



STORTINGET

Stortingstidende

Referat fra møter i Stortinget

Nr. 69 · 17. april
Sesjonen 2019–2020

**Møte fredag den 17. april 2020 kl. 9.
Votering ved møtets slutt.**

President: Tone Wilhelmsen Trøen

Dagsorden (nr. 69):

1. Valg av nytt varamedlem til valgkomiteen
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 288/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 745/2017 om medisinsk utstyr og EØS-komiteens beslutning nr. 301/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 746/2017 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr (Innst. 231 S (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))
3. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lov om medisinsk utstyr (Innst. 230 L (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))
4. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Torleif Hamre om å sikre grunnleggende menneskerettigheter og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen og andre kommunale omsorgstilbud (Innst. 167 S (2019–2020), jf. Dokument 8:24 S (2019–2020))
5. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 (Innst. 189 S (2019–2020), jf. Meld. St. 9 (2019–2020))
6. Stortingets vedtak til lov om endringer i statsborgerloven og introduksjonsloven (personopplysninger og automatiserte avgjørelser) (Lovvedtak 77 (2019–2020), jf. Innst. 229 L (2019–2020) og Prop. 47 L (2019–2020))
7. Stortingets vedtak til lov om tros- og livssynssamfunn (trossamfunnsloven) (Lovvedtak 78 (2019–2020), jf. Innst. 208 L (2019–2020) og Prop. 130 L (2018–2019))
8. Referat

Presidenten: Den korte tiden hvor representantene møter i salen for å sette møtet og ved votering, anbefaler presidenten at man sitter på sine egne plasser.

Før sakene på dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten opplyse om at det – om nødvendig – blir en pause i møtet etter behandlingen av sakene nr. 1–7. Møtet vil i så fall settes igjen kl. 12 for behandling av sak nr. 8.

Sak nr. 1 [09:00:40]

Valg av nytt varamedlem til valgkomiteen

Presidenten: Det skal velges nytt varamedlem til valgkomiteen etter Guri Melby, som er blitt medlem av regjeringen.

Presidenten ber om forslag.

Ola Elvestuen (V) (fra salen): Jeg foreslår Solveig Schytz.

Presidenten: Solveig Schytz er foreslått som nytt varamedlem til valgkomiteen. Andre forslag foreligger ikke, og Solveig Schytz anses enstemmig valgt som nytt varamedlem av valgkomiteen.

Sakene nr. 2 og 3 vil bli behandlet under ett.

Sak nr. 2 [09:01:15]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 288/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 745/2017 om medisinsk utstyr og EØS-komiteens beslutning nr. 301/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 746/2017 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr (Innst. 231 S (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))

Sak nr. 3 [09:01:40]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lov om medisinsk utstyr (Innst. 230 L (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten ordne debatten slik: 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil det – innenfor den fordelte taletid – bli gitt anledning til inntil seks replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen, og de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

Mari Holm Lønseth (H) [09:02:19] (ordfører for saken): Jeg vil starte med å takke komiteen for godt samarbeid ved behandlingen av denne proposisjonen.

At alle får de helsetjenestene de trenger, når de trenger det, er viktig både for tryggheten vår og for livskvaliteten vår. For å sikre gode helsetjenester er vi avhengig av trygt og sikkert medisinsk utstyr, og det er kanskje sjelden vi har vært mer bevisste på det enn vi er akkurat nå.

Saken gjelder forslag til lov om medisinsk utstyr for å gjennomføre to EU-forordninger om medisinsk utstyr og in vitro-diagnostisk utstyr i norsk rett. Gjennom dette regelverket styrker vi pasientsikkerheten ved at trygt og sikker bruk av medisinsk utstyr fremmes. Vi sørger også for et enhetlig regelverk i EØS-området, som også vil bidra til å fremme innovasjon av medisinsk utstyr og sikre at det er trygt når det plasseres i markedet. Det vil

fortsatt være Statens legemiddelverk som vil være fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr.

Det er et flertall i komiteen som står bak forslaget til lov og gjennomføring av forordningene i norsk rett. Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV har fremmet egne forslag i innstillingen, som jeg regner med at de vil ta opp og argumentere for på egen hånd.

Jeg vil kort kommentere noe av det som er tatt opp i innstillingen. Flere har tatt opp spørsmålet om det vil skape usikkerhet knyttet til egentilvirkning av utstyr i sykehus. Til det vil jeg si at vi allerede i dag har regulering av egentilvirkning av utstyr i Norge. Gjennomføringen av disse forordningene i norsk rett vil ikke medføre noen særlige endringer fra de nasjonale reguleringene vi allerede har, og norske helseinstitusjoner vil være i stand til å oppfylle de kravene som stilles.

Så vil jeg også bare knytte en kort kommentar til det som går på regulering av genetiske selvtester. Det er helt korrekt – som en enstemmig komité skriver – at genetiske selvtester også er omfattet av denne forordningen, men det denne forordningen regulerer, er når noe kan omsettes på markedet, hva som skal til for at en test blir godkjent. Men om testene skal brukes eller ikke, vil, som komiteen også påpeker, reguleres av bioteknologiloven.

Tuva Moflag (A) [09:05:02]: Jeg vil først benytte anledningen til å takke helseminister Bent Høie for den jobben han har gjort så langt knyttet til koronaepidemien – det er jo i dag første gang vi er tilbake i salen for å diskutere helsesaker – og ønske lykke til videre med det arbeidet som ligger foran.

Jeg skal ikke holde noe langt innlegg knyttet til disse to EØS-sakene, men ønsker å ta opp særlig to ting. Det ene er det som representanten Holm Lønseth var innom nå til slutt knyttet til genetiske selvtester. Som det framkommer av innstillingen, vil Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV foreslå et forbud mot genetisk selvtesting av barn i forbindelse med bioteknologiloven. Istedenfor å ta en replikk tenkte jeg at jeg heller kunne oppfordre helseministeren til å si noe om det i sitt innlegg og bekrefte at vi faktisk har den anledningen vi ønsker til å regulere det i bioteknologiloven, i og med at det har blitt problematisert av noen av høringsinstansene. Så det er fint om man kan få en vurdering av det.

I tillegg har vi de siste dagene fått informasjon om at EU vil utsette virketidspunktet for den forordningen vi nå behandler, til 2022, og jeg vil gjerne høre hvilke konsekvenser det eventuelt vil få, sett fra helseministerens side.

Til slutt vil jeg ta opp det forslaget som Arbeiderpartiet er med på i sak nr. 3.

Presidenten: Da har representanten Tuva Moflag tatt opp det forslaget hun refererte til.

Kjersti Toppe (Sp) [09:06:50]: I proposisjonen vert det fremja forslag til ny lov om medisinsk utstyr for å gjennomføra EUs forordning om medisinsk utstyr og EUs forordning om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr i norsk rett. Senterpartiet støtter mange av dei konkrete regelendringane som vert føreslått i forordningane.

I medisinsk utstyr som er tilverka til eige bruk i helseinstitusjonar, er ein i hovudsak unntatt frå krava i forordningane, står det i saka. Dette gjeld typisk diagnostiske testar som vert produserte i helseføretaka til bruk hos eigne pasientar, såkalla «in house»-testar. Problemet er at unntaket er upresist definert, og at fleire avgrensingar er opne for tolking. Unntaket skal f.eks. ikkje gjelda for produksjon i industriell skala. Men korleis definerer ein det? Unntaket skal berre gjelda dersom utstyret er tilverka for å verta brukt av same juridiske eining, men kva om tilverking og bruk går føre seg på tvers av helseføretaka? Unntaket skal ikkje gjelda om tilsvarande utstyr kan verta dekt av marknaden. Men kva meiner ein med «tilsvarande utstyr»?

Folkehelseinstituttet meiner at ei slik lovregulering i verste fall vil kunna redusera påvisinga av smittsame sjukdomar som FHI har ansvar for å overvaka. Andre høringsinstansar meiner at ein snev av tolking av unntaket i ytste konsekvens kan bety at offentlege helseinstitusjonar må bruka store ressursar på å kjøpa diagnostiske testar på marknaden framfor å produsera med betre kvalitet sjølve. No vert det lagt opp til at EU-kommisjonen einsidig kan definera grensene for unntaket etter at forordningane er innlemma.

For Senterpartiet er det òg eit problem at genetiske sjølvtestar er omfatta av forordninga. Vi ønskjer ved behandling av bioteknologilova å fremja forslag om eit forbod mot at foreldre kan bestilla genetiske sjølvtestar på vegner av sine barn. I tillegg ønskjer vi ei utgreiing av marknaden for genetiske sjølvtestar med tanke på å regulera det. Både Legeforeningen og Bioteknologirådet har i høyringa peikt på at det står att mange uavklarte spørsmål om kva som er det nasjonale handlingsrommet for å regulera genetiske sjølvtestar. Senterpartiet kan ut frå dette ikkje støtta innleminga av forordningane eller lova trass i at store delar av regelverket er fornuf-tig. Vi fremjar difor, saman med SV, forslag om å be-gjeringa koma tilbake til Stortinget med ein ny proposisjon der lova og innleminga ikkje vil avgrensa moglegheita for den offentlege helsetenesta til å ta i bruk eige tilverka medisinsk utstyr eller avgrensa det nasjonale handlingsrommet til å regulera genetiske sjølvtestar.

Vi veit at det er kome opplysningar om at saka no er utsett i EU. Det er nok eit argument for at vi ikkje treng å vedta denne lova eller innlema forordningane i dag. Vi kjem heller ikkje til å stemma subsidiært for desse sakene.

Eg tek opp forslaget Senterpartiet har saman med Sosialistisk Venstreparti i sak nr. 2.

Presidenten: Da har representanten Kjersti Toppe tatt opp det forslaget hun selv refererte til.

Statsråd Bent Høie [09:10:23]: Det er godt å være tilbake igjen i Stortinget.

Regjeringen foreslår i lov om samtykkeproposisjon om lov om medisinsk utstyr at de to nye forordningene om medisinsk utstyr skal gjelde i Norge. Forordningene erstatter dagens tre direktiver om medisinsk utstyr og ble vedtatt i EU i 2017. Det foreslås at det nye regelverket tas inn i EØS-avtalen, og at det gjøres til norsk rett.

Produktregelverket for medisinsk utstyr er totalharmonisert innenfor EØS-området. Det eksisterende regelverket har vært viktig for å sørge for fri flyt av trygge og sikre produkter i Europa. Det har imidlertid skjedd en teknologisk og vitenskapelig utvikling knyttet til medisinsk utstyr. Dagens regelverk har blitt kritisert for ikke å ha vært tilpasset denne utviklingen.

Formålet med det nye regelverket om medisinsk utstyr er å styrke pasientsikkerheten, legge til rette for innovasjon og sørge for et enhetlig regelverk i hele EØS-området.

De nye forordningene viderefører dagens regelverk, men stiller strengere og tydeligere krav til alle aktører innenfor nær sagt alle deler av regelverket.

Medisinsk utstyr omfatter nesten 10 000 produkttyper over et bredt spekter. Det kan være alt fra plaster, rullestoler, briller, laboratorietester og selvtester til livsnødvendig utstyr som f.eks. pacemakere. Det kan også være høyteknologiske produkter som tar i bruk nanoteknologi eller inneholder legemidler, vev, celler eller blod. I forbindelse med utbruddet av koronaviruset har vi alle fått oppleve hvor viktig tilgangen til medisinsk utstyr er for hvordan helsetjenesten kan håndtere pandemien på en god måte.

Statens legemiddelverk er fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge. For Statens legemiddelverk vil forordningene medføre økte oppgaver. Virkeområdet for det gjeldende regelverket utvides, og Legemiddelverket vil få betydelig flere arbeidsoppgaver knyttet til oppfølging av markedsaktørene, tekniske kontrollorgan, klinisk evaluering og klinisk utprøving, markedsovervåking, sporbarhet og dessuten samarbeid og styring både nasjonalt og internasjonalt.

For produsenter, ansvarlige representanter, distributører, omsettere og tekniske kontrollorgan vil de nye forordningene medføre økte krav til deres virksomhet.

Gjennomføringen av regelverket i norsk rett krever ny lov om medisinsk utstyr. Det vil også fastsettes ny forskrift om medisinsk utstyr og forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.

Til spørsmålene som representanten Moflag tok opp, vil jeg si at selv om de tekniske kravene og den type ting når det gjelder genetiske selvtester, vil være omfattet av dette, så vil spørsmålet om bruken av genetiske selvtester være et spørsmål i forbindelse med bioteknologiloven, som Stortinget nå har til behandling. Der har Stortinget selvfølgelig mulighet til å fastsette et nasjonalt regelverk for bruken av sånne tester.

Det er også riktig at EU sannsynligvis vil utsette innføringen av denne forordningen, men vi mener likevel at det er riktig å gjennomføre disse lovendringene i Norge nå, for dette er et regelverk som er fornuftig, og som også vil bidra til bedre kvalitet på et viktig område.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Kjersti Toppe (Sp) [09:13:50]: Eg har eit spørsmål om det siste som statsråden tok opp, nemleg at Europakommisjonen har utsett å ta i bruk denne forordninga for å prioritera nettopp kampen mot koronavirus. Dei seier at både landa, sunnheitsinstitusjonane og dei økonomiske aktørane no må få moglegheit til å prioritera kampen mot koronaviruspandemien, vidare at den medisinske industrien no må bruka all energien sin på å kjempa mot ein pandemi, og at ein har bruk for å prioritera akkurat det. Då synest eg det er litt spesielt at Noreg går inn og innleamar dette i norsk rett no og vedtar lover, når alle andre land ser behovet for å utsetja denne saka. No vil det sikkert ikkje få følgjer ... No har eg sagt litt mye, og tida er ute, ser eg. Det er så lenge sidan eg har vore her no ...

Presidenten: Representanten Toppe får lov til å stille spørsmålet.

Kjersti Toppe (Sp) [09:15:11]: Spørsmålet mitt er om statsråden kan gjera greie for korleis han ser på denne saka med utsetjing frå EU-kommisjonen si side.

Statsråd Bent Høie [09:15:23]: Som jeg også sa i mitt innlegg: Dette er et økt krav som vil kreve mer arbeid f.eks. i Legemiddelverket og hos andre, så vi må også i Norge gjøre en vurdering av når vi iverksetter loven og forskriftene. Men vi mener jo – som også representanten var inne på i sitt hovedinnlegg – at her er det mye som er fornuftig og bra, og det at Stortinget ferdigbehandler dette, gjør at den jobben er gjort. Så må vi vurdere iverksetting ut fra bl.a. de samme hensynene som representanten peker på.

Kjersti Toppe (Sp) [09:15:55]: Kan eg da spørja statsråden kva tid han ser for seg at lova vert sett i verk, når ein veit at det vil ta iallfall eitt til to år før ho skal gjelda i EU?

Statsråd Bent Høie [09:16:10]: Det har vi ikke gjort en endelig vurdering av, men de forholdene som representanten tar opp, vil også være en del av den vurderingen. Det er som jeg sa i mitt innlegg: Dette regelverket vil kreve ekstra arbeid, bl.a. fra Statens legemiddelverk, og det må vi også se opp mot deres situasjon nå, knyttet til håndteringen av den situasjonen som er.

Kjersti Toppe (Sp) [09:16:33]: Eg har ein replikk til den andre saka, som gjeld forslaget vårt om eit pacemakerregister. Det er ingenting i forordninga som er til hinder for eit slikt register, men ut frå det regjeringa skriv i proposisjonen og i lovforslaget, oppfattar eg at ein ikkje har til hensikt å etablera eit slikt register. Dette har vore ein stor debatt, bl.a. gjennom Aftenpostens artiklar i 2018 og 2019. Så eg vil spørja statsråden: Vil han ikkje ta initiativ til eit slikt pacemakerregister og eit register for implanterbare hjartestartarar?

Statsråd Bent Høie [09:17:15]: Vi har i dag nasjonalt kvalitetsregister både for hjertestartere og for pacemakere. Dette er også hjemlet i helseregisterloven. Vi har ikke tatt stilling til om vi også skal opprette et nasjonalt behandlingsregister for det samme, men det er ingen hindringer i pasientjournalloven for at dette kan opprettes på tvers av helseforetakene innenfor helse-regionen. Uansett vil lov om medisinsk utstyr ikke være den rette loven for å regulere dette.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [09:17:56]: Denne forordningen og lovendringen gir positive endringer og sikrer bedre kvalitet på medisinsk utstyr. Det blir nå endringer når det gjelder merking, informasjon og hva markedsføring kan inneholde av påstander, og det blir et nytt system for sporbarhet for å forbedre systemet for melding om svikt i medisinsk utstyr fra produsent.

Senterpartiet sier at det meste av dette er fornuftig, men varsler likevel at de vil stemme imot. Hva er helseministerens vurdering av hvilke konsekvenser det ville fått for Norge hvis Senterpartiet hadde fått flertall for å stemme imot alt dette?

Statsråd Bent Høie [09:18:30]: Replikanten er i sin replikk inne på at dette er en lovendring som vi mener er fornuftig, også uavhengig av om dette er noe som reguleres felles i EU, nettopp fordi det vil sikre bedre kvalitet og vil ha bedre pasientsikkerhet som konsekvens.

Det er også en fordel at det skjer på europeisk nivå, for på dette området er vi totalt avhengige av å ha felles regler i Europa, for vi er helt avhengige av det nære samarbeidet for å få tilgang på denne typen utstyr. Norge har smertelig fått erfare i denne situasjonen hvor viktig det er at vi er en del av EU-samarbeidet på dette området, da EU-kommisjonen i en kort periode innførte eks-

portforbud til alle land som ikke var medlem av EU. Heldigvis var det en feil som de raskt rettet opp. Men hadde vi ikke vært en del av EØS-avtalen, hadde det fått ganske dramatiske konsekvenser for oss i den situasjonen vi står i nå.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed omme.

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

Kjersti Toppe (Sp) [09:19:54]: Eg må ta ordet etter den siste replikkvekslinga, for når Framstegspartiet tar replikk om Senterpartiet til statsråden, må ein vera korrekt. Vi har sagt og vore tydelege på at det er veldig mykje i desse forordningane som er veldig viktig, og som vi er positive til. Vi stemmer heller ikkje imot. Vi ber om at ein kjem tilbake med eit nytt forslag der dei to tinga vi har gjort greie for, vert presiserte, som vi meiner er uklare, og som mange høyringsinstansar har peika på. Det er forskjell på det og å det å vera imot heile forordninga, slik det vart framstilt i replikkvekslinga. Når vi veit at vi har to år på oss, er det faktisk òg tid til å koma tilbake igjen med eit nytt forslag der dette vert klart definert og tydeleggjort frå Noreg si side.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 2 og 3.

Sak nr. 4 [09:20:55]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Torleif Hamre om å sikre grunnleggende menneskerettigheter og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen og andre kommunale omsorgstilbud (Innst. 167 S (2019–2020), jf. Dokument 8:24 S (2019–2020))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten ordne debatten slik: 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil det – innenfor den fordelte taletid – bli gitt anledning til inntil seks replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen, og de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [09:21:40] (ordfører for saken): Jeg får vel skylde på at det har vært en måneds pause fra Stortingets ordinære behandling. Vi har gjort noen endringer i Fremskrittspartiet, så det var egentlig Kjell-Børge Freiberg som skulle legge fram saken for vår del, men når jeg først måtte opp på denne måten, får jeg nøye meg med å legge fram saken, og så

vil Fremskrittspartiet komme tilbake til dette i vårt ordinære innlegg.

Tuva Moflag (A) [09:22:23]: Dette er den saken vi skulle diskutere den dagen alt ble utsatt. Vi skal diskutere en tjeneste som står i et enda større press enn den gjorde da komiteen behandlet denne saken. Det føles litt som å diskutere saken i et vakuum, men jeg skal i all hovedsak forsøke å forholde meg til de forutsetningene som lå til grunn da komiteen behandlet saken før koronakrisen traff oss.

Det er fremmet flere forslag, det har blitt stilt spørsmål, og det er holdt interpellasjonsdebatt i Stortinget i etterkant av avsløringene om norsk eldreomsorg i Aftenposten før jul 2019. Det ligger saker til behandling i helsekomiteen som fortsatt har en uklar framdrift, men som berører samme tema. Jeg vil særlig vise til Arbeiderpartiets forslag, Dokument 8:51 S for 2019–2020, om en opptrappingsplan for bemanning i eldreomsorgen og tiltak for å forebygge demenssykdom. I dette representantforslaget ligger en del av Arbeiderpartiets løsninger, som eksempelvis økt bemanning, aktivitetstilbud for eldre, tilskudd til dagaktivitetsplasser for mennesker med demens, med mer.

At Arbeiderpartiet har fremmet egne og andre forslag, er også noe av grunnen til at vi ikke står bak alle forslagene som ligger i saken vi har til behandling i dag. Arbeiderpartiet deler forslagsstillernes bekymring for norsk eldreomsorg, særlig i lys av artikkelserien i Aftenposten. Gjennomgangen viste en lang rekke avvik, hvorav mange av dem var knyttet til vold og overgrep.

Når slike grove avvik forekommer, vitner det om et stort press på tjenestene og de ansatte. Vi i Arbeiderpartiet mener det trengs et løft for kapasitet, kvalitet og kompetanse i norsk eldreomsorg. Vi mener at det først og fremst er en styrket kommuneøkonomi og tilrettelegging for flere og hele stillinger som er avgjørende for å bidra til å dempe presset man opplever i eldreomsorgen i dag. Sammen med et løft for riktig kompetanse i tjenesten kan disse tiltakene bidra til å heve kvalitet og pasientsikkerhet også i eldreomsorgen, som jo er tema i neste sak.

Arbeiderpartiet mener at en tillitsreform og mindre detaljstyring av tjenestene i både kommunene og spesialisthelsetjenesten er veien å gå de neste tiårene. Det kan være veldig fristende å fremme forslag på Stortinget for å sikre kvalitet i tjenestene ute, men det er likevel det motsatte av en tillitsreform. Vi må først og fremst sørge for at tjenestene har nok handlingsrom. Vi må sørge for en trygg og god kommuneøkonomi. Vi må jobbe for flere hele stillinger. Vi må ha løsninger for å redusere mangelen på helsepersonell og støttepersonell. Hvis vi sørger for nok handlingsrom, kan vi ha tillit til at lokale

fagfolk, lokale tillitsvalgte og lokale politikere ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet også i eldreomsorgen.

Med det tar jeg opp Arbeiderpartiets forslag.

Presidenten: Da har representanten Tuva Moflag tatt opp Arbeiderpartiets forslag i saken.

Erlend Larsen (H) [09:25:38]: Når en undersøkelse fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress indikerer at omkring 65 000 mennesker over 65 år er utsatt for vold i Norge, er det all grunn til å undersøke nærmere hva det er som skjer, samt finne de tiltakene som er nødvendige for å redusere dette antallet betydelig. Vi kan ikke akseptere dette.

Et av tiltakene som er satt i gang, er fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. De har utarbeidet en elektronisk veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold og overgrep. Det er også igangsatt et pilotprosjekt for håndtering av vold og overgrep mot sårbare voksne. TryggEst-systemet prøves ut i tolv kommuner og bydeler i perioden fra 2018 til 2020 og skal bidra til å avdekke og forhindre overgrep. Eldre er en viktig målgruppe i prosjektet.

Forskning på overgrep i sykehjem har vært svært begrenset. Forskningsrådet har derfor tildelt 15 mill. kr til en studie ved NTNU om vold og overgrep mot eldre pasienter i norske sykehjem. Målet med prosjektet er å redusere vold og overgrep i sykehjem og utvikle ny kunnskap om omfanget og om hva som fører til vold og overgrep i sykehjem.

Det er kommunene som leverer de fleste tjenestene til dem over 65 år. Derfor er det spesielt viktig at kommunene har gode rutiner og strategier mot vold og overgrep. For to år siden ble helselovgivningen endret nettopp for å tydeliggjøre ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Kommunene må ha ansatte med høy kompetanse for å avdekke overgrepene samt følge opp eldre som har blitt utsatt for vold og overgrep. Et av grepene for å få til denne kompetansehevingen fra regjeringens side var satsingen som kalles Kompetanseløft 2020. Flere av tiltakene i Kompetanseløft 2020 er innrettet mot eller inkluderer ansatte og fagmiljøer i sykehjem og skal bidra til å styrke kompetanse og holdninger som virker forebyggende med hensyn til vold og overgrep i sykehjem. Kompetanseløftet har bidratt til at 84 000 ansatte i den kommunale helsetjenesten har tatt utdanning på et eller annet nivå i perioden fra 2016 til 2018.

Et annet viktig tiltak er å styrke kompetansen i eldreomsorgen innenfor demens. Flere demente har en svært utagerende adferd, som kan gå hardt utover de ansatte i tjenesten. Også dagaktivitetsplasser for demente er et viktig tiltak som vil være til hjelp for pårørende.

Når det gjelder kvaliteten innenfor eldreomsorgen, vil vi minne om kvalitetsreformen *Leve hele livet*, som innehar mange gode punkter i den sammenheng.

Det er et uakseptabelt høyt antall mennesker som utsettes for vold og overgrep. Dette er uakseptabelt. Derfor er det satt inn flere tiltak for å stanse den uakseptable adferden.

Kjersti Toppe (Sp) [09:28:27]: I denne saka vil eg rosa SV, som for tredje gong fremjar eit representantforslag i Stortinget om menneskerettar i eldreomsorga. Det gjorde dei i 2015, det gjorde dei i 2017, og det gjer dei no. Senterpartiet støtta SVs forslag i 2015 og 2017, og vi vil støtta nær alle forslaga òg i dag.

Norges institusjon for menneskerettigheter la i 2014 fram rapporten *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. Rapporten konkluderte med at behandlinga av bebuarar i norske sjukeheimar neppe er i samsvar med Noreg sine menneskerettslege plikter. Rapporten konkluderte vidare med at det er behov for ei grundig kartlegging av menneskerettssituasjonen ved norske sjukeheimar når det gjeld både vern mot mishandling og nedverdiggjande behandling og inngrep i den personlege integriteten og nødvendig og forsvarleg helsehjelp. Men regjeringspartia sa nei – både i 2015 og i 2017. Norges institusjon for menneskerettigheter leverte ein ny rapport i 2019 om eldres menneskerettar. Rapporten tar opp at vald og overgrep mot eldre skjer både i heimen og på institusjon og spør om staten gjer nok for å oppfylle sine plikter for å hindra vald og overgrep mot eldre.

Aftenposten har gjennom fleire månader kartlagt 128 000 avviksmeldingar frå sjukeheimar over heile landet. I fjor var det 13 000 valdsepisodar på norske sjukeheimar. Kvart tiande avvik i fjor handla om vald, trugslar og utagering. Både pleiarar og andre eldre vert ramma. Rundt halvparten av valden som Aftenposten har kartlagt, er alvorlege hendingar som slag, spark og kvelartak. Resten er f.eks. trakassering, utagerande åtferd, spyting, lugging og trugslar.

Daverande folkehelseminister Sylvi Listhaug var sjokkert over omfanget og bad Helsedirektoratet omgåande kartleggja det reelle omfanget av vald og overgrep ved eldreinstitusjonane i landet. Det måtte altså ei grundig mediasak til før regjeringa ville lytta. Vi treng å vita, og vi treng ei slik kartlegging.

Under pandemien som vi har no, er dette eit ekstra viktig område. Vi snakkar ofte om sårbare barn under pandemien. Men vi har òg sårbare eldre, som no er isolerte – anten i eigen heim eller på sjukeheimar, der det ikkje er tillate med besøk, og innsynet og tilsynet er svekt – samtidig som presset på helsetenesta er stort. Vi må sørgja for at alle eldre vert behandla individuelt også under pandemien.

Senterpartiet støttar i denne saka SVs forslag om ei kartlegging av menneskerettssituasjonen på norske sjukeheimar, i heimetenesta og i den kommunale omsorgstenesta elles. Vi støttar òg forslaget om kompetanseheevande tiltak. Vi støttar ikkje forslaget om ein statleg bemanningsnorm. Der har vi eit eige forslag; det er ein kombinasjon av styrkt kommuneøkonomi og lokale prosjekt for betre leiing, auka grunnbemanning, mindre vikarbruk og fleire heile stillingar – som mange kommunar har god erfaring med.

Med dette vil eg ta opp dei forslaga som Senterpartiet er med på.

Presidenten: Da har representanten Kjersti Toppe tatt opp de forslagene hun refererte til.

Nicholas Wilkinson (SV) [09:31:49]: Vi vet at mange eldre over 65 år er utsatt for vold i Norge, både på institusjon og hjemme. Vi har fått god kunnskap om det – Kunnskapscenteret, Norges institusjon for menneskerettigheter og sist ute er Aftenposten med en omfattende gjennomgang av vold mot eldre og ansatte i institusjon. Tallene som kommer fram, er alarmerende. Vi mangler både kartlegging og tiltak for å hjelpe de eldre.

SV står bak flere forslag for å styrke eldreomsorgen, men det bekymrer meg at høyrepartiene og til dels også Arbeiderpartiet stemmer imot dem.

Vi foreslår, sammen med Senterpartiet, å kartlegge menneskerettighetssituasjonen på norske sykehjem og i hjemmetjenesten. Jeg vil rose Senterpartiet for at de forstår alvorret.

Vi foreslår å ha kvalitets- og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen, der alle relevante yrkesgrupper – leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og andre relevante yrkesgrupper – er med. Planen bør utarbeides i samarbeid med de ansattes organisasjoner. Her har ingen andre partier i helse- og omsorgskomiteen sagt at de vil stemme for vårt forslag.

Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV foreslår sammen nødvendige kompetanseheevende tiltak for ansatte og ledere i eldreomsorgen og bedre kapasitet i relevant fagskoleutdanning.

Jeg har besøkt mange eldre siden jeg er besøksvenn, og flertallet av dem sier at de trenger flere fagfolk på jobb i helsevesenet. Min venn, Jan, sier at han nå gruer seg til hver eneste natt og frykter at rommet hans en gang kan bli hans dødscelle.

SV har lagt fram disse forslagene igjen og igjen. Jeg kommer ikke til å stoppe før de andre partiene forstår alvorret og stemmer for å kartlegge menneskerettighetssituasjonen, og vi får flere folk på jobb i helsevesenet.

Jeg tar opp SVs forslag.

Presidenten: Representanten Nicholas Wilkinson har tatt opp SVs forslag.

Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [09:35:00] (komiteens leder): Vi plikter å gi våre eldre en trygg alderdom, for «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i broskapens ånd», står det i artikkel 1 i menneskerettighetene.

Vold og krenkelser mot eldre og ansatte på aldersinstitusjoner, i de hjemmebaserte tjenestene og i andre kommunale omsorgstilbud er et omfattende problem. Aftenposten har tatt en gjennomgang av dette, og tallene som kommer fram, gjør meg urolig. Basert på innmeldte avvik fra institusjonene har Aftenposten kommet fram til at 13 000 av disse handler om vold og trusler. Svært mange av disse er rettet mot de ansatte også.

Nå mener jeg man skal være forsiktig med å stemple eldre demente som voldsutøvere. Utagering er en del av sykdommen demens, evnen til å kontrollere impulser blir også svekket, og mange pårørende har erfart at den eldre oppfører seg annerledes. De demente selv blir ofte triste i ettertid når de forstår hva de har gjort etter en utagerende hendelse. Alt dette vet de som jobber med eldre til daglig. Mitt poeng er at vi må omtale demente med verdighet. Slik barn og unge kan ha reguleringsvansker, kan også eldre ha det, så vi må være forsiktig med å kalle dem voldsutøvere. Utagering er et naturlig fenomen. Eldre kan også bli redde og få angst – og på måter de ikke kan styre.

Jeg er usikker på om undersøkelsen avdekker mer utagering og avvik enn det vi vet fra andre land. Det må i tilfellet forskerne si noe om. Det jeg er opptatt av, er hvordan utagering kan forebygges på sykehjem. Punkt én: Virkemidler som skjerming og medisiner er kjent. Jeg er mest opptatt av at vi må ha nok trent og kompetent personale på sykehjemmene, personale som arbeider på sykehjemmene over tid, og som føler seg trygge. Derfor bruker vi over 1,5 mrd. kr på Kompetanseløft 2020. Jeg vil også anerkjenne Verdighetsenteret, som tilbyr relevant etterutdanning for helsepersonell. I tillegg er jeg opptatt av at aktivisering forebygger utagering. De eldre må få stimuli og fysisk aktivitet, få lov til å bli opptatt av ting og gjøre ting, så de ikke bare blir passivisert.

For å få til alt dette er det viktig med nok bemanning og kompetent bemanning, for enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet, slik det står i menneskerettighetenes artikkel 3.

La oss utvikle sykehjemmene som helsefremmende miljøer med stabilt og kompetent personale, for da står vi bedre rustet til å møte utagering som en helt naturlig del av det å ha demens.

Mange eldre får dessverre for mange legemidler, og det er også en ting jeg mener man bør se nærmere på, for vi plikter å gi våre eldre en trygg alderdom.

Statsråd Bent Høie [09:38:23]: De fleste eldre som får helse- og omsorgstjenester, opplever at de er i trygge hender og får forsvarlige tjenester, slik loven krever. Men dessverre viser undersøkelser og Aftenpostens reportasje i vinter at utfordringer med vold, overgrep og trusler er større enn hva vi har hatt kunnskap om. Det gjelder både pasienter, pårørende og ansatte. Dette tar jeg på største alvor. Vi har også andre rapporter og tilsynsarbeid som viser at det er både svikt og mangler i eldreomsorgen i Norge.

Det er nettopp dette todelte bildet, både av det som fungerer veldig bra i kommunene våre, og av det som ikke fungerer bra, som er bakgrunnen for den viktige kvalitetsreformen Leve hele livet, som denne tjenesten nå står midt oppe i, og som nettopp tar opp i seg de grunnleggende og viktige tingene: det å kunne ha gode måltidsøyeblikk, det å ha aktivitet i hverdagen, det å ha kunnskap og kompetanse i tjenesten og det å ha sammenhengende og gode tjenester.

Menneskerettsvernet står sterkt i Norge, og rettighetene er godt beskyttet gjennom menneskerettsloven. Stortinget er tidligere informert om vår oppfølging av rapporten fra Norges institusjon for menneskerettigheter om menneskerettigheter i norske sykehjem. Hovedbudskapet var at norsk rett anses å være i overensstemmelse med våre internasjonale forpliktelser, og at vi har systemer for tilsyn, kontroll og overprøving for å sikre forsvarlige tjenester. Flere tilfeller viser viktigheten av Fylkesmannens rolle som tilsynsmyndighet og av at kritikkverdige forhold følges opp.

Regjeringen har allerede tatt mange grep for å hindre vold og overgrep mot eldre. Vi har tydeliggjort kommunenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Vi har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge omfanget av vold i sykehjem. Fylkesmennene skal vurdere omfanget av vold i sykehjem i eget fylke og hvordan dette følges opp. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har bidratt med gode verktøy, og vi høster erfaringer gjennom TryggEst-modellen. Vi har gitt midler til dette. De første resultatene er publisert, og flere er på vei.

Jeg er opptatt av at den enkelte brukers behov skal ligge til grunn for tjenestene man mottar. Dette er integrert i alt regelverk som er knyttet til omsorgstjenestene. Derfor mener jeg at normering ikke er et egnet virkemiddel for å imøtekomme behov for å planlegge ressurser og bemanning. Det har vært en økning på over 10 000 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene fra

2013 til 2017. Økningen i bemanningen er altså kommet uten bemanningsnormer.

Jeg er enig med forslagsstillerne i at kompetanse er viktig for å trygge beboerne og ansatte i sykehjem, og her har Kompetanseløft 2020 vært en vellykket satsing. Løftet har bidratt til at nærmere 14 000 ansatte har tatt grunn- eller videreutdanning og 70 000 ansatte har tatt etterutdanning i perioden 2016 til 2018.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Tuva Moflag (A) [09:41:53]: Regjeringen har i statsbudsjettet for 2020 presentert sitt svakeste økonomiske opplegg for de frie inntektene i kommunesektoren med en realvekst på kun 0,3 pst. Det er den laveste veksten noen regjering har presentert de siste 15 årene. Budsjettet for inneværende år har påført kommunene en trippelsmell. Svært lav inntektsvekst gjør at mange kommuner må kutte i tjenestetilbudet. Det kuttes i ordninger, slik at kommunene må ta en større del av regningen, eller kommunene får pålegg og oppgaver som ikke fullfinansieres. Til slutt har regjeringen innskrenket kommunenes muligheter til å skaffe seg egne inntekter til velferdssatsinger gjennom eiendomsskatt.

Mitt spørsmål til statsråden er: Hvordan skal kommunene klare å ta det nødvendige løftet i eldreomsorgen i lys av disse avsløringene i Aftenposten når regjeringen har levert det strammeste budsjettet til kommunene på 15 år?

Statsråd Bent Høie [09:42:47]: Kommunesektoren har blitt styrket med om lag 30 mrd. kr under denne regjeringen. Kommunene har svært gode overskudd, og antall kommuner i økonomisk uføre er historisk lavt. Da vi la fram statsbudsjettet for 2020, var 10 kommuner registrert i ROBEK. Da vi overtok regjeringsansvaret i 2013, var det tallet 46. Som representanten var inne på, har vi lagt opp til en vekst i de frie inntektene på 1,3 mrd. kr i 2020. Vi har en rekke øremerkede ordninger som nettopp bidrar til å øke kvaliteten i denne delen av tjenesten. Som jeg var inne på, har Kompetanseløft 2020 bidratt til at 14 000 ansatte har fått grunn- eller videreutdanning og 70 000 ansatte har tatt etterutdanning i perioden 2016–2018. Regjeringen har også besluttet et nytt kompetanseløft som skal erstatte Kompetanseløft 2020, for å fortsette denne satsingen.

Tuva Moflag (A) [09:43:53]: Når man ikke går inn på omfattende bemanningsnormer, som verken Høyre eller Arbeiderpartiet stiller seg bak i akkurat denne saken, handler det om at man må ha et godt nok handlingsrom der ute til å utføre tjenestene, og det handler om at vi har tillit til at tjenestene utføres på en god måte.

Samtidig er tilsyn fra Fylkesmannen en metode man kan bruke for faktisk å etterprøve at man når den kvaliteten man ønsker. Det har kommet fram at Fylkesmannen klarer – dette tar jeg fra husken – bare om lag halvparten av de tilsynene de skulle ha innenfor barnevern. Det var en problemstilling som kom opp nå før påske. Jeg lurer på om statsråden er trygg på at Fylkesmannen har det nødvendige handlingsrommet til å utføre tilsyn på dette feltet. Han var også inne på noe av dette i sitt innlegg.

Statsråd Bent Høie [09:44:56]: Jeg opplever at fylkesmennene har gjort et godt arbeid med å følge opp kvaliteten i denne delen av tjenesten. Det vil alltid være slik at både fylkesmennene og tilsynene sannsynligvis, hvis de hadde mer ressurser, kunne gjort mer. Det er viktig å understreke at det ikke er bare de som jobber med dette. Vi har etablert en egen undersøkelseskomisjon for uheldige hendelser i helsetjenesten. Den omfatter nå også de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ikke minst har vi endret loven slik at vi får bedre kompetanse, kunnskap og innsikt i alvorlige hendelser i denne delen av tjenesten. Alvorlige hendelser i denne tjenesten skal nå etter loven rapporteres til Helsetilsynet – ikke bare den type hendelser i spesialisthelsetjenesten, slik loven var tidligere. Det vil gi oss en bedre vurdering av hvor det er høy risiko i denne tjenesten framover.

Presidenten: Replikkordskiftet er avsluttet.

Kjell-Børge Freiberg (FrP) [09:46:19]: Det er godt å se at vi klarer å behandle ordinære saker i det som er en krevende og meget spesiell tid for landet, og jeg vil takke komiteen for arbeidet som er gjort, og arbeidet som gjøres, i disse dager.

Gjennom Fremskrittspartiets rolle i regjeringen ble det gjort mye for å sette kommunene i stand til å bedre kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i omsorgstjenestene, og jeg vil nevne tre gode eksempler på dette. Det første er reformen Leve hele livet, der målet er at eldre skal kunne mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom.

Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020, er et annet eksempel. Planens mål er å sikre trygghet gjennom å skape en omsorgstjeneste basert på kompetanse, kvalitet og kapasitet – dette for at flere skal få kunne bo hjemme lenger og leve aktive og selvstendige liv med tilpassede tjenester.

Det tredje er Kompetanseløft 2020, som har som mål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Dessverre har det vært flere grove eksempler på uverdigg behandling av demente på sykehjem den siste

tiden. I desember omtalte NRK Sørlandet et sykehjem i Kristiansand kommune som plasserte eldre personer med demens på et lite rom uten møbler, toalett og vask når de utagerte, et rom som de kalte skjermingsrommet. På dette rommet var det et kikkhull som skulle la de ansatte følge med fra utsiden, og rommet ble ofte brukt på nattetid. Rommet var også låst fra utsiden. Ingen hadde oversikt over hvor mange ganger dette rommet ble brukt, og heller ikke hvor lenge pasientene var innelåst om gangen. Det var Fylkesmannen som oppdaget dette lovbruddet under tilsyn – og slo uttrykkelig fast at dette var et ulovlig virkemiddel.

Slikt kan ikke forekomme. Vi kan ikke leve med at våre eldre utsettes for vold og overgrep. Ekstra alvorlig og urovekkende er det når det skjer med våre mest sårbare eldre, som bor på sykehjem, og som ikke alltid klarer å si fra om hva som skjer.

Nicholas Wilkinson (SV) [09:49:41]: Fremskrittspartiet har sagt at eldre skal ha trygghet i hverdagen. De hadde eldreministeren da Aftenposten publiserte de alarmerende tallene om vold mot eldre og ansatte. Vil Fremskrittspartiet stemme for våre forslag siden de er på Stortinget igjen? Hvis ikke, hvorfor ikke? Fremskrittspartiet har snakket mye om de eldre, også på Stortinget nå, men nå kan de vise om ordene er tomme, eller om de vil hjelpe de eldre ved å stemme for våre forslag.

Jeg har sendt meldinger til Fremskrittspartiet før debatten, så de vet om at jeg vil stille dette spørsmålet. De har fått spørsmålet og bør svare. De hadde eldreministeren før, og de har snakket mye om de eldre, men i saken har de sagt at de ikke vil stemme for våre forslag. Hvorfor det? Kanskje kan de endre synspunkt nå?

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 4.

Sak nr. 5 [09:51:11]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 (Innst. 189 S (2019–2020), jf. Meld. St. 9 (2019–2020))

Presidenten: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten ordne debatten slik: 5 minutter til hver partigruppe og 5 minutter til medlemmer av regjeringen.

Videre vil det – innenfor den fordelte taletid – bli gitt anledning til inntil seks replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av regjeringen, og de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

Kjersti Toppe (Sp) [09:51:56] (ordfører for saka): Stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit summerer opp status og utfordringar for kvalitet og pasientsikkerheit i den norske helsetenesta og er ei årleg melding til Stortinget om dette. Meldinga byggjer på årsmeldingar og rapportar frå pasient- og brukaromboda, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helseatlas og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorar.

I Noreg har vi i all hovudsak ei helse- og omsorgsteneste av god kvalitet. Norsk helseteneste har stor tillit i befolkninga. Likevel skjer det feil, og det er område med utfordringar. I stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit frå 2012 vart det sett mål om å redusera pasientskadane med 25 pst. frå 2012 til 2018. I 2013 var 13 pst. av pasientopphalda knytte til ein skade. I 2018 var talet 11,9 pst. Det er ein gledeleg nedgang frå året før. Samtidig må vi erkjenne at vi ikkje har nådd målet om ein reduksjon på 25 pst. frå 2012.

Eit mindretal i komiteen, Arbeidarpartiet, Senterpartiet og SV, fremjar forslag om ei ny overordna stortingsmelding med konkrete mål og tiltak som vert følgde opp med årlege statusmeldingar.

Det er mange viktige forhold komiteen tar opp i sine merknader, både om område der Noreg skårar bra, og om område med utfordringar. Det vert ikkje tid til å gå inn i alt her i debatten, men eg vil som saksordfører be helseministeren ta alle komitémerknadene i innstillinga på største alvor, sjølv om ikkje alle vert nemnde frå talarstolen. Eg vil likevel trekkja fram nokre.

Noreg er blant dei landa med flest pasientar som er mindre fornøgde med fastlegane. Det viser behovet for ein handlingsplan. Uønskt variasjon i kreftbehandling er òg urovekkjande. Talet på pasientar der pakkeforløp vert gjennomført innan vedtatt frist, er gått ned i alle helseføretak. Målet om 70 pst. vert berre nådd i ein helseregion. At pasient- og brukaromboda tar til orde for færre og meir forpliktande pasientrettar, er òg noko vi må ta innover oss.

Så vil eg fokusera på det landsomfattande tilsynet med tilbodet til pasientar med psykiske lidningar og moglege samtidige ruslidningar, som viser utilstrekkeleg kartlegging og utgreiing av pasientar. Fylkesmennene fann lovbrøt i to tredjedelar av kommunane. Psykisk helse er eitt av dei områda som òg pasient- og brukaromboda får flest førespurnader om. Også KS tar opp systemsviket i tilbodet til menneske med rus og psykiske lidningar, og at samhandling mellom tenester er ei utfordring. Dette er tilbakemeldingar og funn som må takast på største alvor.

I innstillinga tar Framstegspartiet og SV til orde for bl.a. å utvida strafferamma for helsepersonell som vert dømde for grov og systematisk feilbehandling av pasi-

entar, og at saker om alvorleg feilbehandling skal følgjast opp av påtalemyndigheitene. På dette området har Senterpartiet eit anna stanspunkt. Vi er svært kritiske til saka frå Sørlandet sjukehus og korleis ho vart handtert av leiinga, men det er inga løysing å gå meir i retning av individuell straff og mindre systemansvar i pasientsikkerheitsarbeidet eller å fjerna dagens reglar om føretaksstraff, slik Framstegspartiet føreslår.

Spørsmålet om endring i straffeansvaret for helsepersonell vart òg behandla av Arianson-utvalet. Dei meinte at administrative reaksjonar gjennomgåande ville vera betre eigna enn straff for å vareta omsynet til pasientsikkerheita. I grove tilfelle vil det kunna vera på sin plass med straff, men det bør reserverast til dei særleg markante avvika. Forslaga frå Framstegspartiet og SV i dag bryt òg med internasjonale anbefalingar for pasientsikkerheitsarbeid, nemleg fokus på system- og leiingsansvar framfor individansvar. Tilsynsmyndigheitene må fanga opp og korrigerer når systemet sviktar, og det er tilsynsmyndigheitene betre på enn påtalemyndigheitene.

Til slutt: Helsetenesta står midt i ein pandemi, og i samband med det har Senterpartiet i dag fremja to lause forslag til saka. Det eine forslaget, på vegner av Arbeidarpartiet, Senterpartiet og SV, er om ein nasjonal smittevernplan utanfor institusjon. Dette har Stortinget vorte oppfordra til av smittevernlegane. Vi har fremja det tidlegare, men ikkje fått fleirtal, så vi håpar på fleirtal i dag. Det andre forslaget, på vegner av Senterpartiet, som vi òg håpar på fleirtal for, er om å sikra auka nasjonal produksjon og lagring av smittevernutstyr. Vi treng ikkje venta på ei evaluering av pandemien for å starta dette arbeidet.

Med det vil eg ta opp forslaga.

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

Tore Hagebakken (A) [09:57:12]: Det vil sikkert – og det med rette – være flere av oss som i denne debatten vil si at vi i Norge har en god helsetjeneste med høy grad av tillit i befolkningen. Samtidig, i takt med at helsetjenesten er blitt mer åpen og vi som pasienter har fått rettigheter og mekanismer for innsyn i hva som går bra, og hva som ikke går bra, har vi gjennom de siste årene fått kunnskap om at mange feil skjer, og at kvaliteten ikke alltid er god.

Åpenhet, innsyn og dokumentasjon er grunnlaget for å kunne forebygge feil og bedre kvaliteten. Feilbehandling og dårlig kvalitet er forbundet med lidelse, forsinket heling og noen ganger død, noe som også ble beskrevet ganske sterkt under komiteens høring. Derfor er det et stort politisk ansvar, et stort lederansvar og et stort behandleransvar å sørge for at det blir bedre år for år.

Heldigvis har arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet nå den statusen det fortjener, og dette understrekes av at Stortinget årlig behandler temaet – som i dag.

Helsetjenesten har en komplisert struktur, og vi vet det tar tid å endre rutiner og holdninger, men mange forbedringer mener vi kunne skje raskere. Meldingen er det jeg vil kalle fortjenstfull åpen, faktisk, om mange tema der kvaliteten er for dårlig, og det er jo slik at en best får resultater når en erkjenner utfordringene, setter seg mål og aktivt følger opp steg for steg. Vi mener derfor det er behov for å sette mer konkrete mål, og fremmer, sammen med SV og Senterpartiet, et eget forslag om dette, som saksordføreren nettopp la fram.

Saksordføreren presenterte også Arbeiderpartiet og Senterpartiets syn når noe går galt. Vi vil ha hovedfokus på system- og ledelsesansvar framfor individansvar, i tråd med entydige internasjonale anbefalinger i pasientsikkerhetsarbeid, noe også saksordføreren understreket. Straff bør reserveres for de særlig markante avvikene fra forsvarlig praksis. Her er Arbeiderpartiet, som Senterpartiet, overrasket over at SV har slått følge med Fremskrittspartiet om større vektlegging enn i dag av individuell straff.

Det er svært viktig at det ellers blir meldt om avvik, og at disse blir registrert. Dessverre ble meldeordningen, med om lag 10 000 meldinger årlig, avvirket av regjeringspartiene i 2019. Det mener vi var et stort feilgrep. Vi mener det også er beklagelig at vårt forslag om at regjeringa skulle legge fram en nasjonal handlingsplan for smittevern utenfor helseinstitusjonene, ble nedstemt. Derfor fremmes det forslaget på nytt her i dag. Tida har med all tydelighet vist oss at vi trenger et slikt nasjonalt planverk.

Arbeiderpartiet støtter også sjølsagt løst forslag nr. 7, fra Senterpartiet, om å sikre økt sjølforsyning av smittevernutstyr.

OECD har mye godt å si om norsk helse- og omsorgstjeneste, men når OECD finner at Norge er blant de land som har størst andel pasienter som er misfornøyd med fastlegen sin, må vi snu på dette. Dette har vi tatt opp mange ganger. Det trengs en offensiv plan med tiltak og mål, slik at vi kan sørge for å gå i riktig retning.

Kvalitetsarbeidet i helsetjenesten assosieres ofte med avansert utstyr og medisinsk behandling, men all helse – og uhelse – begynner med de helt grunnleggende, basale behovene. Da er det oppsiktsvekkende at landet Norge ikke klarer å kvalitetssikre ernæringen bedre for eldre i sykehjem. For eldre som spiser lite, er det avgjørende at maten er næringsrik. Det gir helse og velvære.

Siden komiteen avga sin innstilling 10. mars, er alt i Norge endret med koronaepidemien. Veldig mange gjør en fantastisk innsats dag og natt. Pandemien har mint oss om noe vi egentlig alltid har visst, men ikke så ofte

snakket om – det store kvalitetsarbeidet som også alle ansatte i helsetjenesten som ikke behandler pasienter, står for: renholdere som vasker bort virus, ansatte ved teknisk avdeling som vedlikeholder ventilasjonsanlegg, ansatte på kjøkkenet som sørger for mat og god mathygiene. Alle jeg her har nevnt, er tidas helter.

Sveinung Stensland (H) [10:02:09]: Høyre vil at pasientene skal være trygge på at helsetjenesten vår virker, og at den henger godt sammen. For å få det til må vi hele veien jobbe med å forbedre den.

I disse dager ser vi daglig hvor god helsetjenesten vår er, og vi skal være stolte av at helsetjenesten vår er blant de aller beste i verden. Jeg vil benytte denne anledningen til å takke alle innen helsetjenesten for den fantastiske ståpåviljen, evnen til omstilling og den faglige styrken som utvises. I den krevende situasjonen landet vårt nå står i, ser vi alle til helsetjenesten med takknemlighet og håp.

I tillegg vet vi at helsetilstanden i Norge er god. Den forventede levealderen er høy, og dødeligheten etter hjerteinfarkt og slag er lav. Ifølge OECD er Norge blant de beste landene når det gjelder omfanget av dødsfall som skjer grunnet feil under medisinsk behandling, og som kan unngås ved gode folkehelseiltak.

Denne meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet er ikke skrevet for å trekke frem de positive delene av helsetjenesten. Den skal først og fremst gi et oversiktlig bilde av områder der vi har utfordringer og behov for forbedring. Det er viktig at vi dermed husker at meldingen ikke gir et helhetlig bilde av kvaliteten i helsetjenesten.

Over halvparten av henvendelsene til pasient- og brukerombudene dreide seg om misnøye med utførelsen av tjenesten i form av lite omsorgsfull behandling, pasientskader, mangelfulle henvisninger, mangelfull informasjon og språkproblemer. Dette viser at det er rett å fortsette arbeidet med kompetanseheving og god ledelse i helsetjenesten. I Nasjonal helse- og sykehusplan er nettopp klarspråk og det å bruke rett kompetanse på rett sted temaer.

Et annet tema som trekkes frem i meldingen, er at vi har utfordringer innen fastlegetjenesten. Regjeringen har varslet at de vil legge frem en handlingsplan for allmennlegefeltet i kommunene denne våren. Både brukere og fagfolk har bidratt i arbeidet med denne planen, og det har vært drøftinger med både Legeforeningen og KS i trepartssamarbeidet. Høyre ser frem til resultatene av dette arbeidet og mener det er viktig å se på hvordan ordningen kan forbedres ved å øke rekrutteringen og sikre at fastleger blir værende i stillingene sine.

Helsetilsynet omtaler tilbudene til pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse i sin oppsummering for 2018. Det landsomfattende tilsynet i 2017/2018

avdekket utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter i spesialisthelsetjenesten og mangelfull utredning av deres somatiske helseproblemer. Det er alvorlig. Mangelfull ledelse og for dårlige rapporterings- og kontrollrutiner ble også avdekket, og mye av det samme ble avdekket i tilsynet med de kommunale helsetjenestene til denne pasientgruppen. Her har særlig kommunene en jobb å gjøre med å sikre ansvaret for systematisk styring og ledelse.

Vi vil skape pasientens helsetjeneste, en helsetjeneste der ingen beslutninger om oss tas uten oss. For å sikre at vi også fremover har en helsetjeneste i verdensklasse, må vi derfor fortsette med årlige meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet, slik at vi er bedre rustet til stadig å utvikle tjenesten videre.

Vi vet at dagens situasjon vil prege helsetjenesten i lang tid fremover. Nettopp derfor er det viktig å løfte blikket opp og frem. Når hele helse-systemet er under press, må de få den hjelpen vi kan gi, for å løse alle nye oppgaver som har dukket opp.

Så kommer det en tid for oppsummering, lærdom og nye tiltak. Høyre ønsker en grundig evaluering av alle deler av Norges pandemiberedskap og -håndtering. Vi vet ennå ikke hvordan utfallet av denne pandemien vil bli, men vi håper alle det beste. Hva som skal endres, og hvilke nye tiltak og planer som skal til, må vi komme tilbake til når vi har kommet videre fra den fasen vi nå er i. Nå er vi i handlingsfasen, det er nå vi er midt inne i kampen.

Det er uansett feil å pålegge våre fagfolk oppdrag om å utarbeide nye planer midt i den situasjonen vi nå er inne i. De må få løse den oppgaven de nå har med håndteringen av pandemien. Hvis vi nå skal pålegge Helsedirektoratet å lage en ny handlingsplan, må de bruke de samme menneskene som skal håndtere dagens situasjon, i oppdraget med å lage planer mens de faktisk jobber med pandemien. Vi vil heller ikke forskuttere hvilke enkelttiltak som skal treffes, og i hvilken rekkefølge, nå.

Jeg noterer meg at det arbeides intenst i alle deler av helsetjenesten, inkludert logistikk og innkjøp, for å sikre tilgangen på materiell i et svært krevende og uoversiktlig landskap. Jeg vil gi Sykehusinnkjøp honnør for den jobben de gjør med dette, og ikke minst takke alle logistikkarbeiderne og sjåførene for alle harde tak de tar.

Med dette som bakgrunn støtter vi ikke de løse forslagene til saken.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [10:06:48]: Hvert år legger regjeringen fram melding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale og lokale helsepolitikken. Meldingen beskriver status og utfordringer og inneholder rapporter fra pasient- og brukerombudene,

Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

Oppsummert kan man jo begynne å se på de meldingene som er gitt. Pasient- og brukerombudene fikk i 2018 rundt 15 000 henvendelser. De peker på at saksbehandlingstiden er svært lang hos de fleste fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Det reduserer tilliten til den endelige avgjørelsen og reduserer læringsutbyttet for tjenesten. De etterspør et større politisk engasjement for å sikre at tilsynsmyndigheten har tilstrekkelige ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av klager og brudd på rettigheter i helse- og omsorgslovgivningen.

Fylkesmennene gjennomførte i 2018 20 tilsyn i 19 helseforetak. Hovedfunnene var at det var utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter, og at behandlerens kompetanse mange steder ikke var godt nok vurdert eller sikret. De fant lovbrudd i to tredjedeler av de undersøkte kommunene.

I 2018 håndterte Statens helsetilsyn 639 saker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å varsle om dødsfall eller svært alvorlige hendelser utenfor påregnelig risiko. Erfaringen er at virksomhetene er kommet ulikt langt i arbeidet med å lære av alvorlige hendelser.

Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav fra pasienter som de mener har fått en skade eller behandlingssvikt i helsetjenesten. I 2018 behandlet de 5 677 saker. Rundt en tredjedel fikk medhold i kravet sitt, og det ble utbetalt i overkant av 1 mrd. kr i erstatning. De fleste sakene er knyttet til ortopedi og kreft. Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken, og en tredjedel av medholdssakene i NPE var ikke meldt i de lokale avvikssystemene.

Dette gir grunn til bekymring og viser viktigheten av tiltak for å øke kvalitet og pasientsikkerhet i helsesektoren. Bare innenfor eldreomsorgen er det store avvik. Alle sykehjemsbeboere skal ha en legemiddelgjennomgang én gang i året hvis de bruker mer enn fire legemidler. 54 pst. av alle sykehjemsbeboere fikk det. Når det gjelder oppfølging av ernæring, har kun 46 pst. av beboerne på sykehjem blitt vurdert for ernæringsmessig risiko.

Fremskrittspartiet mener det er viktig at kvalitetsarbeidet også i eldreomsorgen starter i kommunene, og at brukerne selv må få mulighet til å gi kommunen innspill til forbedringer. Derfor foreslår vi i denne saken at det nå skal etableres en nasjonal mal for bruker- og pårørendeundersøkelser som kommunen kan ta i bruk nettopp for å gi brukerne og pårørende mulighet til å melde fra om forbedringspotensial til kommunene.

Den siste tiden har NRK avslørt en lege ved Sørlandet sykehus som har skadet og lemlestet flere pasienter. Ledelsen her valgte likevel å la vedkommende fortsette å operere. Jeg har stilt helseminister Bent Høie spørsmål

om han vil instruere helseforetakene til automatisk å ta helsepersonell ut av operativ tjeneste mens de er under etterforskning/granskning for alvorlige feilbehandlinger. Det vil ikke helseministeren. Derfor fremmer Fremskrittspartiet og SV forslag om det i denne saken.

Jeg kan for øvrig nevne at legen nå er tatt ut av operativ tjeneste. Helse Sør-Øst har satt i gang en ekstern revisjon av sykehuset, og denne legen er nå under etterforskning i minst syv tilsynssaker. Tre pasienter har dødd. Fremskrittspartiet mener det burde være en selvfølge at ledelsen ved så særlige tilfeller velger å ta leger ut av operativ tjeneste mens de er under etterforskning i slike saker.

Fremskrittspartiet fremmer en rekke tiltak og forslag i denne saken som vi mener vil være viktige for å forbedre kvalitetsarbeidet og pasientsikkerheten der ute. Vi påpeker bl.a. at i de saker hvor Helsetilsynet konkluderer med at helsepersonell har brutt loven og systematisk brutt den grovt og uaktsomt, må det følges opp. Vi ser at Helsetilsynet i svært liten grad sender disse alvorlige sakene videre til påtale for videre oppfølging. Det mener vi at det må bli slutt på.

Til slutt vil jeg også nevne foretaksbot, som er en av de hyppigst brukte reaksjoner overfor sykehus som systematisk ikke tar sitt ledelsesansvar. Å gi sykehusene en bot mener vi i Fremskrittspartiet virker mot sin hensikt. Den boten betales kun via sykehusets økonomi, og vil gå ut over uskyldige pasienter i andre enden.

Jeg vil med det ta opp forslagene fra Fremskrittspartiet og de forslagene vi har sammen med SV.

Presidenten: Representanten Åshild Bruun-Gundersen har tatt opp de forslagene hun refererte til.

Nicholas Wilkinson (SV) [10:12:10]: SSB har regnet seg fram til at vi kommer til å mangle 27 000 helsefagarbeidere og 28 000 sykepleiere i 2035 om vi ikke drastisk legger om utdanningstakten. Riksrevisjonen finner i rapporten om bemanningsutfordringer i helseforetakene at sykehusene verken har oversikt over dagens kompetanse i forhold til oppgaver eller en plan for å løse utfordringene. Riksrevisjonen peker særlig på at sykehusene sliter med å rekruttere helsefagarbeidere og ikke har noen plan for hvordan. De sliter med å beholde helsearbeidere, og to tredjedeler av sykepleierne og jordmødrene jobber deltid.

Sykepleiere, helsefagarbeidere, leger og alle de andre, som renholdere og portører, jobber mye under koronapandemien, men vi vet at de jobbet mye også før pandemien traff Norge. Det er tydelig at bemanningen i sykehus og kommuner må gjennomgås og styrkes. Vi trenger flere faste, hele stillinger. Vi trenger flere folk på jobb i helsevesenet og ikke skatteutt for de rike.

Jeg er bekymret over at helsepersonell jobber så mye at noen av dem ikke vil jobbe etter at pandemien er over. Jeg har fått signaler fra Norsk Sykepleierforbund om at flere av dem som jobber mye, ikke vil jobbe i helsevesenet etter det. Da har vi et stort problem. Vi trenger et helsevesen som bygger opp personer, ikke bruker dem så mye at de faller fra. Det er vår jobb på Stortinget, og SVs jobb, å passe på at helsepersonell blir i stand til å gjøre jobben sin. Helsepersonell løper ikke sprint, de løper maraton. Vi må ikke bruke dem opp.

Vi trenger bedre bemanning i sykehusene og i kommunene. Vi trenger flere faste, hele stillinger. Vi trenger flere folk på jobb i helsevesenet.

Vi trenger å rigge helsevesenet bedre enn før. Vi hadde lite bemanningskapasitet før pandemien traff Norge. Vi hadde også problemer med å få tilgang til viktige medisiner før pandemien kom. Nå er det enda verre. Vi trenger trygg og sikker tilgang til medisiner. SV har foreslått og vil igjen foreslå StatMed. Det er viktig for pasienter, økonomien og næringen at vi lager flere medisiner i Norge.

Det er én medisin som er grunnmuren for hele helsevesenet, og det er antibiotika. Antibiotikaresistente bakterier kalles helsesektorens klimakrise. Dette er en av de største utfordringene i moderne medisin. Utfordringene vil stå i kø hvis vi ikke får antibiotika som virker. Norge trenger raskere og bedre diagnosesystemer og mikrobiologisk diagnostikk om hvilke bakterier antibiotika virker best på. Bruken av bredspektret antibiotika i sykehus er fortsatt høy i Norge. Det er flere forslag i helse- og sykehusplanen om å motvirke antibiotikaresistens, og jeg håper at alle partier vil stemme for SVs forslag når det kommer før sommeren.

Statsråd Bent Høie [10:16:55]: Den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet er et viktig bidrag i arbeidet med å gi pasienter og brukere trygge tjenester og god kvalitet.

Jeg er glad for at en samlet komité fortsatt støtter dette, og uttaler at det er både riktig og viktig at kvalitet og pasientsikkerhet settes på dagsordenen årlig. Det er sjette året på rad at regjeringen legger fram en stortingsmelding som viser status og utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Meldingen er vårt svar på at åpenhet og deling av kunnskap og informasjon stimulerer til kvalitetsforbedring lokalt og oppmerksomhet på god ledelse på alle nivåer.

Mye har skjedd siden vi la fram meldingen som behandles i dag. Utfordringene som er beskrevet i meldingen, blir på ingen måte mindre i den pandemien vi befinner oss i, og krav til forsvarlighet gjelder også i denne situasjonen.

Jeg er stolt over den norske helse- og omsorgstjenesten. De ansatte er helsetjenestens aller viktigste ressurs. Det å ta vare på de ansatte er også god kvalitet og pasientsikkerhet. Det ser vi tydelig i disse tider, synliggjort gjennom behovet for både smittevernustyr, kapasitet, opplæring og kompetansebygging, slik at vi kan håndtere covid-19 og de konsekvensene sykdommen får for ulike pasientgrupper.

Per i dag vet vi ikke hvilke konsekvenser koronaviruset får for kvalitet og pasientsikkerhet, men denne kunnskapen vil vi få fordi vi allerede har innarbeidede rutiner for å følge med på helsetjenestens kvalitet og konsekvenser for pasientsikkerheten. Vi har en god helsetjeneste, og det skal vi fortsatt ha. Derfor er det viktig å dokumentere det som fungerer bra, men også det som fungerer dårlig. Vi får stadig mer kunnskap, og kunnskapen skal brukes. Meldingen vi behandler i dag, er et viktig bidrag i arbeidet med å samle og systematisere, men også å spre kunnskap og opplyse om det som skjer i helsetjenesten.

Informasjon fra pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet og Norsk pasientskadeerstatning viser hvor det er rom for forbedring. De fanger opp utfordringer som ikke kan leses i tall og statistikk, og trekker fram pasienter og grupper som trenger å bli sett og hørt. Derfor er årsmeldingene fra disse etatene så viktige å vise fram – i tillegg til de nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorerne som gir et bredere og mer nyansert bilde av utfordringene.

Vårt mål er at denne meldingen skal være en kilde til ledernes planlegging på alle nivåer, samtidig som vi også er nødt til å gjøre et utvalg. Komiteen viser til flere temaer og kilder som kunne vært omtalt i meldingen, bl.a. omfang av pasientskader gjennom bruk av GTT-metoden, kartlegging av arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetskultur, data fra kvalitetsregistre og meldinger om uønskede hendelser.

Det konkrete forbedringsarbeidet foregår i helse- og omsorgstjenesten – nær pasientene. Derfor har vi fastsatt mål om bl.a. åpenhet, læring og forbedring i denne meldingen. For å følge arbeidet tettere har vi bedt helse-regionene om tilbakemelding på hvordan de følger opp forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Jeg forventer at ledere bruker denne stortingsmeldingen og andre datakilder til å avdekke områder der de har utfordringer, men også områder der de har gode resultater som andre kan lære av.

Innstillingen til årets melding viser at helse- og omsorgskomiteen står samlet om at det er riktig og viktig å sette kvalitet og pasientsikkerhet på dagsordenen, også her i stortingssalen. Innstillingen viser et bredt engasjement for systematisk kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Jeg mener at dette er et godt grunnlag for videre arbeid

og en viktig støtte til alle dem som gjør denne av og til ganske tunge jobben ute i tjenestene våre.

En årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet kan ikke gå i dybden på enkeltområder. Min oppfordring og mitt ønske er at den skal brukes nettopp til planlegging, iverksetting, evaluering og korrigerende av helse- og omsorgstjenesten, slik at vi sammen kan takle de utfordringene vi står i, og bidra til at alle pasienter har en likeverdig tilgang til god og trygg helsehjelp – nå, men også i framtiden.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [10:21:41]: Denne meldingen tar for seg noen problemstillinger innenfor eldreomsorg. Så er det en rekke utfordringer, både med tilfredshet blant brukerne og omkring det tilbudet man får, som ikke blir målt i denne typen statistikk. Vi i Fremskrittspartiet har ønske om at flere gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser, nettopp for å involvere dem som faktisk bruker tilbudet.

Hva er helseministerens synspunkt på å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser i den kommunale eldreomsorgen? Og vil han ta noen initiativ for å gjøre det enklere for kommunene å gjennomføre slike undersøkelser?

Statsråd Bent Høie [10:22:21]: Jeg er helt enig med representanten i at vi har behov for bedre og mer systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Derfor er det i statsbudsjettet for 2020 avsatt 3,8 mill. kr til videreutvikling av denne typen undersøkelser. Jeg vil også oppfordre kommunene til å finne egnede måter å innhente brukererfaringer på, slik at de på bakgrunn av dette også lettere kan evaluere og forbedre tjenestene som gis. Men jeg håper at den bevilgningen som er gjort nå i 2020, også skal bidra til at dette blir enda bedre enn det er i dag.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [10:23:01]: Takk for godt svar fra helseministeren – det blir spennende å følge opp det arbeidet videre.

Mitt oppfølgingsspørsmål går på et annet tema: foretaksbøter. Vet statsråden hvor mange sykehus i Norge som har fått en foretaksbot de siste tre årene? Og mener helseministeren selv at dette er et godt virkemiddel for å forbedre tilbudet? Det er i hvert fall sånn at den boten må betales av et budsjett, og det helsebudsjettet skulle jo egentlig gå til bedre pasientbehandling. Mener helseministeren at det er fornuftig at det går til å betale bøter tilbake til staten?

Statsråd Bent Høie [10:23:37]: Jeg har ikke på stående fot oversikt over hvor mange som har fått fore-

taksbøter. Det er et veldig sterkt virkemiddel som brukes i de mest alvorlige sakene, og jeg mener at det er et fornuftig virkemiddel, som en har nettopp fordi foretaksboten er en veldig tydelig tilbakemelding. Dette handler om at det har vært en systematisk svikt i tjenesten som ledelsen har et ansvar for. Jeg oppfatter at får man en sånn bot, er det én ting at det innebærer en økonomisk utbetaling, men det er også noe med at dette er noe som virkelig svir, med tanke på at det er en veldig klar tilbakemelding man får, som tas på det største alvor.

Helsetjenestene våre driver med mye som har høy risiko, og da er det veldig viktig at en både har oppmerksomhet på det fra ledelsens side og gode systemer for å redusere den risikoen. Derfor mener jeg at foretaksbøter er ett av mange virkemidler som er fornuftige.

Kjersti Toppe (Sp) [10:25:00]: I den siste overordna stortingsmeldinga om kvalitet og pasientsikkerheit som vart fremja av den raud-grøne regjeringa, i 2012, vart det sett mål om ein reduksjon i pasientskadar med 25 pst. fram til 2018. Talet på pasientskadar i perioden vart redusert frå 13 pst. av pasientopphalda i 2013 til 11,9 pst. i 2018. Altså er målet som vart sett av eit samla storting, ikkje nådd.

No er vi i 2020, og den førre målsetjingsperioden, fram til 2018, er vi jo forbi. Så spørsmålet mitt er kva som er det nye målet til regjeringa når det gjeld pasientskadar, målt etter GTT-metoden, som òg er omtalt i denne meldinga.

Statsråd Bent Høie [10:25:59]: Det er fortsatt sånn at vi måler sykehusene på GTT, og derfor ligger dette inne i det oppdraget som helseforetakene får. Vi har tre overordnede mål for helseforetakene. Det er å redusere unødvendig venting og å utnytte kapasiteten, det er å prioritere rus og psykisk helse, og det er å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, inkludert helse, miljø og sikkerhet for de ansatte. Et av underpunktene på det siste punktet handler nettopp om en reduksjon i pasientskader målt i GTT, og det er helt riktig som representanten er inne på, at en der ikke har nådd det målet som ble satt, selv om det er enkeltsykehus som har nådd målet. Det jobbes nå veldig mye med å lære mellom sykehusene, nettopp om hva som gjør at enkeltsykehus har fått dette til, mens andre sykehus ikke har gjort det.

Så må jeg understreke: GTT er ikke egnet til å sammenligne resultatene mellom sykehus, men det kan brukes til å se utviklingen i sykehus. Derfor kan en se at noen sykehus har lykket med å få en god utvikling, mens andre ikke har lykket like godt.

Nicholas Wilkinson (SV) [10:27:10]: Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsevesenet utløper i

2020. Bruken av bredspektret antibiotika i Norge er høy. SV foreslår i helse- og sykehusplanen å utvide planen og at planen vil vare lenger. Vil statsråden støtte SVs mål og utvide planen mot antibiotikaresistens?

Statsråd Bent Høie [10:27:41]: Jeg tror nesten vi må komme tilbake til det i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan, som jeg oppfatter at komiteen jobber med, og som vi forhåpentligvis snart skal ha til behandling her i salen. Men det er ingen tvil om at jeg fullt ut deler SVs ønske om at en må fortsette den sterke innsatsen som vi har mot antibiotikaresistens, og det som representanten også tok opp i sitt innlegg, at dette er helsetjenestens klimautfordring. Men det at det er en klimautfordring, viser også kompleksiteten, for på samme måte som med klimautfordringene er dette et område der vi er nødt til å handle lokalt og nasjonalt, men også internasjonalt, for å lykkes. Det er komplekst, og det er også tverrsektorielt – det handler ikke bare om helse, men også om dyrehelse, om mat – og derfor har det mange fellestrekk med klimautfordringen. Men betydningen av at Norge gjør vår del av den store innsatsen, er jeg helt enig med representanten i.

Presidenten: Replikordskiftet er dermed omme.

Geir Jørgen Bekkevold (KrF) [10:28:57] (komiteens leder): Denne meldingen viser, som flere har sagt, eller peker i hvert fall på at vi i Norge har et helsevesen av høy kvalitet, blant verdens beste. Men her har vi også en melding som sier at det er rom for forbedringer, og flere har vært inne på flere områder.

Blant annet tok representanten Åshild Bruun-Gundersen opp dette med legemidler når det gjelder eldre, og særlig eldre i institusjoner. Det er noe som bekymrer også meg, for vi vet at mange eldre dessverre har for mange legemidler og kombinasjoner av legemidler. Det er alvorlig. I 2017 ble det forskriftsfestet at sykehjemmene skal ha en legemiddelgjennomgang ved innkomst, samt en gjennomgang av dette minst én gang årlig. Fastleger er forpliktet til å utføre en legemiddelgjennomgang for pasienter som bruker fire legemidler eller mer. Det er klart at her er det en forventning om at sykehjemmene og fastlegene følger dette opp, for det handler også om en trygg alderdom.

Det er også pekt på de utfordringer som vi kan se at vi har på sikt, særlig når det gjelder dette med bemanning. Wilkinson var innom både helsearbeidermangel og sykepleiermangel, som vi kan se av de framskutte tallene vil komme en gang. Det er klart at hvis vi venter med å gjøre noe med det til problemet virkelig har oppstått, er vi for sent ute. Dette er noe vi må fokusere på nå, og ikke vente til det er for sent. Det er rom for forbedringer, som sagt.

Jeg hadde lyst til å ta ordet også for å kommentere de løse forslagene som er fremmet i salen nå, bl.a. dette med at opposisjonspartiene altså ønsker at regjeringen skal fremme en nasjonal handlingsplan for smittevern utenfor helseinstitusjonene. Jeg vil bare peke på at de som da eventuelt skal utarbeide denne nye handlingsplanen, er de samme som nå håndterer koronapandemien og situasjonen i Norge. Det er folk som nå, hver eneste dag, står i bresjen for at vi skal håndtere denne situasjonen på best mulig måte. Det gjelder direktorater, det gjelder departement, det gjelder underliggende aktører som da må inn i bildet og lage en handlingsplan.

Jeg mener at det er en tid for alt, men nå er det tiden for å håndtere situasjonen og ikke for å pålegge disse å skulle utarbeide en handlingsplan. Jeg mener det ikke er tiden for det nå. Det må eventuelt komme senere. Så jeg vil bare på vegne av regjeringspartiene si at vi ikke kommer til å støtte de løse forslagene i saken.

Magne Rommetveit hadde her teke over presidentplassen.

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

Tellef Inge Mørland (A) [10:32:20]: I stortingsmeldingen vises det til at ventetiden i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018 gikk ned. Det er selvsagt positivt, men samtidig vet vi at denne regjeringen har slitt hele sin periode med å innfri løftene sine om en satsing på psykisk helse gjennom det de har kalt for den gylne regel.

Det er verdt å merke seg at en samlet komité viser til KS' høringsinnspill om systemsvikt i tilbudet til mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, og at samhandling mellom tjenester er en stor utfordring. KS viser også til at nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern skjer for raskt. Legeforeningen peker på at nedbyggingen av sengeplasser i psykisk helsevern må stanses, og at den gylne regel heller må erstattes av en konkret opptrappingsplan for feltet. Dette er bekymringer som opposisjonen på venstresiden har tatt opp flere ganger.

Når en samlet komité peker på behovet for særskilt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i både rusomsorg og psykisk helsevern, er det også en innrømmelse av tverrpolitisk forståelse, også fra regjeringspartiene, om at vi ikke har kommet langt nok på dette feltet. For mange får ikke den hjelpen de trenger, selv om de klarer å be om det på eget initiativ.

I 2018 tok 674 mennesker i Norge sitt eget liv. En stor overvekt av dem var menn. Det er en utvikling som har gått i feil retning. Hvis vi sammenligner med 2014, er det en økning på 123 personer. Hvis vi bruker trafikksik-

kerhetsarbeidet – som vi har lyktes svært godt med – som en mal, ser vi at i 2018 omkom 108 i trafikken. Vi har hatt en massiv oppmerksomhet rundt trafikksikkerhet og har lyktes. På feltet psykisk helse og selvmord har vi ikke lyktes på samme måte.

Koronasituasjonen som vi nå står overfor, utfordrer oss ytterligere på dette feltet. Mange som sliter med dårlig psykisk helse, opplever at tilbudene de har fått i kommunen, i spesialisthelsetjenesten, har blitt endret og svekket som følge av at det er ekstraordinære tider. Det er en belastning for de personene. Men det er også flere som opplever ensomheten i denne situasjonen som ekstra krevende, noe vi igjen må ta høyde for at vil kunne gå ut over psykisk helse og medføre at flere trenger hjelp, og at flere trenger mer hjelp.

Situasjonen vi står overfor nå, forsterker bare ytterligere de bekymringene som framkommer når det gjelder psykisk helse og psykisk helsevern i stortingsmeldingen som vi behandler nå, og som vi alle har et ansvar for å gripe tak i.

Kjersti Toppe (Sp) [10:35:35]: Eg tar ordet for å gjera greie for dei to lause forslaga som vi har fremja til denne saka.

Om å be regjeringa leggja fram ein nasjonal handlingsplan for smittevernet utanfor helseinstitusjonane: Eg høyrer at regjeringspartia argumenterer med at det er ei tid for alt, og no er det ikkje tid for å koma med eit slikt forslag, for no held departementet på med mykje viktigare ting. Men dette har vi tenkt på. Vi har heilt bevisst ikkje sett eit tidspunkt for når denne planen skal verta framlagd for Stortinget. Vi ventar sjølv sagt på at denne akutte krisa skal vera over, men det er jo ingen grunn til at Stortinget ikkje skal slå fast at vi må få dette på plass. Vi veit nok ut frå dei erfaringane som vi står oppe i – vi må styrkja det kommunale smittevernet. Det er jo i kommunane størstedelen av smittevernarbeidet skjer. Vi har vorte oppfordra gjentatte gonger frå fagmiljøa om at vi no må styrkja både kompetansen og fagmiljøa ute i kommunane. Det handlar ikkje berre om pandemiar og epidemiar, men det handlar om å sikra trygt drikkevatt, næringsmiddelkontroll osv. Vi fokuserer mykje på smittevern i sjukehus og på sjukeheimar, men vi treng ein nasjonal handlingsplan for smittevern utanfor helseinstitusjon.

Til dette med at det er ei tid for alt: Senterpartiet fremja dette forslaget i 2016. Da var fleirtalet imot det. Vi fremja det same forslaget i 2019 og fekk støtte frå Arbeidarpartiet og SV. Da var òg regjeringspartia imot det, men no er argumentet at det ikkje er tid for det. Så ein brukar iallfall ein svært vikarierende argumentasjon, og det meiner eg ikkje er klokt.

Til det andre forslaget, om auka sjølvforsyning av smittevernustyr for helsetenesta gjennom nasjonal produksjon og beredskapslagring og å koma tilbake til Stortinget på eigna måte: Der vert det vist til frå regjeringspartia at det ikkje er tid for dette no – no er det tid for evaluering. Men eg tenkjer at er det éin ting vi faktisk ikkje treng eit stort evalueringsutval for å slå fast, er det at det var og har vore ei stor utfordring med tilgang på smittevernustyr under denne pandemien. Vi er avhengige av import, vi har hatt for lite lager. Det er enormt viktig for å sikra kvalitet og pasientsikkerheit. Mange har brukt piratkopiar, som vi veit ikkje har halde mål, og som har ført til smitte. Norsk Industri har vist at det er mogleg. Dei har vilje, og no må vi få politisk kraft bak å starta dette arbeidet. Det er det faktisk tid for å gjera eit vedtak for no. Vi treng ikkje kome igjen om to–tre år etter ei evaluering og ei ny stortingsmelding for å finna ut av akkurat dette, og eg håpar på at vi kan få fleirtal for desse to prinsippforslaga i Stortinget i dag.

Ashild Bruun-Gundersen (FrP) [10:38:53]: Jeg tok også ordet for å kommentere de løse forslagene Senterpartiet har fremmet i salen her i dag.

Først til forslag nr. 7, hvor Senterpartiet foreslår å sikre økt selvforsyning av smittevernustyr gjennom nasjonal produksjon og beredskapslagring. La meg først si at jeg har stor sympati for at dette forslaget kommer opp. Det er langt på vei et forslag Fremskrittspartiet også diskuterer nå. Vi er i imidlertid mye mer opptatt av å slippe de private helseaktørene til i markedet for å produsere flere legemidler her i Norge. Det handler om å redusere risiko, sikre beredskap og selvfølgelig nasjonal sikkerhet. I forslaget er det såpass diffust skrevet knyttet til hvordan man skal ta i bruk private aktører, at vi ønsker at dette skal gjøres om til et oversendelsesforslag og samtidig være med i noen av de vurderingene regjeringen gjør.

Når det gjelder forslag nr. 8, er vi innforstått med at Senterpartiet har fremmet det tidligere – de fremmet forslaget også i fjor. Jeg synes rett og slett det er altfor enkelt å peke på at denne pandemien ville vært håndtert bedre dersom Stortinget hadde fått flertall for å starte et arbeid med en nasjonal handlingsplan i fjor. Den ville ikke vært ferdig utarbeidet før denne koronapandemien brøt ut. Det er heller ikke sånn at nasjonale handlingsplaner løser alt.

Når det gjelder samordnet smittevern utenfor sykehussektoren, mener jeg fortsatt det viktigste grepet i smittevernarbeidet er god ledelse i kommunene. Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV styrer ca. 80 pst. av kommunene i Norge, så de har hatt rikelig med anledninger til å ta tak i dette i sine respektive kommuner.

Når dette forslaget blir kastet over bordet i dag, har Fremskrittspartiets stortingsgruppe naturlig nok ikke hatt tid til å gjøre en grundig vurdering av det. Vurderingen er likevel at den tid vil komme. Om vi skal kunne møte en ny pandemi på en bedre måte, kan det være ulike tiltak som skal styrke det. Det kan enten være forbedringer i dagens smittevernplan eller andre tiltak som vil måtte vurderes. Men Fremskrittspartiet mener det må vurderes i en sammenheng. Vi vil i Norge få mer erfaring med tanke på denne pandemien, og ulike tiltak vil bli diskutert og vurdert for å kunne møte nye pandemier bedre forberedt. Den diskusjonen vil vi måtte ta.

Forslag nr. 8, sånn som det ligger nå, vil vi stemme imot. Så vil vi ta det med i evalueringsvurderingene senere. Forslag nr. 7 ønsker vi som et oversendelsesforslag, og jeg håper helseindustrien ute i Norge nå lytter nøye til denne debatten. Det vil være behov for mer produksjon av legemidler her i Norge, nettopp for å redusere risiko og sikre beredskap. Det er det de private aktørene som i hovedsak må ta seg av.

Tore Hagebakken (A) [10:41:51]: Det er krevende tider, og jeg har også behov for å si at statsråden gjør en stor innsats. Men jeg er litt skuffet over representanten Stensland – selv om jeg skjønner at det er en tid for alt – og at det ikke går an å vedta noe sånt som representanten Toppe var innom, det at vi skal ha en slik plan. Jeg vil si det sånn: Erfaring er jo noe en har etter at en hadde hatt bruk for det. Også i travle tider går det an å ha i bakhodet at en dag skal en lage en slik plan – og ta med seg en liten notisblokk hvor en skriver opp noen ting, slik at en er sikker på at en får med seg det som løper så fort som det nå gjør. Jeg henstiller igjen om å bli med på dette forslaget, slik at Stortinget har gjort den jobben. Og så får en håndtere det slik det er mulig i departementet. Dette er løpende erfaring som det er kjekt å ha i bakhodet.

I 2016 behandlet Stortinget et representantforslag fra Arbeiderpartiet. Representanten Kjersti Toppe nevnte også 2016 og forslaget som ble fremmet allerede da. Det forslaget fra Arbeiderpartiet i 2016 handlet om bedre tilgang på spesialistsykepleiere. Vi ville ha en forpliktende opptrappingsplan for utdanning av spesialistsykepleiere basert på en nasjonal oversikt over situasjonen og framtidige behov. Det kan hende noen spør: Hvor mange planer skal man egentlig ha? Men det er ikke så dumt å planlegge av og til. Da er det ofte slik at en kommer litt i forkant av krevende situasjoner. Nå ser vi hvordan situasjonen er når det gjelder spesialistsykepleiere, ikke minst når det gjelder intensivsykepleiere. Jeg ser at statsråden har tegnet seg, og jeg vil gjerne høre hvordan han tenker å løse dette i overskuelig framtid.

Et moment til: Det er verdt å lytte til pasient- og brukerombudene. De gjorde i hvert fall sterkt inntrykk på

oss i Arbeiderpartiet da de var på høring – fra departementets side viser en også til pasient- og brukerombudene. Dette gjaldt familier som har barn med nedsatt funksjonsevne, de opplever liten innflytelse over egen hverdag og manglende sammenheng i tjenestetilbudet. Dette er også en viktig del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet vårt. Så hvis statsråden har tid, må han gjerne si tre ord om hvordan dette skal løses.

Statsråd Bent Høie [10:45:07]: Jeg vil først få takke for hyggelige ord! Og så vil jeg bare understreke at det vi nå står oppe i, kommer til å bli grundig evaluert. Regjeringen har tatt initiativ til å nedsette en undersøkelseskommisjon, som vi har en god dialog med koronakomiteen i Stortinget om både mandatet for og sammensetningen av.

Jeg er helt sikker på at den kommisjonen kommer til å komme fram til punkter som kommer til å si at vi kunne ha vært bedre forberedt, de kommer til å komme fram til punkter som kommer til å si at dette kan vi gjøre annerledes en annen gang, og de kommer sikkert også til å komme fram til punkter om hva som var bra. Slik vil det alltid være etter en slik situasjon. Jeg tror det er lurt at vi da faktisk tenker at en slik undersøkelseskommisjon nettopp vil kunne komme med en bred evaluering av disse tingene, men også komme med gode forslag til hvordan ting skal gjøres videre, og at vi tar den diskusjonen da og ikke mens vi står midt oppe i situasjonen.

Det bringer meg over til å kommentere noen av innleggene som har vært holdt nå, og forslagene. Når det gjelder smittevernsutstyr, er jeg helt sikker på at et av hovedtemaene kommer til å være en diskusjon om bedre beredskapslagre og bedre beredskapssystemer for det. Vi er nå i en situasjon der vi kjøper inn mye utstyr internasjonalt. Vi har nå også inngått kontrakter med Norsk Industri for oppbygging av produksjonskapasitet i Norge. Det gjøres kontinuerlig. Det vil være en del av diskusjonen etterpå med tanke på hvilken type av denne kapasiteten vi også skal ha i framtiden som en del av beredskapen. Det må ikke feste seg et inntrykk av at vi nå ikke har inngått avtaler og kontinuerlig inngår avtaler med Norsk Industri for også å produsere beskyttelsesutstyr i Norge.

Det samme gjelder på legemiddelområdet. Det var et område der vi allerede hadde startet et stort arbeid med tanke på beredskap. Tidlig i mars skulle Helsedirektoratet levere en stor rapport om oppbevaring eller forhåndslagring av virkestoffer og med en vurdering av produksjon av enkelte legemidler i Norge. Også på dette området har vi tett samarbeid med næringslivet nå om bl.a. produksjon i Norge. Det vil jo, uavhengig av hvilken situasjon vi er i, kunne være snakk om nisjeprodukter, men allikevel viktige produkter.

Når det gjelder anestesisykepleiere og andre spesialistsykepleiere, er jeg helt enig med representanten Hagebakken i at der har vi behov for å øke kapasiteten. Derfor iverksatte også regjeringen i fjor en opptrappingsplan for å øke kapasiteten på utdanningen. Det er også i tråd med det Arbeiderpartiet har tatt til orde for.

Så vil jeg bare understreke at vi har planer for pandemi både lokalt og nasjonalt. Når det gjelder spørsmålet om en egen handlingsplan, er jeg glad for at en ikke har tenkt at det er noe vi skal begynne å jobbe med nå. Uansett vil det være slik at evalueringen etterpå vil fortelle oss om en handlingsplan er den rette måten å bedre kapasiteten og kompetansen på knyttet til lokalt arbeid med dette, eller om vi må se på andre virkemidler. Jeg håper at det også er noe vi kan komme tilbake til når vi faktisk har en grundig evaluering i bunnen for den type beslutninger.

Tellef Inge Mørland (A) [10:48:46]: Jeg er glad for at flere partier nå er opptatt av legemidler og den betydningen legemidler har for helsetjenesten og ikke minst for pasientsikkerheten. Noen har vært inne på utfordringene med for mye bruk av legemidler. Det er en veldig viktig utfordring, men så er det dessverre også en økende utfordring som handler om legemiddelmangel. Det vi har sett i en ordinær situasjon de siste årene, er at det nærmest har vært en eksplosiv økning i antall mangeltilfeller. Den situasjonen vi nå står overfor, utfordrer oss ytterligere når det gjelder legemiddelmangel.

Det var for så vidt Fremskrittspartiet som fikk meg til å ta ordet, og jeg er glad for at de nå også engasjerer seg i spørsmålet rundt legemidler og legemiddelmangel. Jeg kan jo da minne om at det var en mulighet i fjor, da Arbeiderpartiet fremmet representantforslaget om å redusere sårbarheten ved legemiddelmangel – en mulighet for å gjøre noen aktive grep, der Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet ble stående alene om ti tiltak som ville kunne hatt veldig god og tidligere effekt sammenlignet med det løpet som regjeringen la opp til.

Når Fremskrittspartiet prater, høres det ut som om det er de private aktørene som selv skal ta seg av legemiddelproduksjonen og slik sett bøte på de sårbarhetene vi står overfor. Jeg er helt enig i at vi må spille på lag med de private aktørene innen bransjen som vi har her i Norge, men jeg er også overbevist om at vi trenger en overordnet nasjonal plan for hva slags typer legemidler det er mulig å produsere i Norge, og hvilke typer legemidler som først og fremst vil være med på å bidra til å redusere den sårbarheten vi står overfor i dag. Dette kan ikke være noe som bare overlates til markedet som sådan – vi må spille på lag med markedet, men det er nødt til å være en nasjonal plan for hvordan vi kan utnytte de mulighetene vi også har i Norge.

I tillegg mener jeg at vi dessverre er kommet for sent i gang med utvidet bruk av beredskapslager, men jeg håper at helseministeren har trykket på knappen for å få tak i det som er mulig å få av legemidler. For når det gjelder legemidler – i motsetning til smittevern – må vi kunne vente at det er en forsinkelseeffekt. Nå har kanskje produksjonen i fabrikkene stoppet opp. Lagrene har fortsatt legemidler, men om noen måneder vil det kunne være vansker med å få tak i de legemidlene. Med smittevern så vi det umiddelbart. Når det gjelder legemidler, frykter jeg at mangelsituasjonen vil kunne komme for alvor om litt tid.

Er det noe koronakrisen har vist oss, er det – etter mitt syn – at det faktisk er fellesskapet vi må støtte oss på i disse tidene. Vi kan dra god nytte av private aktører, men det er fellesskapet – det offentlige – som også markedet og de private i dag i stor grad peker på for at vi skal kunne komme oss ut av denne krisen vi nå står i.

Kjersti Toppe (Sp) [10:51:55]: Det gjeld dei to lause forslaga igjen. Det er ikkje sånn at vi vil ta den store debatten om pandemien no, på ingen som helst måte. Vi har to heilt konkrete forslag. Det eine er eit forslag som vi har fremja før, og som vi heilt naturleg gjentar no, når det har vore ein stor debatt om akkurat behovet for eit betre kommunalt smittevern, og at ein treng eit større fokus på dette òg frå Stortinget si side.

Så er det sånn at den undersøkingsskommissjonen som skal ta den store evalueringa, slik eg er vorten fortalt, skal levera sin rapport til neste vår, og så vil det gå enda lengre tid før Stortinget eventuelt vil få ei sak. Då vil det gå fleire år, og når det heilt tydeleg er ting som ein allereie no bør visa ei retning for frå Stortinget si side, meiner eg at det er eit ansvar vi må ta òg i den situasjonen som vi står i no.

Til Framstegspartiet, som ikkje føler at dei kan stemma for forslaget om nasjonal produksjon og beredskapslagring av smittevernustyr. Eg kan ikkje forstå at forslaget til vedtak er utydeleg når det gjeld private, for ingenting i det forslaget viser til at dette berre skal vera ein offentleg produksjon, om det er det ein er redd for.

I innlegget mitt viste eg til Norsk Industri, og helseministeren viste til at det er gjort avtalar med private om levering av smittevernustyr. Men poenget vårt er at det vart gjort først då koronaen kom til Noreg, og det held ikkje. Vi må få dette i system. I Bergen har Janus-fabrikk, i samarbeid med Ekornes, gjort eit imponerende arbeid med å få hurtig i gang produksjon av munnbind. Janus var jo beredskapsfabrikk for staten fram til 1980-talet, men så vart den ordninga lagd bort.

I alle fall: Vi meiner at forslaget ikkje er utydeleg når det gjeld private, at det vanskeleg kan tolkast som det. Dessutan vil eg seia til Framstegspartiet at det òg står at

ein skal koma tilbake til Stortinget på eigna måte. Der- som Framstegspartiet er ueinig i vektinga her, eller i an- na, har ein anledning til å koma tilbake og retta opp i det. Så eg vil oppmoda Framstegspartiet om å støtta for- slaget om nasjonal produksjon. Vi ønskjer ikkje å gjera det om til eit oversendingsforslag.

Sveinung Stensland (H) [10:55:17]: Jeg føler behov for å svare på et par ting som er blitt sagt i debatten.

Først: Kjersti Toppe mente at vi driver med vikari- erende argumentasjon. Det mener jeg at vi ikke gjør. Re- gjeringen la på eget initiativ frem en revisjon av smitte- vernloven i fjor. Det ble da fremmet en rekke tiltak. I et- terkant av det har regjeringen nedsatt egne beredskaps- grupper for biologiske trusler – man har nå kommet med flere handlingsplaner. Man har også strammet inn diverse ansvarsforhold i smittevernloven.

Så var det ett forslag vi valgte å stemme imot. Det var daværende statsråd Sylvi Listhaug som argumenterte mot å stemme for det forslaget. Hun begrunnet det i stortingssalen. Arbeidet etterpå i forbindelse med smit- tevern har vist at regjeringen har tatt dette på alvor i hele 2019.

Det er litt underlig når man sier at man har forståel- se for at man ikke har tid til å lage planen nå, men man vil vedta den, så man kan begynne å lage planen når man har tid til det. Vel, det er da man er med på å bekref- te akkurat det jeg fremholder, nemlig at det er en tid for alt. Vi må komme videre der vi står nå, så får vi ta evalu- eringen og så finne ut hva som er de rette planene å ar- beide med, som statsråden gjorde rede for.

Representanten Hagebakken sa at han er skuffet over meg. Vel, det jeg sier, er at jeg vil ta hensyn til dem som faktisk nå jobber med pandemien hver dag – døg- net rundt – i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Jeg synes ikke det er rett å pålegge dem nye utrednings- jobber akkurat nå. At man velger å være skuffet over det, får stå for representanten Hagebakkens regning, men jeg vil i likhet med Hagebakken alt det beste for våre innbyggere. Jeg tror det beste nå er at vi konsentrerer oss om å håndtere situasjonen vi står i – få en grundig evalu- ering og så gjøre de rette tiltakene for å sikre oss bedre i en ny situasjon.

Representanten Mørland har et godt engasjement for legemiddelfeltet, men det er ikke slik at arbeidet med mangler har vært statisk. Som statsråden gjorde rede for, skulle en rapport i en normalsituasjon vært lagt frem rett før påske. Når det gjelder beredskapslagrene, er det ikke riktig at de har stått stille. De har vært justert og økt i tråd med råd fra våre faglige myndigheter. Regje- ringen la frem endringer i legemiddeloven som hjemler for rasjonering, noe som faktisk allerede er tatt i bruk. Det er ikke slik at man har stått stille. Det er heller ikke

slik at Arbeiderpartiet har gått i front. Dette er et arbeid som begynte allerede i forrige periode, gjennom en lege- middelmelding som fikk bred tilslutning. Bent Høie tok sterkt og kraftig tak i legemiddelfeltet så fort han ble hel- seminister, og det bærer frukter, også nå.

Presidenten: Representanten Åshild Bruun- Gundersen har hatt ordet to ganger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Åshild Bruun-Gundersen (FrP) [10:58:09]: Min frykt for at Senterpartiet ikke ønsker å bruke markedet, har jeg mange gode begrunnelser for, bl.a. da vi tidligere i dag diskuterte en forordning gjennom EØS-avtalen. Senterpartiets merknader viste tydelig at det de var bekymret for, var at sykehusene ikke kunne bruke egentil- virket medisin, at unntaket de i dag har for å kunne gjø- re det, ikke ville være sterkt nok ivaretatt, og at syke- husene i Norge da skulle være tvunget til å bruke mar- kedet mer. Det forslaget er ikke formulert med ordene «private aktører» i det hele tatt.

Jeg mener det er en forutsetning for å sikre bedre be- redskap, bedre produksjon av legemidler, særlig kritiske legemidler i Norge, at man tar i bruk private aktører. Jeg registrerer at helseministeren har gått i dialog med lege- middelindustrien og private aktører for nå å starte pro- duksjon av det i Norge. Det mener jeg er bra. Vi vil kome tilbake til denne saken. Jeg synes det er synd at Sen- terpartiet ikke ønsker å gjøre forslaget om til et oversen- delsesforslag, sånn at vi sammen kan finne ut hvordan vi kan bruke private aktører mer, og ikke mindre.

Kjersti Toppe (Sp) [10:59:27]: Til siste representant vil eg først seia at dette forslaget ikkje omhandlar lege- middel. Dette forslaget omhandlar smittevernutstyr, og det er faktisk ein liten forskjell. Eg må innrømme at le- gemiddelproduksjon er meir komplisert. Det er mange komponentar. Det er ein komponent i eitt land og til- verking i eit anna. Smittevernutstyr er enklare. Å pro- dusera munnbind i Noreg er faktisk noko som eg mei- ner vi kan gjera, og det er ikkje så hokuspokus. Kanskje andedråtsutstyr er meir komplisert, for den meir in- tense smittesituasjonen, men smittevernfrakkar og munnbind er noko som vi må kunna produsera i Noreg.

Det er faktisk ikkje så komplisert at vi må gjera dette til eit oversendingsforslag. Her kan Stortinget seia at vi har nok erfaring no til å vita at dette må vi ha betre be- redskap på sjølve, og vi må kunna tilverka det i Noreg. Om eit helseføretak vil produsera det, er ikkje vi imot det. Mest sannsynleg vert dette Norsk Industri, som no i denne situasjonen med stor økonomisk krise står og trippar etter å setja i gang slik produksjon. Eg meiner at

Framstegspartiet må nytta dette høvet og hjelpa oss med å få fleirtal for forslaget.

Til representanten Sveinung Stensland: Eg oppfattar i alle fall at det er vikarierende argumentasjon. Om representanten ikkje meiner det, oppfattar i alle fall eg det. Det er greitt nok å vera mot at ein treng ein slik handlingsplan for smittevern i kommunane, at det ikkje er tid no. Først får vi kritikk for at vi fremjar det no, og når vi seier at vi ikkje har tidfesta det, får vi kritikk for det også. Eg meiner at det er viktig med ein slik auke og styrking av det kommunale smittevernarbeidet. Det at det er sett ned beredskapsgrupper, og at det er fleire andre handlingsplanar, er jo sant, men desse planane omhandlar ikkje især det som forslaget vårt går ut på, nemlig smittevernet utanfor institusjon. Om alt var gjort veldig bra, kvifor står vi da og manglar munnbind ute i kommunane? Vi må alle erkjenne at der har vi ikkje vore godt nok budde, og det har nok òg opposisjonen sin del av ansvaret for. Da vi sat i regjering, var sikkert heller ikkje vi tydelege nok på det, men det er iallfall erfaringa no. Det ønskjer Senterpartiet å gjera noko med, og difor fremjar vi dei lause forslaga.

Statsråd Bent Høie [11:02:30]: Jeg beklager at jeg må ta ordet på ny – jeg er bare redd for at det skal feste seg et inntrykk av at vi ikke har inngått avtale med Norsk Industri om produksjon av smittevernutstyr i Norge. Det har vi gjort. Jeg innkalte Norsk Industri til et møte 3. mars i år der nettopp dette var tema, og det har resultert i flere kontrakter på en rekke ulike typer smittevernutstyr som vi nå har avtale om at produseres i Norge – sånn at en ikke etter denne debatten har et inntrykk av at når Senterpartiets forslag sannsynligvis kommer til å bli nedstemt på dette punktet, betyr det at regjeringen og regjeringspartiene er imot at det inngås den type avtaler. Nei, poenget er at det er inngått den type avtaler, og utstyret produseres i Norge nå.

Presidenten: Representanten Sveinung Stensland har hatt ordet to ganger tidlegare og får ordet til ein kort merknad, avgrensa til 1 minutt.

Sveinung Stensland (H) [11:03:38]: For ordens skyld: Toppe mener jeg har kritisert henne. Det har jeg ikke gjort, men jeg har forklart hvorfor jeg er uenig i forslaget, og hvorfor jeg mener det ikke er tid og sted for det nå. Men jeg er helt enig med representanten Toppe i én ting, og det er noe jeg jobber ganske hardt og målrettet for, nemlig at vi bør få mer legemiddelproduksjon. Hun har helt rett i at forslaget de kommer med, handler om smittevernutstyr. Vi har i dag et av verdens største anlegg for produksjon av to forskjellige virkestoffer. Norge har en stolt tradisjon når det gjelder produksjon av virkestoffer. Det kan vi fortsette med, og vi

kan bli bedre. Vi har også flere bedrifter i verdensklasse som lager strålende legemidler – for å si det i en sånn Trump-tone. Det kan vi også bygge videre på. Det er virkelig noe å satse på, og det tror jeg alle er enig i. Men det er virkelig sånn, som Mørland var inne på, at vi har en krevende forsynings situasjon globalt. Det er det vi må ha oppmerksomhet på nå, og så får vi jobbe videre med de mer langsiktige tiltakene underveis.

Kjersti Toppe (Sp) [11:04:53]: Berre ein kort replikk til slutt til det som statsråden sa: Det er heilt rett at regjeringa har gjort ein framstøyt for å inngå avtalar med private om produksjon av smittevernutstyr. Det synest vi er veldig bra. Dette forslaget handlar ikkje om det, at ein skal inngå avtalar med private under denne pandemien. Det har regjeringa varetatt, og det har det kome resultat av.

Forslaget vårt handlar om å auka sjølvforsyninga og ikkje at ein skal få private til å produsera i ein krisesituasjon, men at ein på sikt skal vera mykje meir sjølvforsynt med smittevernutstyr også i fredstid. Da må ein laga ein meir langsiktig plan for det og ikkje som eit strakstiltak i pandemien – berre for å få fram at vi ikkje er ueinige i det som regjeringa har gjort. Vi er veldig glade for dei private tiltaka og framstøytane som er gjorde. Men dette forslaget handlar om noko anna og ser meir framover.

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

Sak nr. 6 [11:06:12]

Stortingets vedtak til lov om endringer i statsborgerloven og introduksjonsloven (personopplysninger og automatiserte avgjørelser) (Lovvedtak 77 (2019–2020), jf. Innst. 229 L (2019–2020) og Prop. 47 L (2019–2020))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.

Sak nr. 7 [11:06:32]

Stortingets vedtak til lov om tros- og livssynssamfunn (trossamfunnsloven) (Lovvedtak 78 (2019–2020), jf. Innst. 208 L (2019–2020) og Prop. 130 L (2018–2019))

Presidenten: Ingen har bedt om ordet.

Stortinget tek no ein pause, og møtet vil verta sett igjen kl. 12.

Stortinget tok pause i forhandlingane kl. 11.07.

Stortinget gjenopptok forhandlingene kl. 12.

President: Ingjerd Schou

Statsråd Sveinung Rotevatn overbrakte 9 kgl. proposisjoner (se under Referat).

Votering

Presidenten: Stortinget er da klar til å gå til votering. Sak nr. 1 er allerede behandlet.

Votering i sak nr. 2, debattert 17. april 2020

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 288/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 745/2017 om medisinsk utstyr og EØS-komiteens beslutning nr. 301/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) nr. 746/2017 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr (Innst. 231 S (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))

Presidenten: Under debatten har Kjersti Toppe satt fram et forslag på vegne av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en ny proposisjon om medisinsk utstyr. Proposisjonen må sikre at verken lov om medisinsk utstyr eller innlemmelse i EØS-avtalen av forordningen om medisinsk utstyr og forordningen om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr begrenser den offentlige helsetjenestens mulighet til å ta i bruk egentilvirket medisinsk utstyr sammenlignet med i dag, eller begrenser det nasjonale handlingsrommet til å regulere genetiske selvtester.» Rødt har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 73 mot 15 stemmer ikke bifalt. (Voteringsutskrift kl. 12.03.13)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

vedtak:

Stortinget samtykker til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 288/2019 om innlemmelse i EØS-avtalen av Europaparlaments- og rådsforordning (EU) nr. 745/2017 av 5. april 2017 om medisinsk utstyr og Europaparlaments- og rådsforordning (EU) nr. 746/2017 av 5. april 2017 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr.

Votering:

Komiteens innstilling ble bifalt med 72 mot 15 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 12.03.49)

Votering i sak nr. 3, debattert 17. april 2020

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lov om medisinsk utstyr (Innst. 230 L (2019–2020), jf. Prop. 46 LS (2019–2020))

Presidenten: Under debatten har Tuva Moflag satt fram et forslag på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag om å etablere et nasjonalt behandlingsregister for pacemakere og implanterbare hjertestartere».

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til forslaget.

Votering:

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 45 mot 43 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.04.28)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende vedtak til

lov

om medisinsk utstyr

§ 1 Gjennomføring av forordningene om medisinsk utstyr

EØS-avtalen vedlegg II, kapittel XXX om medisinsk utstyr (forordning (EU) 2017/745 om medisinsk utstyr som endrer direktiv 2001/83/EF, forordning (EF) nr. 178/2002 og forordning (EF) nr. 1223/2009 og opphever rådsdirektiv 90/385/EØF og 93/42/EØF) gjelder som lov med de tilpasningene som følger av vedlegg XI, protokoll 1 og avtalen for øvrig.

EØS-avtalen vedlegg II, kapittel XXX om medisinsk utstyr (forordning (EU) 2017/746 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr som opphever direktiv 98/79/EF og kommisjonsbeslutning 2010/227/EU) gjelder som lov med de tilpasningene som følger av vedlegg XI, protokoll 1 og avtalen for øvrig.

Departementet kan gi forskrift om gjennomføring og utfylling av forordningene gjennomført i første ledd.

§ 2 Saklig virkeområde

Utover virkeområdet som følger av § 1, gjelder loven også for bruk av medisinsk utstyr.

Den myndigheten som departementet utpeker, kan i tvilstilfelle avgjøre om et produkt skal regnes som medisinsk utstyr.

Departementet kan gi forskrift om bruk av medisinsk utstyr, blant annet om kvalifikasjoner og krav til slik bruk, og om hvilke produkter som skal regnes som medisinsk utstyr.

§ 3 Stedlig virkeområde

Loven gjelder for norske luft- og sjøfartøy og innretninger på norsk kontinentalsokkel.

Kongen kan gi forskrift om at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og at det skal gjelde særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene.

§ 4 Etikett og bruksanvisning

Departementet kan gi forskrift om at dokumentasjon, informasjon og bruksanvisning som skal følge medisinsk utstyr, skal gis på bestemte språk.

§ 5 Reklame

Departementet kan gi forskrift om reklame for medisinsk utstyr.

§ 6 Reprosessering av medisinsk engangsutstyr

Departementet kan gi forskrift om reprosessering av medisinsk engangsutstyr.

§ 7 Registrering og rapportering

Departementet kan gi forskrift om plikt til registrering for produsent, autorisert representant, distributør, importør og bruker av medisinsk utstyr.

Departementet kan gi forskrift om registrering av medisinsk utstyr som omsettes eller brukes.

§ 8 Eiers og brukers meldeplikt om hendelser, feil eller svikt

Departementet kan gi forskrift om meldeplikt for eiere og brukere av medisinsk utstyr.

§ 9 Tilbakeholdelse, beslagleggelse og destruksjon

Medisinsk utstyr som importeres i strid med denne loven eller forskrift gitt i medhold av denne loven, kan tilbakeholdes, beslaglegges og destrueres.

Ved tilbakehold skal mottakeren varsles om at det medisinske utstyret vil bli vurdert beslaglagt og destruert og gis mulighet til å uttale seg i saken innen en nærmere angitt frist.

Tiltak etter første ledd kan gjennomføres for mottakerens regning. Skyldig beløp er tvangsgrunnlag for utlegg.

§ 10 Avgift og gebyrer

Departementet kan pålegge markedsaktører som nevnt i § 7 og tekniske kontrollorgan, jf. lov 16. juni 1994 nr. 20 om tekniske kontrollorgan som har til oppgave å gjennomføre samsvarsvurderingar § 1, å dekke utgifter ved tilsyn og kontroll etter denne loven. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikt for markedsaktører etter første punktum om opplysninger som er nødvendige for å ivareta formålet.

Departementet kan gi forskrift om gebyr for behandling av søknad om klinisk utprøving og ytelsesevaluering av medisinsk utstyr.

Departementet kan gi forskrift om beregning, innkreving og innbetaling av avgift og gebyr etter første og annet ledd.

Ved forsinket betaling skal det betales rente i samsvar med lov 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling. Avgift og gebyr etter denne loven er tvangsgrunnlag for utlegg.

§ 11 Tilsyn

Departementet fasetter hvem som er kompetent myndighet etter Europaparlaments- og rådsforordning (EU) 2017/745 om medisinsk utstyr artikkel 101 og Europaparlaments- og rådsforordning (EU) 2017/746 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr artikkel 96. Denne myndigheten fører tilsyn med etterlevelsen av de kravene som følger av § 1.

Den myndigheten som departementet utpeker, fører tilsyn med etterlevelsen av kravene i lovbestemmelsene som ikke er tillagt kompetent myndighet etter første ledd.

Tilsynsmyndighetene kan innhente nødvendige opplysninger og kreve at markedsaktørene og brukere legger fram dokumentasjon på at lovens krav er oppfylt.

Dersom utstyr kan medføre fare for folkehelsen, eller noens helse eller sikkerhet, eller nødvendig dokumentasjon ikke kan fremskaffes, kan tilsynsmyndigheten iverksette nødvendige tiltak for å sikre at medisinsk utstyr til enhver tid er sikkert, vedlikeholdes korrekt og brukes forsvarlig i samsvar med sitt formål. Nødvendige tiltak kan blant annet omfatte krav om retting, midlertidig stans av virksomhet og forbud mot markedsføring.

Tilsynsmyndighetene gir de pålegg og treffer de enkeltvedtak som ellers er nødvendige for gjennomføringen av tilsynet, dette kan blant annet omfatte krav om retting, midlertidig stans av virksomhet og forbud mot markedsføring.

Departementet kan gi forskrift om tilsynet etter denne bestemmelsen.

§ 12 *Tvangsmulkt*

I pålegg gitt etter denne loven kan det fastsettes en løpende tvangsmulkt for hver dag, uke eller måned som går etter utløpet av den fristen som er satt for oppfylning av pålegget, inntil pålegget er oppfylt. Tvangsmulkten kan også fastsettes som engangsmulkt.

Tilsynsmyndighetene etter § 11 kan frafalle påløpt tvangsmulkt.

§ 13 *Overtredelsesgebyr*

Departementet kan gi forskrift om at den som overtrer nærmere angitte bestemmelser i forordningene nevnt i § 1, eller som overtrer nærmere angitte handlingsnormer fastsatt i forskrift gitt i medhold av loven her, kan ilegges overtredelsesgebyr.

Fysiske personer kan bare ilegges overtredelsesgebyr for forsettlig eller uaktsomme overtredelser.

Departementet kan gi forskrift om hvilke hensyn det kan eller skal legges vekt på ved vurderingen av om overtredelsesgebyr skal ilegges.

Departementet kan gi forskrift om utmåling og betaling av overtredelsesgebyr, blant annet om renter og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyret ikke blir betalt ved forfall.

Adgangen til å ilegge overtredelsesgebyr foreldes etter 2 år. Fristen regnes fra tidspunktet overtredelsen fant sted. Fristen avbrytes ved at tilsynsmyndigheten gir forhåndsvarsel eller fatter vedtak om overtredelsesgebyr. Departementet kan gi forskrift om foreldelse, blant annet om unntak fra bestemmelsene om foreldelsesfrist og fristavbrudd for særlige typer overtredelser.

§ 14 *Straff*

Departementet kan gi forskrift om at den som forsettlig eller uaktsomt overtrer nærmere angitte bestemmelser i forordningene nevnt i § 1, eller som overtrer nærmere angitte handlingsnormer fastsatt i forskrift eller enkeltvedtak gitt i medhold av loven her, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Ved grov overtredelse kan straffen være bøter eller fengsel inntil 2 år.

§ 15 *Dispensasjon*

Departementet kan gi forskrift om dispensasjon fra bestemmelser gitt i eller i medhold av loven her.

§ 16 *Ikrafttredelse, opphevelse og overgangsbestemmelser*

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Lov 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr oppheves fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan oppheve de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Forskrifter og delegeringer som er gitt med hjemmel i lov 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr, gjelder inntil Kongen bestemmer noe annet.

Kongen kan gi forskrift om ytterligere overgangsbestemmelser.

§ 17 *Endringer i andre lover*

Fra den tid Kongen bestemmer gjøres følgende endringer i andre lover:

1.I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

§ 2-2 andre ledd og tredje ledd første punktum skal lyde:

Sykehus som omfattes av § 1-3 første ledd bokstaverne a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d, e, f og g, plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter nevnt i § 1-3 første ledd bokstavene c og h, samt virksomheter omfattet av loven etter § 1-3 annet ledd, skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

§ 5-2 andre punktum skal lyde:

Virksomheter som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene g og h, kan på samme vilkår pålegges å innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.

2.I lov 21. desember 2005 nr. 126 om kosmetikk og kroppspfleieprodukt m.m. skal § 2 tredje ledd lyde:

Lova omfattar ikkje stoff, blandingar av stoff eller utstyr som kjem inn under *lov om legemidler mv.* eller lov om medisinsk utstyr. Lova omfattar ikkje næringsmiddel som kjem inn under *lov om matproduksjon og mattrygghet mv.*

Presidenten: Senterpartiet har varslet at de vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble bifalt med 77 mot 9 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.04.53)

Presidenten: Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

Senterpartiet har varslet at de vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet ble bifalt med 77 mot 9 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.05.16)

Presidenten: Lovvedtaket vil bli ført opp til andre gangs behandling i et senere møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 4, debattert 17. april 2020

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Torleif Hamre om å sikre grunnleggende menneskerettigheter og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen og andre kommunale omsorgstilbud (Innst. 167 S (2019–2020), jf. Dokument 8:24 S (2019–2020))

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

- forslagene nr. 1 og 2, fra Tuva Moflag på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 3, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 4, fra Nicholas Wilkinson på vegne av Sosialistisk Venstreparti

Det votes over forslag nr. 4, fra Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen, i samarbeid med ansattes organisasjoner, utrede og foreslå kvalitets- og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen. En bemanningsnorm må ta hensyn til alle relevante yrkesgrupper, der leger, sykepleiere, helsefagutdannede og andre relevante yrkesgrupper er en del av vurderingen, og det må komme fram hvordan oppgaveglidning, utdanning og kompetanseheving kan bidra til å nå bemanningsnormen.»

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti ble med 81 mot 7 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.06.13)

Presidenten: Det votes over forslag nr. 3, fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig igangsette en kartlegging av menneskerettighetssituasjonen på norske sykehjem, i hjemmetjenesten og den øvrige kommunale omsorgstjenesten, der også beboere og brukere selv, og deres pårørende, er kilder. Regjeringen bes rapportere til Stortinget på egnet måte.»

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 72 mot 16 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.06.38)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:24 S (2019–2020) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Torleif Hamre om å sikre grunnleggende menneskerettigheter og kompetansebaserte bemanningsnormer i eldreomsorgen og andre kommunale omsorgstilbud – vedtas ikke.

Presidenten: Det votes alternativt mellom innstillingen og forslagene nr. 1 og 2, fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utrede og komme tilbake til Stortinget med et forslag om nødvendige kompetansehevende tiltak for ansatte og ledere i eldreomsorgen, som kan forebygge og redusere vold og overgrep mot eldre og ansatte i eldreomsorgen.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det er tilstrekkelig kapasitet i relevant fagskoleutdanning og tilbud om etter- og videreutdanning i geriatri for helsefagarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og portører.»

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til forslagene.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslagene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble innstillingen bifalt med 44 mot 43 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 12.07.24)

Votering i sak nr. 5, debattert 17. april 2020

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 (Innst. 189 S (2019–2020), jf. Meld. St. 9 (2019–2020))

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

- forslag nr. 1, fra Kjersti Toppe på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti

- forslagene nr. 2–4, fra Åshild Bruun-Gundersen på vegne av Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti
 - forslagene nr. 5 og 6, fra Åshild Bruun-Gundersen på vegne av Fremskrittspartiet
 - forslag nr. 7, fra Kjersti Toppe på vegne av Senterpartiet
 - forslag nr. 8, fra Kjersti Toppe på vegne av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- Det voteres over forslagene nr. 5 og 6, fra Fremskrittspartiet.

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om å avvikle foretaksbot som en straffereaksjon overfor helseforetak og foreslå annen egnet straffereaksjon overfor ledelse som systematisk og grovt har forsømt sitt ledelsesansvar.»

Forslag nr. 6 lyder:

«Stortinget ber regjeringen utforme en mal for bruker- og pårørendeundesøkelse i omsorgstjenestene, samt sørge for at alle kommunene gjennomfører denne årlig.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 73 mot 15 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.08.18)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 2–4, fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen innføre en fast praksis for at leger og annet helsepersonell tas ut av operativ tjeneste mens de er under gransking/etterforskning for systematisk, grov og alvorlig feilbehandling av pasienter.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle saker hvor Helsetilsynet konkluderer med at helsepersonell har brutt loven og utført systematiske, alvorlige og grovt uaktsomme feilbehandlinger, blir fulgt opp av påtalemyndighetene.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om å utvide strafferammen for helsepersonell som blir dømt for grov og systematisk feilbehandling av pasienter, med sikte på en økning fra dagens maksstraff på tre måneder.»

Miljøpartiet De Grønne har varslet støtte til forslagene.

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 67 mot 21 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 12.08.42)

Presidenten: Det voteres over forslag nr. 7, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber regjeringen sikre økt selvforsyning av smittevernutstyr for helsetjenesten gjennom nasjonal produksjon og beredskapslagring, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

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

V o t e r i n g :

Forslaget fra Senterpartiet ble med 45 mot 43 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.09.17)

Presidenten: Det voteres over forslagene nr. 1 og 8, fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringen fremme en ny, overordnet stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, med konkrete mål og tiltak som følges opp med årlige statusmeldinger.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber regjeringen legge fram en nasjonal handlingsplan for smittevernet utenfor helseinstitusjonene.»

Miljøpartiet De Grønne og Rødt har varslet støtte til forslagene.

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 45 mot 43 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.09.42)

Komiteen hadde innstilt til Stortinget å gjøre følgende

v e d t a k :

Meld. St. 9 (2019–2020) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2018 – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling ble enstemmig bifalt.

Votering i sakene nr. 6 og 7

Presidenten: Sakene nr. 6 og 7 er andre gangs behandling av lover og gjelder lovvedtakene 77 og 78.

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

Sak nr. 8 [12:10:18]

Referat

1. (249) Statsministerens kontor melder at
 1. lov om endringer i sosialtjenesteloven, folketrygdloven og trygderettsloven (oppfølging av anmodningsvedtak og andre endringer som følge av covid-19 mv.)
- er sanksjonert under 15. april 2020
2. (250) Endring i de faste komiteers sammensetning (Innberetning 10 (2019–2020))
3. (251) Meddelelse fra statsministerens kontor, datert 14. april 2020, om forskrifter fastsatt i medhold av smittevernloven § 7-12, jf. beredskapsloven § 3
Enst.: Nr. 1–3 vedlegges protokollen.
4. (252) Endringer i midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven) (Prop. 76 L (2019–2020))
Enst.: Sendes den særskilte komité for å behandle spesielle saker vedrørende koronakrisen.
5. (253) Nye mål i kulturmiljøpolitikken. Engasjement, bærekraft og mangfold (Meld. St. 16 (2019–2020))
Enst.: Sendes familie- og kulturkomiteen.
6. (254) Endringer i lakse- og innlandsfiskloven og straffeprosessloven (strafferamme og administrative reaksjoner) (Prop. 79 L (2019–2020))
7. (255) Endringer i produktkontrollloven (reaksjonshjemler) (Prop. 82 L (2019–2020))
Enst.: Nr. 6 og 7 sendes energi- og miljøkomiteen.
8. (256) Rapport til Stortinget fra Norges Banks representantskap for 2019 (Dokument 9 (2019–2020))
Enst.: Sendes finanskomiteen.
9. (257) Midlertidig lov om rekonstruksjon for å avhjelpe økonomiske problemer som følge av utbrudd av covid-19 (rekonstruksjonsloven) (Prop. 75 L (2019–2020))
Enst.: Sendes justiskomiteen.
10. (258) Endringer i internkontrollregler i sektorlov-givningen (tilpasning til ny kommunelov) (Prop. 81 L (2019–2020))
Enst.: Sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.
11. (259) Lov om infrastruktur for alternativt drivstoff og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 23/2018 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv (EU) 2014/94 (Prop. 77 LS (2019–2020))
Enst.: Sendes transport- og kommunikasjonskomiteen, unntatt S-delen, som sendes transport- og kommunikasjonskomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenriks- og forsvarskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
12. (260) Også vi når det blir krevet – Veteraner i vår tid (Meld. St. 15 (2019–2020))
13. (261) Vilje til beredskap – evne til forsvar. Langtidsplan for forsvarsektoren (Prop. 62 S (2019–2020))
14. (262) Investeringar i Forsvaret (Prop. 78 S (2019–2020))
15. (263) Midlertidig lov om forvaltning av personell i Forsvaret for å avhjelpe konsekvenser av covid-19 (Prop. 83 L (2019–2020))
Enst.: Nr. 12–15 sendes utenriks- og forsvarskomiteen.

Presidenten: Dermed er sakene på dagens kart ferdigbehandlet.

Forlanger noen ordet før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 12.12.

