektiv som mulig og av best mulig kvalitet. I Granavolden-erklæringen framgår det at bedre helsetjenester rettet mot barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. Dette viser seg bl.a. i regjeringens gradvise opptrapping av midler til skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten på over 1,3 mrd. kr. Helt konkret for forbedret samarbeid mellom BUP og skolehelsetjenesten vises det til pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn. Målet med dette er et styrket samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten gjennom å tildele hvert barn under behandling en egen kontaktperson.

Forslaget som har blitt framsatt, vil trolig ikke bli vedtatt. Likevel kan jeg berolige forslagsstillerne med at regjeringen allerede arbeider godt for å forbedre samarbeidet og for å skape et best mulig tilbud for barn og unge. Dette er et arbeid som også har stor oppmerksomhet i våre mange kommuner.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [12:18:48]** (komiteens leder): Altfor mange barn og unge går rundt og har vondt i livet sitt. Saksordføreren peker på undersøkelser som viser at 15–20 pst. har alvorlige problemer, og 8 pst. har svært alvorlige problemer. Da er det klart det er viktig at vi anerkjenner at det er utfordringer med samhandlingen mellom ulike hjelpeinstanser som gjør hjelpen mindre effektiv, og at kvaliteten blir lavere enn den kunne ha vært med god samhandling.

Nå arbeides det både faglig og politisk for å finne de beste måtene å gi utsatte barn og unge et sømløst hjelpe-tilbud. Det ble pekt på Granavolden-erklæringen, og der kommer det tydelig fram at bedre tjenester rettet mot barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. Særlig helsestasjonene har et viktig ansvar, og jeg er glad

for satsingen på en tverrfaglig helsestasjons- og skolehelsetjeneste av høy kvalitet, som skal sørge for god tilgang på hjelp og støtte til barn og unge og deres foreldre, og at det arbeidet fortsetter.

Fra 2014 til 2019 har regjeringen gradvis hatt en opptrapping av midler til helsestasjons- og skolehelsetjenesten på over 1,3 mrd. kr. Det har skjedd i budsjettforhandlinger med Kristelig Folkeparti.

Jeg er glad for at det er en økende bevissthet og større oppmerksomhet rundt behovet for koordinerte tjenester og helhetlig oppfølging av barn og unge som har behov for ekstrahjelp. Sånn sett vil også jeg rose Senterpartiets initiativ i denne saken og bare understreke at det arbeides godt og kontinuerlig med dette i regjeringen. Det skal snart legges fram en forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, og dette er en plan vi mener vil legge et godt grunnlag for videre styrking av det viktige forebyggende arbeidet i kommunene. Her skal en bl.a. se på hvordan en kan understøtte og spre de gode samarbeidsmetodene på tvers av nivåene, for å sikre mer helhetlige tjenester for barn.

Men vi må erkjenne at dette er en stor utfordring. Som sagt: Altfor mange barn og unge går rundt og har vondt i livet sitt, og det må vi ta på ramme alvor.

**Statsråd Bent Høie [12:21:46]:** Barn og unges helse skapes i stor grad på andre arenaer enn i helsetjenesten. Den forebyggende innsatsen må derfor i større grad settes inn der hvor barn og unge er – slik som i skolen og i barnehagene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i en unik posisjon når det gjelder å forebygge lettere psykiske plager og bidra til raskere behandling, fordi tjenesten er tilgjengelig der hvor barn og unge tilbringer store deler av dagen. Nettopp av den grunn har det vært et viktig mål for regjeringspartiene å øke kapasiteten og tilgjengeligheten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og de siste fem årene er det bevilget over 1,3 mrd. kr til dette formålet.

Representantene etterspør et sterkere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten. For mange familier kan bedre samarbeid mellom tjenester og nivåer bety at de får raskere hjelp når de trenger det, men også at de opplever at hjelpen henger sammen. Bedre samarbeid på langs og på tvers kan også gi mer effektiv bruk av ressurser og styrke samhandlingen.

I forbindelse med arbeidet med den kommende opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse har vi sett flere gode eksempler på tett samarbeid mellom kommunale tjenester og barne- og ungdomspsykiatrien. Veiledning, felles konsultasjoner og team på tvers av tjenester og nivåer er effektive metoder som gjør at de som trenger det, kan få tidlig hjelp. For eksempel har

Helse Fonna i samarbeid med alle kommunene i det helseområdet laget Barn og unges helsetjeneste, med samhandlingsforløp på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste.

Det er viktig å støtte de gode samarbeidsmetodene som finnes, men jeg mener det ikke vil være formålstjenlig å pålegge kommunene én enkelt modell som må forankres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hvilken organisering som passer for den enkelte kommune, vil ofte variere mellom kommunene.

De tiltakene vi allerede har igangsatt, må også få tid til å virke. Blant annet er det nå gjennom ordningen med innsattsstyrt finansiering tilrettelagt for DRG-uttelling for samarbeids- og oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere utenfor spesialisthelsetjenesten.

Et annet viktig tiltak er pakkeforløpene som nå innføres innen både psykisk helse og rus, og som vi ser gir resultater. Alle barn som er i et pakkeforløp, vil få sin egen koordinator, som skal sørge for sammenheng og kontinuitet i behandlingsforløpet. Hensikten er at det ikke skal svikte i overgangene mellom tjenestene, slik vi dessverre altfor ofte ser at det gjør.

**Presidenten:** Det vert replikkordskifte.

**Elise Bjørnebekk-Waagen (A) [12:25:00]:** Det er ikke lenge siden Høyre gjennomførte sitt landsmøte, og det var gledelig at vi kunne lese at det ble flertall for at skolehelsetjenesten skulle få mulighet til å henvise videre til psykolog. Nå har det seg tilfeldigvis sånn at dette skal vi stemme over i salen i dag. Kommer regjeringspartiene til å stemme for forslaget som selv Høyre har vedtatt på sitt landsmøte, eller kommer de en gang til til å stemme ned Arbeiderpartiets forslag i saken, et forslag vi har sammen med Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti?

**Statsråd Bent Høie [12:25:33]:** For det første er det ikke jeg som kan svare for hva regjeringspartiene stemmer for og ikke i Stortinget, det må de svare for selv. Men jeg tror representanten og resten av Stortinget har fått med seg at som hovedregel stemmer ikke regjeringspartiene på forslag framsatt av opposisjonen på områder der regjeringen har arbeid på gang. Det betyr ikke nødvendigvis at en er uenig i forslagene, men rett og slett at det ikke er noen grunn til å stemme for forslag på områder der regjeringen jobber med f.eks. – i dette tilfellet – en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.

Det er helt riktig at Høyres landsmøte vedtok en stor og omfattende – og etter min oppfatning veldig bra og ambisiøs – resolusjon om barn og unges psykiske helse. Men på dette området som på alle andre områder vil det også være sånn at selv om Høyre har vedtatt noe, er

det ikke alltid det som umiddelbart blir regjeringens politikk. Det er noe som vi også vil jobbe med videre.

**Elise Bjørnebekk-Waagen (A) [12:26:37]:** Jeg registrerer at statsråden og regjeringens største og ledende parti har vedtatt politikk på området, men at det foreløpig mangler enten gjennomføringsevne eller gjennomføringsvilje. Resultatet er det samme.

Regjeringen har innført flere bemanningsnormer, bl.a. i skoler og barnehager. Men det er en vegring for å innføre bemanningsnormer i skolehelsetjenesten, på tross av at man ser at mange steder er det ikke på det nivået som det burde være. Da lurer jeg på: Hva er den prinsipielle forskjellen for regjeringen mellom bemanningsnormer på enkelte områder, som skole og barnehage, og bemanningsnormer i skolehelsetjenesten?

**Statsråd Bent Høie [12:27:25]:** Spørsmålet om bemanningsnormer i skolehelsetjenesten har blitt vurdert av Helsedirektoratet og er ikke anbefalt.

Så jobbes det selvfølgelig med ulike andre tiltak for å bedre dekningen i denne tjenesten. Det viktigste vi gjør der, er nettopp å sette kommunene i stand til å ansette flere i skolehelsetjenesten og på helsestasjonene. Det har vi også i høyeste grad bidratt til. I løpet av disse fem årene har det vært en kraftig økning i antall årsverk i disse tjenestene. Vi snudde en negativ utvikling for barn og unges tilbud på dette området i kommunene til at vi nå ikke bare har tatt igjen etterslepet fra våre forgjengere, men har en kraftig styrking av tilbudet. Det er utrolig viktig, nettopp for å kunne sette inn innsatsen tidlig.

Men det forebyggende arbeidet er også viktig. Derfor er jeg glad for at jeg var den første helseministeren som la fram en folkehelsemelding der psykisk helse ble likestilt med fysisk helse.

**Elise Bjørnebekk-Waagen (A) [12:28:28]:** Jeg vil lede oppmerksomheten over på finansieringssystemet. For ikke veldig mange dager siden var komiteen på komitéreise til Akershus, og vi møtte Stillasbyggerne, et tiltak hvor BUP og barnevernstjenesten samarbeider. Alt arbeidet foregår ambulant og er helt avhengig av prosjektmidler, for finansieringssystemet legger ikke til rette for at Stillasbyggerne og deres ambulante drift kan drives innenfor vanlige budsjetter. Man er helt avhengig av å ha finansieringssystemer som legger til rette for at de gode fagfolkene kan gjøre jobben sin. Da lurer jeg på: Vil statsråden gjøre det mulig for slike tiltak som Stillasbyggerne å kunne inngå i vanlig drift, eller skal vi håpe på midler fra prosjekt til prosjekt framover?

**Statsråd Bent Høie [12:29:24]:** Nei, som jeg varslet i årets sykehustale, mener jeg at finansieringssystemet

må endres slik at det er både steds- og teknologinøytralt, slik at det blir enda enklere, bl.a. for folk som jobber i spesialisthelsetjenesten, å jobbe ute, der innbyggerne våre er, nemlig i kommunene. Det er allerede gjort endringer på dette området som nettopp bidrar til det i dagens system, og jeg ser at en mange steder får til å jobbe ambulant, jobbe ute i tjenesten, uten at en sier at finansieringssystemet er til hinder for det. Men uansett mener jeg det er behov for å gjøre endringer i finansieringssystemet, for at det i enda større grad legger til rette for nye måter å jobbe på.

**Elise Bjørnebekk-Waagen (A) [12:30:14]:** Jeg er glad for at statsråden anerkjenner nettopp det fagfolkene peker på.

Det er en stund siden regjeringen annonserte at den skulle framlegge en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Hvis jeg ikke husker feil, kunne vi lese i Dagbladet at denne skulle komme på plass innen høsten 2018. Statsråden har selv henvist til opptrappingsplanen, at den nå kommer, og da lurer jeg på: Når er det vi kan forvente opptrappingsplanen?

**Statsråd Bent Høie [12:30:44]:** Den var varslet Stortinget før jul 2018. Så fikk Stortinget brev fra meg med informasjon om at den var utsatt til våren 2019, og det er fortsatt – hvis jeg ser ut av vinduet – våren 2019, så den kommer.

**Presidenten:** Replikkkordskiftet er omme.

Dei talarane som heretter får ordet, har ei taletid på inntil 3 minutt.

**Tellef Inge Mørland (A) [12:31:18]:** Jeg tror vi tverrpolitisk må kunne være enige om at vi ikke har lykkes godt nok med å ta psykisk helse på alvor og gjøre tilstrekkelige grep for å sikre barn og unge, men også resten av befolkningen, den beste tilgjengelige hjelpen når man sliter med psykisk helse. Det å starte med barn og unge når det gjelder psykisk helse, er svært lurt, fordi vi ser at det er en av de største utfordringene mange barn og unge sliter med, men ikke minst også fordi både barn og ungdom vil kunne oppleve konsekvensene av både god hjelp og mangelfull hjelp i 50, 60 og 70 år framover, og det vil ha konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet hva vi da gjør og ikke gjør. Psykiske helseutfordringer bør generelt ha svært høy prioritet, men da særlig hos barn og unge.

Helseministeren og regjeringen har flagget veldig høyt den gyldne regel, at man skal satse minst like mye på psykisk helse – sammen med rus – som på somatikken. De siste resultatene viser at psykisk helse har hatt en femdel av den veksten somatikken har hatt. Det er et tegn på at dette ikke har vært godt nok. Når da regje-



ringspartiene viser til at man innfører pakkeforløp for barn og unge og i barne- og ungdomspsykiatrien, er det for så vidt et bra tiltak, men det forutsetter at de pakkene har et innhold, at man har muligheten til å kjøpe de verktøyene som trengs for at et pakkeforløp skal bli vellykket. Når jeg har hatt både fagfolk og brukerrepresentanter på mitt kontor som forteller at de ikke har økonomien som følger med, verken til den samhandlingen man ønsker med kommunene, eller f.eks. til forløpskoordinatorene, er det ikke sikkert at det pakkeforløpet man har lagt opp til, er så mye å skryte av.

Dette er den femte saken vi behandler i dag fra helse- og omsorgskomiteen, og nok en gang kommer det mange fine ord fra flere av regjeringspartiene. Men så stemmer man likevel ned absolutt alt opposisjonen foreslår. Det kan neppe være å ta Stortinget eller opposisjonen på alvor. Det er ikke fordi man mener at det er feil tiltak for barn og unge, nei, det er nærmest et prinsipp at man skal avvise de forslagene som kommer. Et forslag om at helsesykepleiere skal kunne videreformidle eller henvise til BUP, det skal man stemme mot i dag, men så er man egentlig kanskje for det likevel. Jeg hadde skjønt at man ikke kunne ha stemt for det hvis det hadde hatt store budsjettmessige konsekvenser, men jeg klarer ikke å se annet enn at det er prinsippet som gjør at man stemmer imot.

Jeg ser også i dag at man fortsatt skal beholde innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevesen og da på mange måter se psykisk syke med et kalkulatorblikk, hvilket jeg tror er dårlig både for den enkelte og for samfunnet. Jeg hadde håpet at særlig Kristelig Folkeparti hadde klart å sette et annet stempel i den regjeringen de nå har gått inn i.

**Torill Eidsheim (H) [12:34:36]:** Sjølv om flesteparten av dagens barn og unge har god psykisk helse, er det urovekkjande at fleire sjølv rapporterer om psykiske plager og lidningar. Vi veit ikkje heilt nøyaktig kor mykje av denne auken som kjem av meir openheit og mindre stigma forbunde med psykiske helseplager.

Over 60 pst. av kommunane i landet rapporterer om at psykiske helseplager blant barn og unge er deira største utfordring. Kommunane rundt om i Noreg tek det på største alvor, og dei etterspør gode verktøy for å kunne jobbe systematisk med å skape helsefremjande oppvekstmiljø for alle barn og unge. Det trengst meir kunnskap om psykisk helse blant barn og unge og deira familiar. Nettopp difor er dette eit prioritert område for denne regjeringa.

Som fleire representantar har peika på, er verdien av tidleg innsats og samarbeid om og med barn og unge om psykiske plager og lidningar svært stor, både for samfunnet og særleg for den enkelte det gjeld. Som sagt har re-

gjeringa høg prioritet på arbeidet sitt med å styrkje tilbodet innan barne- og ungdomspsykiatrien og også skulehelsetenesta. Opptrappingsplanen for barn og unge si psykiske helse vil nettopp sjå nærare på desse problemstillingane som representantane her viser til.

Det som Senterpartiet og Arbeidarpartiet etterspør, er alt i gang. Dessutan tek forslaget frå opposisjonen heller ikkje høgde for at det er og bør vere kommunane sitt ansvar å samordne tenestene sine, og at det bør vere lagt til rette, slik at ein faktisk har moglegheit lokalt til å organisere dette tenesteapparatet aller best ut frå lokale forhold til det beste for kvar enkelt, pasient eller person.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bedt om ordet til sak nr. 5.

#### Votering

Etter at det var ringt til votering, sa

**presidenten:** Då er me klare til å gå til votering.

#### Votering i sak nr. 1

**Presidenten:** Under debatten har Ingvild Kjerkol sett fram eit forslag på vegner av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om forbedringer i meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, og følge opp anbefalingene fra NOU 2015:11 (Arianson-utvalget)».

Raudt har varsla støtte til forslaget.

#### Votering:

Forslaget frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart med 48 mot 43 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 12.47.45)

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande vedtak til

#### I o v

om endringar i spesialisthelsetjenestelova m.m. (avvikling av meldeordninga m.m.)

#### I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. blir § 3-3 oppheva.

**Presidenten:** Arbeidarpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Raudt har varsla at dei vil røysta imot.

## V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart vedteken med 46 mot 44 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 12.48.13)

Vidare var tilrådd:

## II

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. blir det gjort desse endringane:

§ 36 andre ledd skal lyde:

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi *nødvendige opplysninger om dødsfallet og dødsårsaken etter forskrift fastsatt av departementet.*

§ 67 a blir oppheva.

## III

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp blir det gjort desse endringane:

§ 13 fjerde ledd andre punktum skal lyde:

Med samtykke menes *enhver frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra pasienten der vedkommende ved en erklæring eller en tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til at det gis slik tilgang, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 11.*

§ 30 skal lyde:

§ 30. *Straff for brudd på taushetsplikt*

*Overtredelse av § 15 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes.*

Ny § 30 a skal lyde:

§ 30 a. *Straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger*

*Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 16, straffes med bøter eller fengsel i inntil 1 år.*

*Grov urettmessig tilegnelse av helseopplysninger straffes med fengsel i inntil 3 år.*

*Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen av helseopplysninger er grov skal det særlig legges vekt på*

- a) *faren for stor skade eller ulempe for pasienten eller brukeren,*
- b) *den tilsiktede vinningen med overtredelsen,*
- c) *overtredelsens varighet og omfang,*
- d) *den utviste skyld, og*
- e) *om handlingen er begått av noen som tidligere er ilagt en strafferettslig reaksjon for liknende handlinger.*

## IV

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger blir det gjort desse endringane:

Overskrifta til kapittel 2 skal lyde:

Kapittel 2. *Adgang til å behandle helseopplysninger og å etablere helseregistre.*

Ny § 20 a skal lyde:

§ 20 a. *Forskrift om tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Dødsårsaksregisteret for kommuneleger*

*Departementet kan gi forskrift om at kommuneleger kan få tilgjengeliggjort opplysninger fra Dødsårsaksregisteret uten hinder av taushetsplikt.*

§ 30 skal lyde:

§ 30. *Straff for brudd på taushetsplikt*

*Overtredelse av § 17 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at medvirkning straffes.*

Ny § 30 a skal lyde:

§ 30 a. *Straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger*

*Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i § 18, straffes med bøter eller fengsel i inntil 1 år.*

*Grov urettmessig tilegnelse av helseopplysninger straffes med fengsel i inntil 3 år.*

*Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen av helseopplysninger er grov skal det særlig legges vekt på*

- a) *faren for stor skade eller ulempe for den registrerte,*
- b) *den tilsiktede vinningen med overtredelsen,*
- c) *overtredelsens varighet og omfang,*
- d) *den utviste skyld, og*
- e) *om handlingen er begått av noen som tidligere er ilagt en strafferettslig reaksjon for liknende handlinger.*

## V

I lov 16. juni 2017 nr. 53 om endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) blir del VII og del VIII oppheva.

## VI

Lova gjeld frå den tida Kongen fastset. Kongen kan bestemme at dei enkelte føresegnene i lova skal ta til å gjelde til ulik tid.

## V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

**Presidenten:** Det vert votert over overskrifta til lova og lova i det heile.

### Votering:

Overskrifta til lova og lova i det heile vart samrøystes vedtekne.

**Presidenten:** Lovvedtaket vil verta ført opp til andre gangs handsaming i eit seinare møte i Stortinget.

### Votering i sak nr. 2

**Presidenten:** Under debatten er det sett fram to forslag. Det er forslaga nr. 1 og 2, frå Tuva Moflag på vegner av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen, gjennom sin styringsdialog med helseforetakene, sikre at enhetspriser og de samlede kostnadene for nye legemidler skal være offentlige. Eventuelle unntak fra prinsippet om offentlighet skal bero på en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen, gjennom sin styringsdialog med helseforetakene, sikre at unntaksvis hemmelige legemiddelpriser blir gjort offentlige etter en avgrenset tidsperiode.»

Det vert votert alternativt mellom desse forslaga og tilrådinga frå komiteen. Raudt har varsla støtte til forslaga.

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

### v e d t a k :

Dokument 8:6 S (2018–2019) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag, Tore Hagebakken, Tellef Inge Mørland og Elise Bjørnebekk-Waagen om åpenhet om enhetspriser på legemidler i norske sykehus og Dokument 8:20 S (2018–2019) – Representantforslag frå stortingsrepresentant Kjersti Toppe om å sikre full openheit om legemiddelprisar i den offentlege helsetenesta – vedtas ikke.

### Votering:

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaga frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 48 mot 44 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 12.50.02)

### Votering i sak nr. 3

**Presidenten:** Under debatten er det sett fram to forslag. Det er forslaga nr. 1 og 2, frå Tuva Moflag på vegner

av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen gjennom forskrift sikre at helsepersonell som er ansatt i eller jobber på oppdrag for det offentlige helsevesenet og samtidig mottar honorar fra legemiddelindustrien, blir registrert i et åpent, søkbart register som administreres av et forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, for eksempel Statens legemiddelverk.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav til de offentlige komiteene for legemiddelkjøp (LIS-komiteene) om at faglige eksperter ved innkjøp offentliggjør sine interessekonflikter.»

Det vert votert alternativt mellom desse forslaga og tilrådinga frå komiteen. Raudt har varsla støtte til forslaga.

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

### v e d t a k :

Dokument 8:52 S (2018–2019) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sheida Sangtarash, Kari Elisabeth Kaski og Lars Haltbrekken om å kreve åpenhet om honorarer fra legemiddelindustrien til helsepersonell – vedtas ikke.

### Votering:

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaga frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 48 mot 44 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 12.51.02)

### Votering i sak nr. 4

**Presidenten:** Under debatten er det sett fram to forslag. Det er forslaga nr. 1 og 2, frå Tore Hagebakken på vegner av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Det vert votert over forslag nr. 2, frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av evalueringen av samhandlingsreformen fremme sak for Stortinget om nye økonomiske og strukturelle tiltak for å nå samhandlingsreformens intensjoner om økt forebygging, en styrket kommunehelsetjeneste og økt samarbeid mellom sykehus og kommuner for å sikre pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester.»

**Votering:**

Forslaget frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart med 47 mot 43 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 12.51.37)

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

**vedtak:**

Dokument 8:19 S (2018–2019) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak for Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan nås – vedtas ikke.

**Presidenten:** Det vert votert alternativt mellom tilrådinga frå komiteen og forslag nr. 1, frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen evaluere samhandlingsreformen.»

Raudt har varsla støtte til forslaget.

**Votering:**

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 48 mot 44 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 12.52.36)

**Votering i sak nr. 5**

**Presidenten:** Under debatten er det sett fram i alt tre forslag. Det er forslaga nr. 1–3, frå Elise Bjørnebekk-Waagen på vegner av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre en mulighet for at helsesykepleiere kan videreformidle/henviser til BUP.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fjerne innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge fram tiltak for å styrke samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og skolehelsetjenesten og bidra til realisering av samarbeidsmodeller som gir økt samhandling mellom BUP og de kommunale helse-tjenestene. Grunnlaget for modellene må være at skolehelsetjenesten, som følger skolemiljøet og den

enkelte elev over lang tid, er best posisjonert til både å forebygge lettere psykiske problemer og bidra til rask behandling.»

Det vert votert alternativt mellom desse forslaga og tilrådinga frå komiteen. Raudt har varsla støtte til forslaga.

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

**vedtak:**

Dokument 8:48 S (2018–2019) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Marit Arnstad, Bengt Fasteraune, Åslaug Sem-Jacobsen og Kjersti Toppe om sterkere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og skolehelsetjenesten – vedtas ikke.

**Votering:**

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaga frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vart tilrådinga vedteken med 48 mot 44 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 12.53.33)

Sak nr. 6 [12:53:41]

**Referat**

1. (221) Riksrevisjonens undersøkelse av det norsk-russiske bilaterale miljøsam arbeidet - en parallell-revisjon med Den russiske føderasjons riksrevisjon (Dokument 3:8 (2018–2019))
2. (222) Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å ivareta miljø og fiskeri ved petroleumsvirksomhet i nordområdene (Dokument 3:9 (2018–2019))
3. (223) Melding for året 2018 fra Sivilombudsmannen (Dokument 4 (2018–2019))
4. (224) Melding for året 2018 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse (Dokument 4:1 (2018–2019))
5. (225) Årsmelding fra Stortingets kontrollutvalg for etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste (EOS-utvalget) for 2018 (Dokument 7:1 (2018–2019)) Samr.: Nr. 1–5 vert sende kontroll- og konstitusjonskomiteen.
6. (226) Årsrapporter fra Stortingets faste delegasjoner til internasjonale parlamentariske forsamlinger for 2018 (Dokument 13 (2018–2019))
7. (227) Rapport fra Stortingets delegasjon til Nordisk råd om virksomheten 2. halvår 2017 og kalenderåret 2018 (Dokument 17 (2018–2019))

Samr.: Nr. 6 og 7 vert sende utanriks- og forsvarskomiteen.

**Presidenten:** Dermed er sakene på dagens kart ferdighandsama. Ber nokon om ordet før møtet vert heva?  
– Møtet er heva.

Møtet slutt kl. 12.55.

