

Møte mandag den 30. mai kl. 10President: **I n g e L ø n n i n g**

D a g s o r d e n (nr. 85):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om legemiddelpolitikken (Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk) (Innst. S. nr. 197 (2004-2005), jf. St.meld. nr. 18 (2004-2005))
2. Interpellasjon fra representanten Berit Brørby til helse- og omsorgsministeren:

«I mange tilfeller er møtet med Helse-Norge tidkrevende og dyrt for pasientene. For pasienter med øre- og balansesykdommen Ménière tar det lang tid å få legehjelp. Prisene for Ménière-medisin er vesentlig høyere enn i andre europeiske land, og påfyll av medisin krever proforma legekonsultasjoner og gjentatte søknadsrunder mot offentlige instanser. Samtidig mangler Ménière-rammede et fast, offentlig tilbud om opplæring og rehabilitering. Pasientene opplever at de møter et tungrodd byråkrati, at de ikke får et godt nok helsetilbud og dermed får redusert livskvalitet. Dette er lite pasientvennlig.

Vil statsråden iverksette tiltak som kan bedre situasjonen og gjøre hverdagen enklere for pasienter med øre- og balansesykdommen Ménière?»
3. Referat

Presidenten: Representanten Anita Apelthun *Sæle*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Den innkalte vararepresentant for Aust-Agder fylke, Lilly Tønnevold *Stakkeland*, har tatt sete.

Statsråd Ansgar Gabrielsen overbrakte 4 kgl. proposisjoner (se under Referat).

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om legemiddelpolitikken (Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk) (Innst. S. nr. 197 (2004-2005), jf. St.meld. nr. 18 (2004-2005))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 15 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 15 minutter, Høyre 15 minutter, Framskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti 10 minutter hver, Senterpartiet, Venstre og Kystpartiet 5 minutter hver.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

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

– Det anses vedtatt.

Asmund Kristoffersen (A) [10:04:32] (ordfører for saken): Legemiddelområdet er preget av intersemotsetninger. Mange forslag om nye tiltak har kommet enkeltvis og delvis dårlig koordinert, noe som har gjort arbeidet med disse sakene uoversiktlig og vanskelig i Stortinget. Derfor bad Stortinget i 2004 om en bred og helhetlig gjennomgang av området.

Hovedtemaene er:

- forskrivning og bruk av legemidler
- apotekene og legemiddelforsyningen
- legemiddelkostnadene
- refusjonsordningene

Denne stortingsmeldingen gir gode svar på mye av dette, men noen av føringene fra departementets side kan oppfattes som noe uklare og for lite operative, og i noen tilfeller uriktige.

Selv om komiteen på noen områder er delt, må jeg som saksordfører si meg tilfreds med at det på vesentlige områder er mye enstemmighet og klare flertall. Jeg er meget godt fornøyd med den konstruktive vilje som alle partier har vist for å få til et mest mulig helhetlig og godt resultat.

Legemiddelområdet har stor allmenn interesse, i tillegg til at berørte parter som legemiddelindustri, andre legemidelleverandører, helseprofesjonsgrupper, apoteknæringen, pasientorganisasjoner, helseprofesjonenes organisasjoner, offentlige myndighetsaktører m.fl. selv sagt har stor interesse av de beslutninger som skal tas. Dette har også preget mengden av innspill. Dette er også naturlig og ønskelig når en tar i betraktning at det omsettes legemidler i Norge for innpå 16 milliarder kr, tilsvarende en omsetning på ca. 3 400 kr pr. innbygger. Det offentlige finansierer ca. 70 pst. av dette, og resten finansieres gjennom ulike former for egenbetaling.

Jeg har i min håndtering av saken selv lagt til grunn en betenkelig høy andel av feilmedisinering. Det sies i meldingen på s. 25:

«Studier viser at feilmedisinering i større eller mindre grad oppstår i om lag 20 prosent av alle behandlingsforløp hvor legemidler benyttes.»

Dette er alvorlig. Feilene knytter seg til uriktige vurderinger fra legens side, feil ved diagnosen, feil ved valg av legemiddel, feil valg av dosestørrelse, valg av for mange legemidler samtidig, manglende nedtrapping av legemidler, misforståelse mellom lege, pasient og pleiepersonale, uriktig bruk ved at pasienten glemmer å ta forskrevet legemiddel, pasientens misforståelse av bruksanvisning og at pasienten ikke følger anbefalingene.

Jeg har i de forslag og de merknader som er lagt fram, prøvd å tydeliggjøre dette og foreslått tiltak. Detaljer om denne feilbruken kan en finne om en går ned til enkeltpasientgrupper. Ja, det finnes sykdomsgrupper hvor det gjøres feil i ca. 50 pst. av tilfellene. Derfor er det grunnlag for å hevde, slik det gjøres i meldingen, at 5–10 pst. av alle sykehusinnleggelse på indremedisinske avdelinger kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk. I kjølvannet av dette følger mange dødsfall som kunne vært unngått. Det vises i meldingen også til en svensk undersøkelse, der det sies at feilaktig og ineffektiv bruk av legemidler koster det svenske samfunnet opp mot 10 milliarder kr. Overført

til norske forhold skulle dette tilsvarende bli ca. 5 milliarder kr. I Norge har vi ingen ordninger som er bedre enn de svenske for å ivareta riktig legemiddelbruk, sagt litt firkantet.

Alt dette er alvorlig og krever tiltak. Jeg vil ut fra dette trekke fram noen av hovedgrepene:

På et av de viktige hovedområdene har komiteen delt seg, der Arbeiderpartiet sammen med SV og Senterpartiet utgjør mindretallet, og det er på apotekområdet. Det synes jeg er beklagelig. Men jeg vil appellere til statsråden om å ta seg god tid til vurdering og planlegging, slik at vi ikke går inn i en uheldig og ukontrollert utvikling der konsekvensene kan bli andre enn det som var tilsiktet.

Det er grunnleggende at apotekene videreføres som faghandel, for dermed å kunne opprettholde folks tillit til apotekene. Apotekene skal, slik det også sies i meldingen, være en arena for oppfølging av legemiddelbruk. Det er en viktig oppgave, og apotekene må, både økonomisk og faglig, settes i stand til å ta seg av slike oppgaver.

En samlet komite har sagt at befolkningens tilgang til apotek er et grunnleggende helsegode, og den sier også at en må gjøre svært mye for å opprettholde apotekstrukturen over hele landet. Det er grunn til å minne om at de mange nye apotek som har kommet til, er i byer og andre tettbygde strøk. Bare et fåtall apotek har kommet i kommuner som ikke har apotek fra før, og av slike har vi ca. 200.

Det ovennevnte mindretall har bl.a. derfor gått mot Regjeringens forslag om oppmyking av apoteklovens krav om at apotekene skal være fysisk tilgjengelige. Det bør de fortsatt være. Vi ønsker heller ikke å svekke apotekene ved at helseforetakene skal kunne kjøpe direkte fra grossist andre legemidler enn dem det i dag er åpning for.

Jeg mener at fri forsendelse, postordre og internettsalg reiser grunnleggende spørsmål ved sikkerheten ved lang transportvei, veiledning fra annen kilde enn nærmeste lokale farmasøyt og sikker formidling og behandling av resept av apotek som verken kjenner forskriveren eller pasienten fra før. En eventuell forandring av dagens apoteklov krever grundig utredning av konsekvensene dette vil ha bl.a. for distriktsapotekene, men også for andre apotek som ikke kan bli vinnere i et system der alle grenser oppheves.

Når det gjelder internetthandel, kan ikke slike ordninger fungere før elektroniske resepter har fått omfattende omfang. Jeg ser at vi ikke kan være uforberedt på eventuell bruk av internettdordninger, men først må elektroniske resepter bli en realitet, og så bør en gjennom prøveprosjekter avdekke hvilke tiltak som må iverksettes, hvilke begrensninger en må legge inn, og hvilke sikkerhetsmessige utfordringer som er der, av hensyn til forskriveren, utleveringsstedet, pasienten som mottaker og krav til transport over lange avstander, pluss krav til veiledning og informasjon. Jeg og mindretallet mener det er åpenbart at postordre og internettsalg ikke kan igangsettes nå.

Riktig legemiddelbruk, som er av vital betydning både for pasientenes helse og samfunnsøkonomisk, betinger bedring av informasjonen om legemidler. Det betyr at det er behov for informasjon om legemidler fra fagmiljø som

er uavhengige av både legemiddelprodusentinteresser og myndigheter. Den offentlige informasjonen skal hvile på tre bein: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, Statens legemiddelverk og Sosial- og helsedirektoratet. Det er svært viktig at arbeidsdelingen mellom disse er klar, uten kompetansestrid. Jeg er tilfreds med at helse- og omsorgsministeren i et brev til meg av 3. mai 2005 klart presiserer at Nasjonalt kunnskapssenter, selv om det er et forvaltningsorgan underlagt Sosial- og helsedirektoratet, skal være helt uavhengig i faglige spørsmål og ikke underlagt noen føringer i faglige spørsmål fra myndighetenes side.

En samlet komite understreker større målrettet innsats mot de pasienter som har størst behov for å bedre uheldig og feil legemiddelbruk. Derfor vil vi i dag, som ett av flere tiltak, vedta mer bruk av multidosepakninger enn hva som er tilfellet, bl.a. ved å sikre statlig finansiering i forbindelse med dette tiltaket.

Et område som knapt nok er berørt i meldingen, er den alvorlige feilbruken av legemidler hos barn. Heldigvis ble det en samlet komite som sluttet opp om et forslag om å heve kompetansen på legemiddelbehandling av barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk. I en fagartikkel i Tidsskrift for Den norske lægeförening nr. 11/2005 vises det til at halvparten av all legemiddelbehandling av barn i sykehus skjer uten at legemidler har vært testet eller godkjent for bruk hos barn. Og videre sies det i samme artikkel at i primærhelsetjenesten er opptil 35 pst. av legemidlene som forskrives for barn, uten formell godkjenning. Dette er langt fra tilfredsstillende.

Komiteen har vært opptatt av tiltak for bedre forskrivning og sikrere legemiddelbruk, ikke minst i primærhelsetjenesten. Selv om det ikke blir flertall for forslaget fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV om å utrede spørsmålet om legemiddelkomiteer i allmennpraksis med sikte på å få i gang prøveordninger, vil jeg forvente at departementet likevel overveier dette tiltaket og kommer tilbake til Stortinget med konstruktive forslag. Erfaringer hvor dette er prøvd på frivillig basis, er gode, og behovet er skrikende. Feilbruken i kommunehelsetjenesten er meget bekymringsfull. Jeg viser til det jeg har sagt om legemidler for barn som et eksempel, og jeg kunne videre eksemplifisert feilbruken av legemidler hos eldre.

Jeg vil også nevne et forhold som ikke er trukket inn i meldingen, og det er det fagmiljøet vi har i klinisk farmakologi, som har enheter i alle landets helseregioner. Disse er både produsent- og myndighetsuavhengig. Det må være riktig å bygge ut legemiddelinformasjonsvirksomheten i helseregionene basert på et samarbeid mellom de eksisterende regionale legemiddelinformasjonsentrene, RELIS, og de kliniske farmakologiske enhetene.

Dette faller også sammen med at en samlet komite ber om at en utreder nærmere organisasjonsmodellen for de fem RELIS med bakgrunn i mest mulig myndighetsuavhengig legemiddelinformasjon.

Jeg vil også nevne den betydning som Norsk legemiddelhandbøk har, som den mest omfattende legemiddelinformasjon rettet mot allmennheten som utgis i landet vårt.

Det er derfor viktig at den videreføres med statlig fullfinansiering og som et faglig uavhengig tiltak.

Jeg vil understreke betydningen av at vi nå vedtar at Regjeringen skal legge fram forslag om forskrivning av virkestoff, såkalt generisk forskrivning. Dette skal ikke lenger være en frivillig ordning, men et pålegg. Jeg viser her til den bekymring som departementet gir uttrykk for i meldingen, over at det ikke er gjennomført mer generisk forskrivning. Dette kan føre til riktigere legemiddelbruk og også lavere legemiddelkostnader, samtidig som en tar i bruk og utnytter farmasøytens kunnskaper og erfaringsbakgrunn. Det er også et poeng å bidra til å løse opp de bånd som kan være mellom legemiddelindustrien og mange leger ved at legen forskriver et bestemt, navngitt legemiddel når dette ikke nødvendigvis er til pasientens beste, eller når et annet og billigere legemiddel kunne velges.

Når det gjelder refusjonsordningene, gir komiteen i all hovedsak støtte til hovedlinjene i meldingen, med noen presiseringer og én klar justering. Det er viktig at refusjonssystemet sikrer folk en mest mulig lik og enkel tilgang til legemidler uavhengig av den enkeltes betalings-evne. Ordningen må være forståelig, akseptabel og forutsigbar for alle parter.

Når det gjelder opptak av nye legemidler i blåreseptordningen, er komiteen enig med departementet i å fjerne bestemmelsen om automatisk avslag for nye legemidler bare fordi de er nye og ikke har et tilhørende refusjonspunkt i blåreseptordningen. Men uten å heve den såkalte bagatellgrensen på 5 mill. kr har denne nye linjen mindre verdi. Derfor er komiteen samstemt i at denne grensen må heves vesentlig.

Det er støtte til ordningen med foretrukket legemiddel. En hovedbegrunnelse er at den kan bidra til å nå målet om riktigere og billigere legemiddelbruk. Samtidig er det vesentlig at ordningen av hensyn til pasientene fungerer fleksibelt ut fra legenes beste medisinske skjønn. Pasientene må sikres den beste behandling, og departementets arbeid med retningslinjene må skje i nær dialog med de kliniske fagmiljøene. Dette tror jeg er meget viktig. Vi har fått mange innspill som tyder på at det er for mye strid om faglige forhold som burde være avklart før en sak kommer til Stortinget.

Komiteen er tilfreds med at individuell refusjon skal være et sikkerhetsnett for mindre pasientgrupper og ikke noe bærende element i refusjonspolitikken. Vi har gjennom de siste årene sett en gradvis økning av denne ordningen. Dette skal nå reverseres, og det mener vi er riktig.

Jeg synes også det er gledelig at komiteen har samlet seg om å få til en ordning med midlertidig refusjon innenfor blåreseptordningen, bl.a. for å sikre at gode legemidler raskere kan tas i bruk til pasientenes beste.

Jeg vil ta opp de forslagene som Arbeiderpartiet er medforslagsstiller til.

Presidenten: Representanten Asmund Kristoffersen har tatt opp de forslagene han refererte til.

Bent Høie (H) [10:18:57]: Legemidmeldingen har fått tittelen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk»,

kanskje litt inspirert av ministerens forrige ansvarsområde, skipsfarten. Men meldingen kunne også hatt overskriften «Riktig pille i riktig munn til rett tid».

I Norge omsettes det for totalt 16 milliarder kr i legemidler årlig, og legemidler er helt vesentlig for å gi folk en bedre helse og bedre livskvalitet i en sykdomssituasjon.

Når det er behov for en slik gjennomgang av legemiddelpolitikken som denne meldingen legger opp til, er det i erkjennelsen av at bruken av legemidler ikke er smerte-, risiko- eller kostnadsfritt. I dette spenningsfeltet mellom den gode hensikt, som er formålet med legemiddelbruken, på den ene siden og risiko, feilmedisinering, sterke kommersielle interesser og betydelige samfunnskostnader på den andre siden er det vi har behov for en ny legemiddelpolitikk.

I dette spenningsfeltet er det mange interesser, der alle i utgangspunktet har gode hensikter, men det er vår oppgave å føre en politikk som ivaretar pasientens interesser. For eksempel kan det i utgangspunktet virke som om det er i pasientens interesse å få tilgang raskest mulig til den nyeste og dyreste medisinen. Men slik er det jo ikke. Hvis den nyeste og dyreste medisinen dermed kommer på bekostning av en bedre behandling, f.eks. i sykehus, eller at pasienten hadde hatt like god nytte av en rimeligere medisin, strider en slik ensidig målsetting mot pasientens interesser. Gis denne medisinen i kombinasjon med andre medisiner uten at dette er avstemt, kan det være direkte skadelig for pasienten.

Det enkleste er ofte en pille, men det er ikke alltid det beste. Derfor er det helt avgjørende at meldingen gjennomgående fokuserer på riktig legemiddelbruk. Hvis det får være det bærende prinsippet i politikken, løser de andre utfordringene seg selv. Dette er også hovedinnholdet i meldingen. Der foreslås det en rekke tiltak som har som formål å sikre akkurat dette: riktig legemiddelbruk. Denne holdningen er også forsterket gjennom komiteens behandling.

Ny teknologi gjør også dette lettere. Det er jo den enkelte lege som i all hovedsak avgjør valg av legemidler. Legens kompetanse og informasjon om legemidlet er derfor helt avgjørende.

Jeg er glad for at Stortinget i innstillingen gir sin tilslutning til ordningen med foretrukket legemiddel, og til at refusjonsvilkårene skal bli tydeligere. Kombinert med elektronisk reseptregister vil dette være en hensiktsmessig måte å sikre en riktigere legemiddelbruk for legemidler med patent på. For å sikre at en anvender de ressursene en har i helsetesen, til beste for pasienten, bør det ikke være grunn til å bruke det dyreste legemidlet hvis et billigere gir samme resultat. Legen skal selvfølgelig kunne skrive ut andre legemidler hvis medisinske grunner taler for det.

Komiteens flertall vil også at Regjeringen utreder hvordan eksisterende kollegagrupper kan brukes for å sikre en riktigere legemiddelbruk. Dette er grupper som eksisterer i dag, og som det ikke er knyttet mye byråkrati til når det gjelder å få en diskusjon om bedre legemiddelbruk. Jeg er derfor spent på denne utredningen, og regner med at departementet vil ta Legeforeningen med i dette arbeidet.

Komiteens flertall går også inn for generisk forskrivning av legemidler, og ber Regjeringen legge fram forslag om dette til Stortinget. Når industrien bruker store ressurser på å markedsføre et legemiddel som har patent, er det ikke bare for å gi god informasjon. Det er også for at både lege og pasient skal huske produktnavnet, slik at dette står sterkere når det møter konkurranse.

En rekke av de virkemidlene som Stortinget tidligere har sluttet seg til, og som vi slutter oss til i forbindelse med denne meldingen, innebærer at pasient og lege i større grad vil måtte forholde seg til forskjellige produkter, men samme virkestoff. Det er dermed grunn til å tro at industrien vil svare på dette med i enda sterkere grad å markedsføre produktnavnet. Å innføre generisk forskrivning fra første dag vil derfor være en effektiv motvekt mot dette.

Meldingen lanserer også en rekke tiltak for å forenkle godkjenningsordningene og dermed redusere Stortingets rolle i forhold til det enkelte legemiddel. Flertallet forsterker dette ved å foreslå at en skal ha en vesentlig økning i bagatellgrensen. Men vi kan aldri organisere oss vekk fra Stortingets rolle når det gjelder å prioritere mellom helse og andre samfunnsoppgaver, og innenfor helse mellom de ulike sektorene. Ingen kan gis automatisk forkjørsrett, da vil pasienten tape på sikt. Skal Stortinget i fremtiden unngå at det blir satt spørsmålsteget ved måten man håndterer disse rollene på, er det Stortinget selv som må sikre at vi håndterer disse sakene slik at det blir en prioriteringssak basert på faglig informasjon fra departementet, og ikke tilfeldige utslag av lobbyvirksomhet.

Avslutningsvis vil jeg rose saksordføreren og de andre i komiteen for at vi her har funnet fram til enighet i de aller vesentligste sakene.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:24:11]: Innledningsvis vil jeg be om at man retter opp noe som må være en inkurie i innstillingen. På side 17 under kapittel 13 om forskrivning av virkestoff heter det i komiteens merknader i første spalte:

«Komiteen mener at ettersom det neppe kan reises faglige innvendinger siden farmasøytene har nødvendig kompetanse, så bør en allerede nå gi pålegg om generisk forskrivning.»

Dette står altså som en komitemerknad. Det er helt åpenbart at Fremskrittspartiet ikke skal være med her, med tanke på den merknaden som vi har i andre spalte, som nettopp går mot å innføre generisk forskrivning allerede nå. Jeg vil be om at det blir rettet opp.

Saksordføreren har gitt en veldig god og grei redegjørelse for det som går på meldingen og behandlingen av den. Jeg deler saksordføreren framstilling av at det i all hovedsak faktisk er et flertall og en samlet komite som står bak de viktigste punktene i innstillingen. Så er det helt åpenbart at det er en del andre punkt som etter Fremskrittspartiets mening er mangelfulle, og som heller ikke har blitt fanget opp.

I forbindelse med Innst. O. nr. 29 for 2003-2004, der det ble fremmet forslag om en bred og helhetlig gjennomgang av legemiddelområdet, satte man nettopp fokus på at

vi i en årrekke har hatt større og mindre endringer som har vært veldig splittet. Plutselig har det kommet noen forandringer i én proposisjon, så har det kommet endringer i en samleproposisjon om folketrygden, og så har det kommet forandringer i statsbudsjettet. Det har vært foretatt veldig mange forskjellige typer endringer på legemiddelområdet gjennom tidene, uten at man har satt seg ned og tatt en helhetlig og bred gjennomgang av dette feltet. I den forbindelse vil jeg faktisk gi ros til Regjeringen for at man nå har fått det til. Men det er åpenbart at dette burde vært gjort tidligere. Man har ikke klart å få flertall i forbindelse med de tidligere proposisjonene der man riktignok har fremmet disse forslagene. Men heldigvis har vi nå fått en sak, og jeg tror vi kan få mye godt ut av denne saken.

Når man ser på denne gjennomgangen, og også tar med seg endringene i apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001, er det helt åpenbart at det som har å gjøre med legemiddelområdet og forholdet mellom det offentlige, pasient og lege, har vært i rask utvikling og stor endring i forhold til det som var gjengs tidligere. Og det har vært helt nødvendig å få en mer oppdatert lovgivning også innenfor legemiddelfeltet.

Det har tidligere vært sagt at det er en god situasjonsbeskrivelse i meldingen når det gjelder legemiddelområdet. Og det er det. Det er en veldig god situasjonsbeskrivelse, både knyttet til mangelfull informasjon, til måten vi har drevet legemiddelpolitikk på, og ikke minst til forholdet mellom forskriver og pasient. Derfor har det vært helt nødvendig å ha denne gjennomgangen.

Jeg ser at det er en del punkt der det er et flertall på den ene siden og et mindretall på den andre. Jeg vil nå ta for meg en del av de punktene der Fremskrittspartiet er med enten i en flertallsmerknad eller i en mindretallsmerknad.

Det ene punktet går på et forslag fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet om en refusjonsordning for cellegiftbehandling i sykehus, basert på at utgiftene dekkes av Rikstrygdeverket. Vi har sett en del situasjoner der pasienter faktisk har hatt problemer med å få de beste medisinene for sin sykdom fordi finansieringsordningene har vært for dårlige. Nå er det heldigvis en samlet komite som påpeker problemstillingene. Men flertallet, som består av Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, vil se på dette videre, utrede og vurdere, men de kommer ikke med konkrete løsningsforslag slik som Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet gjør. Dette er trist, for her kunne vi faktisk klart å få løst en sak. Selv om man skriver at man bør gjennomgå ISF-ordningen for å prøve å finne en løsning, frykter i hvert fall jeg at denne saken fort kan sendes ut på en ny vending i apparatet. Det vil komme mange utredninger, være mye fram og tilbake, og pasientene må vente og vente og vente. Her burde faktisk Stortinget satt ned foten og sørget for å få til noe allerede i dag.

En annen ting det vises til, er astmaskolene. Her er det et veldig viktig signal som blir gitt. Astmaskolene skal ikke bare videreføres, de må også videreutvikles. Det er helt åpenbart at man her må ha et samspill mellom astmaskolene og helseforetakene, og det sier man i innstillingen.

gen. Det har for mange ganger vært en problemstilling hvorvidt astmaskolene vil kunne få finansiering i framtiden, slik at de kan fortsette. Nå føler jeg i hvert fall at man setter ned foten og sier at dette er gode tiltak, så dette skal fortsette – og ikke bare som i dag, men de skal videreutvikles. Det er utrolig viktig for denne pasientgruppen. Men vi må ikke bare begrense oss til å si at dette skal gjelde astmaskolene. Det som gjelder likemannsarbeid i utgangspunktet, er noe som er meget kostnadseffektivt. Det er personer som kjenner sin egen sykdom, som har høy kompetanse på sin egen sykdom. Da er det helt åpenbart at vi må ta dem med på råd når vi skal utforme politikken innenfor de enkelte fagfeltene.

En annen problemstilling er selvfølgelig bruk av multidosepakninger av legemidler. Der har vi i Norge vært altfor dårlige! Heldigvis gis det nå klare signaler om at dette må oppgraderes på en slik måte at det tas i bruk i langt større grad enn det som er tilfellet i dag. Dette tror jeg bl.a. vil kunne medføre riktigere legemiddelbruk, særlig for personer som er avhengige av flere typer legemidler på samme dag, til samme tid eller til forskjellige klokkeslett, slik at vi verken får overmedisinering eller feilmedisinering. Vi vet at en relativt stor andel av utgiftene i helsevesenet, særlig ved sykehusbehandling, faktisk er knyttet til feilmedisinering. Feilmedisinering er et alvorlig problem i Norge.

Legemiddelinformasjon og lesbarhet er også noe som er blitt viet stor oppmerksomhet i innstillingen. Det er veldig viktig, og jeg støtter det fullt ut. Også her viser vi til viktigheten av samspillet mellom alle aktørene ute i dette enorme feltet, både legemiddelprodusent, lege, pasientorganisasjoner, apoteknæring, og av at man faktisk kommer sammen og finner fram til løsninger for hvordan denne informasjonen skal utarbeides og utvikles, og hvordan man skal formidle denne informasjonen. Det er utrolig viktig, og jeg er glad for at en enstemmig komite bl.a. antyder muligheten for en egen konferanse om nettopp dette. Veldig mange høringsinstanser har påpekt akkurat denne problemstillingen.

Noe av det aller viktigste når det gjelder pasientbehandling, er selvfølgelig forholdet mellom lege og pasient. Her har vi store utfordringer. En ting er det som representanten Høie var inne på, at selvfølgelig har industrien som målsetting å selge produktene sine – det skulle bare mangle – på samme måte som alle andre som lager et produkt. Det som er viktig, er at vi som offentlig myndighet ikke ser oss blind på at det er det offentliges utgiftsreduksjon som er det altoverskyggende. Da skyver vi det andre bort fra oss.

Jeg frykter som sagt at vi allerede på dette tidspunkt skal si at det skal være tvungen generisk forskrivning. Vi har ikke gjort nok grunnarbeid til å kunne si at dette skal gjøres permanent. Det tror jeg vi er nødt til å ta innover oss. På alle andre områder det snakkes om i denne salen – det kan være den minste lille endring og uansett regjering – heter det: Ja, men dette må vi utrede. Dette må vi ha på høring. Dette må vi se nærmere på. Vi kan ikke bare stemme for et slikt forslag nå uten at vi har gjort grunnarbeidet. På dette svære området sitter man altså og ser i meldin-

gen, og så tar man beslutningen: Her skal det være tvungen generisk forskrivning. Det er uforsvarlig. Jeg håper statsråden bruker god tid på dette før han kommer tilbake med eventuelle lovendringer og forskriftshjemler på dette området, slik at man er klar over hva det innebærer.

Jeg ser tiden går fra meg. Dette er et stort område. Vi har en veldig stor oppgave foran oss med å implementere det vi nå vedtar. Det vi må få til, er raskt å få på plass en heving av bagatellgrensen. For det henger ikke i hop når man i denne sal kritiserer at opptak av enkeltlegemidler i blåreseptordningen kommer opp til behandling her i Stortinget, samtidig som man velger å opprettholde bagatellgrensen på 5 mill. kr.

Med dette vil jeg også ta opp de forslagene som Fremskrittspartiet er alene om eller sammen med andre om i innstillingen.

Presidenten: Representanten Harald T. Nesvik har tatt opp de forslag han viste til.

Olav Gunnar Ballo (SV) [10:35:07]: Saksordføreren, Asmund Kristoffersen, har på en god og saklig måte gjennomgått flertallets syn knyttet til legemiddelmeldingen. SV står i det vesentlige også sammen med Arbeiderpartiet når det gjelder meldingen, så jeg skal ikke bruke mye tid på å gjenta det Kristoffersen sa, men komme inn på en del aspekter knyttet til legemiddelpolitikken.

NRK Dagsnytt meldte i morges at ca. 1 000 leger har fått betaling fra legemiddelindustrien for å drive salg fremmende virksomhet knyttet til legemidler. Blant dem finner vi svært mange sykehusleger. Forsvaret for at det er som det bør være, kom fra en tidligere politisk rådgiver i Helsedepartementet. En av de viktigste rekrutteringsenhetene til høyere stillinger i legemiddelindustrien er Statens legemiddelverk. Det er et problem. Det er et problem fordi det bidrar til et samrøre mellom offentlig og privat virksomhet der offentlige myndigheter skulle danne en motvekt til legemiddelindustriens ganske ensidige informasjon. Det er problem fordi det bidrar til å tappe offentlige myndigheter for helt nødvendig kompetanse som skulle vært brukt for å motvirke konsekvensene av uheldig legemiddelbruk.

Informasjon om legemidler foregår nesten i sin helhet i regi av legemiddelindustrien med det offentlige helsevesenet som relativt passiv tilskuer – eller sågar som en svært aktiv medløper på industriens premisser. Vi ser nå tendenser til at flere legemiddelleverandører finner mottrekk mot effektiv generisk konkurranse. Man risikerer at originalleverandøren har flere legemiddelformer, eksempelvis smeltetablett eller filmdrasjert tablett i tillegg til vanlig tablett. Disse andre legemiddelformene har tilleggspatenter som gjør at de ikke får generisk konkurranse når patentet for den vanlige tablett utløper. Når det er et halvt år igjen til patentutløp, kan leveranser av vanlige tabletter stanses, eller tablettene avregistreres i Norge. Dermed blir legenes forskrivning overført til smeltetabletter eller filmdrasjerte kapsler innen patentet er utløpt, og man unndrar seg generisk konkurranse og lavere priser.

Dersom en slik strategi gjennomføres og lykkes, vil det ha svært store økonomiske konsekvenser.

Som et eksempel kan nevnes et migrenemiddel med innholdsstoffet sumatriptan, som går av patent kommende vinter. Dette legemidlet selger alene for nær 150 mill. kr i Norge hvert eneste år. Med generisk konkurranse og bruk av trinnpriser vil prisen synke til en tredel, og staten vil spare ca. 100 mill. kr. Uten generisk konkurranse vil denne innsparingen ikke kunne gjennomføres.

Et annet legemiddel, som brukes til behandling av sår i magesekken og tolvfingertarmen med innholdsstoffet lansoprazol, mister patentrettigheter ved utgangen av 2005. Nå er det leveranseproblemer for vanlige tabletter av dette legemidlet, mens omsetningen av smeltetabletter er omtrent femdoblet på fire måneder. For sumatriptan ser vi hittil i år en tjuedobling av salget av filmdrasjerte tabletter.

Komiteinnstillingen til legemiddelmeldingen legger stor vekt på effektive tiltak som foretrukket legemiddel og generisk forskrivning. Men det disse eksemplene synliggjør, er at det er helt nødvendig med effektive tiltak for å motvirke at legemiddelindustrien finner kreative veier rundt, for på den måten å påføre staten betydelige merkostnader. Slike mekanismer må man altså finne mottrekk mot, ikke for å hindre befolkningen i å få tilgang til gode legemidler, men nettopp for å sikre befolkningen en best mulig behandling med de midler som Stortinget stiller til rådighet, og slik at midlene brukes på en mest mulig hensiktsmessig måte for å hjelpe flest mulig.

SV har vært opptatt av at legemiddelkomiteer i allmennpraksis vil kunne bidra til å skape en riktigere legemiddelbruk, og vi er derfor, sammen med Arbeiderpartiet og Senterpartiet, medforslagsstiller av et forslag om å utrede bruken av slike komiteer i allmennpraksis. Dessverre får det forslaget ikke flertall.

Vi er ikke imot å utrede hvordan de eksisterende kollegagruppene i regi av Den norske lægeforening kan brukes bedre for å sikre bedre forskrivning og bedre legemiddelbruk, slik flertallet foreslår. Når vårt forslag har falt, vil vi derfor støtte dette forslaget. Det er imidlertid her, som ellers, påtakelig i hvilken grad spørsmålet om riktig legemiddelbruk gjøres til et fagforeningsspørsmål i stedet for til et spørsmål om aktivt offentlig engasjement for riktig legemiddelbruk.

Vi har sett at en rekke legemidler som tidligere har vært reseptbelagt, til dels er fritatt for reseptplikt. Noen ganger kan det være fornuftig, men andre ganger ser vi at det kan gi alvorlige bivirkninger. Vi har sett det med paracetamol, vi har sett det med acetylsalisylsyre, og vi har sett det med en del andre midler. Samtidig vet vi at apotekene besitter en betydelig kompetanse knyttet til farmasøyter som har sin utdanning innenfor legemiddelfeltet, og som i dag dessverre i for stor grad reduseres til en type selgere på andre premisser enn sin egen faglighet. Det hadde vært en unik mulighet til å bruke den faglige kompetansen som farmasøyter besitter, til å ha en type forskrivning i regi av apotek, der farmasøytene kan gi kundene råd og også har en rett til selv å stå for en type reseptforskrivning. Det kan være midler som i dag er unntatt fra

reseptplikt, men som ikke burde være det, eller det kan være midler som ved gjentatt forskrivning gjennom lege strengt tatt ikke hadde behovd å være forskrevet av lege, men der farmasøyten kunne ha stått for det daglige ansvaret. SV støtter en slik omlegging, som vi har sett har vært hensiktsmessig i andre land, og som Norge også burde ha prøvd ut. Det styrker også apoteket som en del av helsevesenet, og vektlegger den faglighet som apotekene er ment å ivareta.

Flertallet, som SV er en del av, har overfor Regjeringen foreslått at det skal igangsettes forskning, samt at internasjonal forskning skal gjennomgås, knyttet til bruken av mineraler og vitaminer i behandlingen av personer med psykiske lidelser. Jeg er jo lege selv, men har registrert med hvilken arroganse fagmiljøene møter alternative tilnærminger til behandling av vanskelig lidelser, og hvor arrogant man også har vært når det gjelder å gå inn på å forske på hvorvidt det kan være realiteter i forhold til effekter som oppnås. Den arrogansen har vi også sett tidligere knyttet til østlig medisin, f.eks. akupunktur, og vi har sett hvordan det gradvis har blitt en del av den vestlige medisin, hvordan man har fått dokumentert effekt ved smertebehandling, og hvordan man etter hvert dermed har nyttiggjort seg det. Vi registrerer at i en del tilfeller importerer pårørende fra utlandet medikamenter eller naturlegemidler, og de må gå en kanossagang for å få midlene tilgjengelig. Noen kan ha brukt midlene i årevis, men må likevel gjennom et byråkrati hver eneste gang for å få tilgang på dem. Dette mener vi i SV at det må gjøres noe med. Man bør lette tilgangen når man ved første gangs forskrivning og etter en tids bruk ser at dette er nyttig, og man bør sikre at folk slipper den ydmykende gangen hver eneste gang. I tillegg bør Norge ta et medansvar for å studere de alternative naturlegemidlenes effekt, for på den måten å kunne gi bedre og legemiddeluavhengig kunnskap om effekten.

SV har i mange år vært opptatt av at det er en uverdigg situasjon som oppstår når pasienter som får forskrevet cellegiftbehandling utenfor sykehus, risikerer å miste tilgangen til den samme typen medikamenter i det øyeblikk de blir dårligere og legges inn på sykehus. Vi mener at dette problemet kunne ha vært løst ved at cellegiftbehandling kan forskrives på blå resept uavhengig av om pasienten behandles poliklinisk utenfor eller i en sykehusavdeling, eller om vedkommende er inneliggende på sykehus. Det som skjer nå, er jo dessverre at sykehusenes økonomi kan skape usikkerhet om hvorvidt man får tilgang til preparatet. Det betyr ikke at SV mener at man i betydelig grad skal liberalisere bruken av cellegift, kanskje med nye preparater som har marginalt forskjellig effekt fra velprøvde medikamenter, og som derfor bør velges i stedet, men vi mener at man må fjerne den uverdige situasjonen der noen risikerer ikke å få en behandling de strengt tatt hadde hatt rett til dersom det ikke var sykehusøkonomien som avgjorde det.

Vi vil oppleve en situasjon der legemidler vil være til debatt i lang tid framover, men det er kanskje noe symptomatisk ved at mens det stadig er omtale av legemidler i media, ser vi at media ikke er til stede under en debatt om

det samme i Stortinget. Kanskje har Stortinget i for liten grad evnet å ta de sentrale grepene som kunne ha påvirket legemiddelpolitikken, slik at avgjørelsene i for stor grad tas utenfor dette huset. Det er i så fall en situasjon som vi bør søke å unngå i framtiden, ved at vi tør å ta modige grep som gjør noe på dette feltet, og som bedrer tilgangen til gode legemidler for pasientene.

Per Steinar Osmundnes (KrF) [10:45:25]: Eg vil begynne med å gi honnør til saksordføraren for konstruktivt og godt arbeid med innstillinga og ei grunding utgreiing i hovudinnlegget.

Lækjemiddel er ein del av kvardagen til mange menneske. I fjor var det 3 millionar nordmenn som nytta seg av reseptar. Totalt blei det ekspedert 25 millionar reseptar i Noreg og omsett lækjemiddel for 16 milliardar kroner. Dette viser at lækjemiddel er avgjerande for livskvaliteten til mange menneske.

Tilgang til sikre og effektive lækjemiddel og låge lækjemiddelprisar er, på lik line med god forskrivingspraksis og oppfølging av pasientar, føresetnader for at lækjemiddel blir brukte rett. Kristeleg Folkeparti stiller seg bak Regjeringas strategi for rett lækjemiddelbruk og den overordna målsetjinga med lækjemiddelpolitikken som kjem fram i St.meld. nr. 18, ei melding som stakar ut ein veldig viktig kurs for lækjemiddelpolitikken i åra framover.

Studium som det er referert til i denne meldinga, viser at feilmedisinering i større eller mindre grad oppstår i heile 20 pst. av alle behandlingar der lækjemiddel blir nytta. Truleg kan så mykje som 5–10 pst. av alle sjukehusinnleggingar på indremedisinske avdelingar førest tilbake til feilaktig lækjemiddelbruk. For pasientane er konsekvensane av feilaktig lækjemiddelbruk manglande effekt, biverknader, dårlegare meistring av sjukdomen, redusert livskvalitet og i ytterste konsekvens auka dødeligheit. Konsekvensar for samfunnet er dårlegare ressursutnytting, unødvendig behandling og auka sjukefråvær. Effektiv og sikker lækjemiddelhandtering føreset tydelege regelverk, fagleg og kompetent helsepersonell og gode rutinar for klargjering, utdeling og oppfølging. Kristeleg Folkeparti er derfor glad for at Regjeringa i denne meldinga verkeleg tek fatt i dette problemet og fremjar fleire gode tiltak på feltet, bl.a. ein handlingsplan som skal fremje sikrare lækjemiddelbruk hjå utvalde pasientgrupper i befolkninga, med fokus på primærhelsetenesta.

Behovet for å styrkje kompetansen til helsepersonell innan lækjemiddelkunnskap har kome fram i fleire samanhengar. Kristeleg Folkeparti er positivt til at universiteta og høgskulane no blir oppfordra til å gjennomgå utdanninga med sikte på ei opplæring som fremjar rett lækjemiddelbruk.

Multidosar mogleggjer ein målretta innsats mot dei som har størst behov, og fjernar i betydeleg grad årsakene til uheldig og feil lækjemiddelbruk. Det er også enklare for pasienten å halde seg til ei pakke om gongen. Utlevering av lækjemiddel blir sikrare, og bruk av generiske lækjemiddel vil bli enklare for pasienten. Dette gir i sin tur færre legebesøk og innleggingar på sjukehus, og dermed

representerer dette eit stort innsparingspotensial. Multidosar blir derfor etter Kristeleg Folkepartis mening nytta i mindre grad enn kva som er føremålstenleg, noko ein samla komite også peikar på.

Alle med interesse i lækjemiddelpolitikken har eit felles mål om å oppnå best mogeleg helse for befolkninga, men fordi det her er forskjellige aktørar med forskjellige roller, fører det også til at oppfatninga av kva som er best mogleg, varierer. Det som blir oppfatta som best for den enkelte pasienten, og det som blir vurdert som best for alle pasientane som gruppe, eller for samfunnet som heilskap, er ikkje alltid det same. Eit avgjerdsgrunnlag som skal framstå som balansert og truverdig for alle partar, må derfor utarbeidast av eit fagleg miljø som blir oppfatta som uavhengig både av industri og av myndigheiter, og som nyt høg fagleg respekt. Eit uavhengig fagleg miljø vil gjennom systematisk oversikt, metodevurdering, metodevarsling og helseøkonomiske vurderingar kunne leggje fram eit kunnskapsgrunnlag som myndigheitene nyttar som grunnlag for sine prioriteringsavgjerder. Samtidig vil dette vere uavhengig informasjon som ein kan gi til legar og pasientar.

Det offentlege informasjonsarbeidet bør organiserast slik at det blir lagt til rette for informasjon tilpassa både myndigheiter, legar og pasientar. Anbefalingar frå myndigheitene om fagleg og økonomisk rett bruk av lækjemiddel er nødvendig for å velje rett mellom lækjemiddel og andre alternativ. Kristeleg Folkeparti stiller seg bak at organiseringa av informasjonsarbeidet hovudsakleg skal kvile på tre bein. Vidare er vi nøgde med at det i denne meldinga blir foreslått kriterium for tilfredsstillande produsent-uavhengig lækjemiddelinformasjon, og støttar desse forslaga.

Kristeleg Folkeparti er oppteke av at tilliten til leganes forskrivingspraksis blir styrkt. St.meld. nr. 18 viser til undersøkingar når det gjeld leganes haldning og praksis. Det blir indikert at sju av ti legar meiner at leganes vidare- og etterutdanning ville bli dårlegare utan bidrag frå lækjemiddelindustrien. Halvparten av legane var einige i at dei lét seg påverke av marknadsføring frå lækjemiddelindustrien. I dag kunne vi høyre på nyheitene at om lag 1 000 legar i fjor deltok med betalte foredrag på seminar som lækjemiddelindustrien arrangerte for legar. I sum er dette med på å svekkje folks generelle tillit til leganes frie forskrivingspraksis. Sett i lys av dette er det av ekstra stor betydning at det blir gjort ein innsats slik at pasientane og myndigheitene kan ha tillit til at leganes forskrivning av lækjemiddel ikkje blir påverka på ein uheldig måte av lobbyverksemd frå industrien. Dette må både industrien og legane rydde opp i. Kristeleg Folkeparti er derfor nøgd med at det i meldinga blir gjort greie for fleire tiltak som er knytte til nettopp denne problemstillinga.

Kristeleg Folkeparti meiner at omsynet til distrikts- og helsepolitiske mål taler for at myndigheitene utformar ein eigen politikk for å sikre føremålstenleg tilgang til lækjemiddel i desse områda. I denne samanhengen er driftsstøtteordninga eit viktig verkemiddel for å sikre ivaretaking av apotek i distrikta. Kristeleg Folkeparti er også nøgd med at det i meldinga blir understreka at dersom andre til-

tak ikkje fører fram, vil departementet påleggje apotek i sentrale strøk å drive utkantapotek.

For å sikre god ressursutnytting er det viktig at samfunnet ikkje betaler ein høgare pris for eit lækjemiddel enn kva som er nødvendig. Det er heller ingen grunn til å betale meir for eitt legemiddel enn for eit anna, så lenge behandlingsresultatet kan ventast å bli det same.

Kristeleg Folkeparti meiner at føretrekt lækjemiddel tydeleggjer legens rolle som dørvakt til blåreseptordninga, og at dette kan bidra til riktig lækjemiddelbruk innanfor viktige terapiområde. Kristeleg Folkeparti meiner at ei ordning med føretrekt lækjemiddel kan vere eigna der fleire lækjemiddel er tilgjengelege i behandlinga av ein sjukdom, og der biverknader og effekt av desse lækjemidla ikkje er vesentleg forskjellige. Ordninga med føretrekt lækjemiddel må brukast både ved oppstart av behandling og ved behandling som allereie er begynt. Når legane kan velje mellom fleire tilsvarande lækjemiddel som er terapeutisk likeverdige, er det rett at det billigaste blir valt, med mindre medisinske grunnar taler mot det. Likevel beheld legane sin frie forskrivingsrett ved at det kan gjerast unntak for pasientar med særlege behov. Kristeleg Folkeparti ber derfor saman med fleirtalet i komiteen Regjeringa om å vurdere kva andre terapiområde som skal underleggast ei tilsvarande ordning.

Kristeleg Folkeparti står fast på prinsippet om folkevald kontroll med opptak av lækjemiddel på blåreseptordninga. Dette sikrar at lækjemiddel ikkje får forkjørsrett framfor andre helsetiltak til pasientars beste. Det er derfor behov for ei grense for kva lækjemiddel som er så kostbare at dei må vurderast opp mot annan bruk i samfunnet.

Det er viktig at bagatellgrensa blir på eit slikt nivå at lækjemiddel ikkje får forkjørsrett framfor andre tilbud i helsesektoren. Kristeleg Folkeparti meiner likevel at denne grensa bør aukast, og at dette kan skje utan at lækjemiddel får forkjørsrett i prioriteringsdebatten.

Ein rett lækjemiddelbruk er viktig for pasientar sin livskvalitet, men også for samfunnet som heilskap. Kristeleg Folkeparti meiner at St.meld. nr. 18 på ein god måte stakar ut kursen for legemiddelpolitikken for framtida, og er glad for at Regjeringa sin politikk får så brei tilslutning i komiteen.

Ola D. Gløtvold (Sp) [10:53:49]: Jeg vil også gi saksordføreren honnør for et utmerket arbeid og for å ha rodd dette i land med stor grad av enighet i komiteen. Samtidig viser jeg til hans innlegg, og har lyst til å kommentere bare en del av de ting som vi har egne merknader på og er med på i sammenheng med mindretallsforslag først og fremst.

Det er viktig at et så stort område som legemiddelbruken blir håndtert på en skikkelig måte, først og fremst av hensyn til pasienten, slik at det blir en riktig legemiddelbruk. Når vi ser hvor stor grad av feilmedisinering det er, er det urovekkende, for å ta forsiktig i. Når Sverige har beregnet at dette koster det svenske samfunnet i hvert fall 10 milliarder kr, er det, som saksordføreren også nevnte, grunn til å tro at vi har i hvert fall om lag halvparten av denne kostnaden i Norge. Det omsettes legemidler for ca.

16 milliarder kr årlig, og da er kanskje 5 milliarder kr i forbindelse med feilmedisinering et meget høyt tall. Men det er først og fremst uakseptabelt ut fra at det skal gis riktige medisiner til dem som er syke. I den sammenheng er det også grunn til å peke på en ting som vi kommer inn på i innstillingen, nemlig forskrivning og bruk av medisiner hos barn, og at en øker forskningen omkring og får en bedre ordning for medisinsk bruk hos barn.

Det som ligger i meldingen, er bl.a. en relativt bred og helhetlig vurdering av blåreseptordningen, herunder prosedyren for saksbehandling og bevilgningsmessige ordninger. Det som vi bad om – i hvert fall et mindretall i sosialkomiteen, Senterpartiet og Fremskrittspartiet – var nok en litt bredere vurdering enn bare dette. Vi er noe skuffet over at det ikke er en litt større og bredere vurdering av hele området, bl.a. hvilke forvaltningsmessige grep som skal gjøres for å kunne sikre pasienten den beste og raskeste tilgangen på det mest effektive og riktige legemidlet. Det er en del nivåer i legemiddelverdenen som kanskje kunne ha vært mer vurdert fra produsent og fram til forbruker.

Når det er sagt, er det bra at vi nå endelig har fått denne gjennomgangen, og at vi får i hvert fall en viss vurdering av legemiddelomsetningen i Norge. Det er grunn til å peke på bl.a. at det omsettes store mengder reseptfrie legemidler utenom apotek fra vel 5 000 utsalgssteder. Da er det viktig at tilsynsmyndighetene også følger nøye med, slik at befolkningens sikkerhet ivaretas i forhold til at ikke noe kan misbrukes i forbindelse med en slik legemiddelomsetning.

En del legemidler koster veldig mye penger, såkalt høykostlegemidler. I den sammenheng har det vært satt fokus på cellegiftbehandling og utgifter ved det i den senere tid. Et mindretall i komiteen, bestående av Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ber om at Regjeringen legger fram et

«forslag til refusjonsordning for cellegiftbehandling basert på at utgiftene til slik behandling dekkes av Rikstrykdeverket uavhengig av hvorvidt pasienten er inneliggende i helseinstitusjon eller ikke».

Det er slik nå at en del pasienter får denne behandlingen når man er i eget hjem, men hvis man blir innlagt på sykehus eller i en kommunal institusjon, kan institusjonen si at dette har vi ikke råd til, og dermed mister pasienten dette behandlingstilbudet. Det er uakseptabelt.

Det er gledelig at hele komiteen sier at departementet må vurdere

«hvordan pasienter som er innlagt i sykehus eller er i kommunal omsorg, kan være sikret de mest effektive og riktige legemidler uten at økonomien i helseforetakene eller kommunene hindrer dette».

Men dette vil ta tid, og i likhet med representanten Nesvik er jeg lei meg for at vi ikke klarte å få til et flertall, slik at i hvert fall cellegiftbehandling var på plass nå i forbindelse med behandlingen av denne meldingen.

I primærhelsetjenesten har fokus vært rettet mot riktig eller uriktig bruk av legemidler, og det er derfor etter vår mening viktig at en kan sikre dette på en bedre måte, bl.a. gjennom legemiddelkomiteer i primærhelsetjenesten. Det

er også her grunn til å poengtere at det bare er et mindretall – Senterpartiet, Arbeiderpartiet og SV – som «ber Regjeringen utrede spørsmålet om legemiddelkomiteer i allmennpraksis med sikte på å komme i gang med prøveordninger» for dette.

Jeg må komme tilbake til noen andre momenter senere.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [10:59:19]: Det var en parlamentarisk leder i dette hus som uttalte i forbindelse med en budsjettinnstilling at Regjeringen la frem et godt budsjett, og etter at komiteen hadde avgitt sin innstilling, uttalte han at det var blitt enda bedre. Jeg vil si at Regjeringen la frem en god stortingsmelding, og den er ikke blitt svekket gjennom komiteehandlingen.

Den totale omsetningen av legemidler i Norge er stor, om lag 16 milliarder kr i 2004, som det har vært nevnt tidligere. De offentlige utgiftene til legemidler har over flere år utgjort mer enn 8 pst. av de samlede offentlige helseutgiftene. Det ble ekspedert 25 millioner resepter fra norske apotek i 2004 til tre millioner ulike personer.

Disse tallene viser at legemidler er en del av svært mange menneskers hverdag, og det er en viktig samfunnsoppgave å sørge for riktig bruk av legemidler. For enkeltmennesker kan legemidler være av helt avgjørende betydning for deres livskvalitet. Et så omfattende område fortjener en samlet og helhetlig gjennomgang.

Stortingsmeldingen vi i dag debatterer, staker ut kursen for legemiddelpolitikken. Dette inkluderer bl.a.

- riktig forskrivning og bruk av legemidler
- forholdet mellom industrien og legene
- behovet for forskning
- produsentuavhengig informasjon
- prisregulering
- apotekdekning
- adgang til forsendelse av legemidler

Utfordringer knyttet til refusjonssystemet er gitt en bred omtale. Det er gledelig at Stortinget har gitt bred tilslutning til Regjeringens strategier på akkurat dette området.

Det er mange aktører på legemiddelfeltet som ønsker å fremme sine interesser, men det er viktig at vi hele tiden har våre oppdragsgivere i sentrum, nemlig pasientene. Dette innebærer at riktig legemiddelbruk til beste for pasientene er Regjeringens overordnede målsetting med legemiddelpolitikken.

Mange pasienter har behov for å bruke flere legemidler samtidig. Undersøkelser viser at 20 pst. av legemidlene kan være overflødige, og at kombinasjonene av legemidler ofte kan bli bedre. For å nå ut til pasientene og sikre at de bruker legemidlene slik at de får best mulig nytte av dem, er det nødvendig å øke fokuseringen på samspillet mellom pasienter og helsepersonell. Departementet vil bl.a. gjennomføre prosjekter i ulike deler av helsetjenesten hvor helsepersonell gjennomgår legemiddelbruken til spesielt utsatte grupper. Multidosepakning av legemidler vil gjøres mer tilgjengelig. Myndighetene skal også ta et større ansvar for å formidle erfaringer og rutiner som kan gi pasientene i institusjoner og hjemmesykepleie en sikrere legemiddelbruk.

Legene må ha balansert informasjon om legemidlenes virkninger for å kunne velge riktig behandling. Meldingen signaliserer en økt satsing på produsentuavhengig legemiddelinformasjon både til leger og til pasienter. Offentlig produsentuavhengig informasjon skal koordineres og målrettes bedre med utgangspunkt i en ny informasjonsplattform:

- Statens legemiddelverk skal formidle myndighetenes informasjon om faglig og økonomisk riktig bruk av legemidler.
- Sosial- og helsedirektoratet skal formidle anbefalinger for behandlinger av sykdomsområder der legemidler kan være én aktuell behandlingsform.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal gi informasjon om legemidler som er både produsent- og myndighetsuavhengig.

Legemiddelindustrien er en helt sentral aktør for å utvikle legemidler og formidle viktig kunnskap om disse. Samtidig er det knyttet sterke kommersielle interesser til salg av det enkelte firmas produkter. Sett i lys av dette er det av stor betydning at pasientene og myndighetene kan ha tillit til at legens forskrivning av legemidler ikke påvirkes på en uheldig måte av industrien. Dette har Legeforeningen og Legemiddelindustriforeningen selv sett verdien av, og det er utviklet etiske retningslinjer for selvjustis.

En slik selvjustis er prisverdig, men etter mitt skjønn på ingen måte tilstrekkelig. Det er behov for et felles utgangspunkt for alt helsepersonell. Departementet har derfor på høring et forslag til forskrift med klarere myndighetskrav til hvilke ytelser som kan mottas i tjenesten. Tilsynet med legemiddelindustriens reklameaktivitet skal også intensiveres.

De apotekansattes rådgivning og oppfølging av pasientene er av stor betydning for å oppnå riktig legemiddelbruk. Derfor skal apotekdekningen i distriktene opprettholdes, og den apotekfinansierte driftsstøtteordningen vil være det viktigste virkemidlet for å oppnå det.

Regjeringen vil foreslå å tillate forsendelse fra apotek til forbrukere i hele landet når nye krav til forsendelse av legemidler er utredet. Slik vil pasientenes valgfrihet og tilgjengelighet til legemidlene styrkes, uten at dette går ut over pasientsikkerheten. Dette mener Regjeringen er viktigere enn å beskytte dagens apotek mot en naturlig utvikling.

For å sikre god ressursutnyttelse er det viktig at samfunnet ikke betaler en høyere pris for et legemiddel enn det som er nødvendig. Regulering av maksimalpris og innføringen av trinnpris for legemidler bidrar allerede til lavere priser. Det er heller ingen grunn til å betale mer for ett legemiddel enn et annet, så lenge behandlingsresultatet kan forventes å bli det samme. Når legene kan velge mellom flere tilsvarende legemidler som er terapeutisk likeverdige, vil derfor Regjeringen sørge for at det billigste velges, med mindre medisinske grunner taler mot det. Et typisk eksempel er behandling for høyt kolesterol, hvor behandlingalternativene er mange. Dersom vi frigjør 200 mill. kr ved å skifte til rimeligere legemidler på dette området, som altså gir tilsvarende behandlingsresultat, kan vi f.eks. bruke 100 mill. kr mer på psykisk helsevern og 100

mill. kr mer på våre lokalsykehus. Riktig legemiddelbruk handler derfor også om å få mest mulig helse for pasientene for hver krone.

Blåreseptordningen er et grunnleggende velferdsgode, et refusjonssystem som også er en viktig nøkkel til medisinsk og økonomisk riktig legemiddelbruk. En oppdatert refusjonsordning vil gi informasjon om hva som er anbefalt behandling, og hvilke vilkår som gjelder for refusjon av legemiddelutgifter.

Modernisering av refusjonssystemet vil ha høy prioritet i årene som kommer, og det innebærer en utvikling på særlig tre fronter: Det skal knyttes oppdaterte vilkår for refusjon til hvert enkelt legemiddel, informasjon om disse vilkårene skal bli mer effektiv, og det skal kontrolleres at vilkårene etterleves i praksis. For å forenkle informasjonen til legene foreslås en løsning hvor legene får refusjonsvilkårene opp på sine dataskjermer når de skriver en resept. Informasjon rettet mot pasientene skal styrkes. Rikstrygdeverket vil intensivere sin kontroll med legenes forskrivning på blå resept. Saksbehandlingstiden for søknader om individuell refusjon skal også reduseres.

Legemidler må oppfattes som et helsetilbud på linje med alle andre helsetiltak. Derfor er det ikke gitt at helsekronene bør brukes på et nytt legemiddel, dersom bruk av de samme kronene på et annet helsetilbud gir større helsegevinst. Regjeringen mener derfor at spørsmålet om refusjon av dyre legemidler fortsatt bør behandles i en større sammenheng, i forbindelse med statsbudsjettet. Bruk av en bagatellgrense sikrer en slik utvikling. Vi ser likevel at dagens bagatellgrense kan synes lav, og vil følge opp flertallets forslag om en vesentlig heving av denne.

Hele samfunnet vil nyte godt av at legemiddelbruken blir riktigere. Pasientenes livskvalitet vil bedres, helsetjenesten kan frigjøre behandlingstid, og innenfor et gitt helsebudsjett kan altså flere få hjelp. Med legemiddelmeldingen mener jeg at Regjeringen har gitt sitt bidrag til å stake ut denne kursen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A) [11:08:11]: Statsråden har gjennom framleggelsen av meldingen og den behandlingen den har fått i Stortinget nå, fått klare og til dels gode retningslinjer for sitt framtidige arbeid med legemiddelpolitikken.

Ett område pekte jeg spesielt på i mitt innlegg, og det var apotekområdet, der de påtenkte tiltak med fri forsendelse, postordre- og internettsalg i alle fall bekymrer meg, med tanke på flere forhold, bl.a. knyttet til å ivareta apotekstrukturen i distriktene våre. Det andre gjelder også apoteket som faghandel, nemlig å sikre at en har et kundegrunnlag som setter apoteket i stand til å ha en faglig god bemanning. En samlet komite har også sagt at tilgjengelighet til apotek er et grunnleggende helsegode. Da lurer jeg på hvordan statsråden tenker seg å ivareta den apotekstrukturen som vi har i dag, med tanke på at pasientene skal ha et godt tilbud landet over.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:09:32]: Jeg tror undertegnede og representanten Kristoffersen, og for den saks skyld regjering og storting, er grunnleggende enige om og ser verdien av å ha et desentralisert apotekvesen. Det er en viktig bit av det totale helsevesenet. Det er ingen tvil om at våre apotek totalt sett kanskje er en av de fremste faghandelene hvor vi kan få opplysning og informasjon. Dette bevirket jo den endringen som skjedde når det gjaldt hele apoteklovgivningen.

Vi ser allerede i dag at en stor mengde av apotekvarene sendes på kryss og tvers, bl.a. som pakkepost – faktisk over én million forsendelser i året.

Vårt viktigste virkemiddel for å bevare den desentrale strukturen er at vi har økonomiske kompensasjonsordninger for de apotekene som ligger ute i distriktet, for at de ikke skal risikere å måtte legge ned på grunn av lav omsetning, enten det skyldes det ene eller det andre.

Harald T. Nesvik (FrP) [11:11:03]: Samtlige partier og medlemmer av komiteen har faktisk uttrykt seg positivt når det gjelder generisk forskrivning. Der man skiller lag, er bl.a. på tempoet i dette, og hvordan man skal implementere en slik ordning. Fremskrittspartiet – og også Senterpartiet – er nå alene om å støtte Regjeringens opplegg som er skissert i meldingen, med forsøksordning for generisk forskrivning på frivillig basis for nettopp å danne grunnlaget for å få kunnskap om hvordan dette slår ut, og hvordan man eventuelt skal se på det i framtiden – om det skal gjøres permanent.

Spørsmålet mitt til statsråden når det gjelder generisk forskrivning, er: Har dette vært ute til høring? Har man foretatt en utredning rundt disse tingene, bl.a. hørt hva legeforening og pasientorganisasjoner mener om generisk forskrivning, og hvordan dette vil bli oppfattet? Hvis så ikke har skjedd, vil statsråden i hvert fall sørge for at dette blir utredet og sendt på høring, før man gjør et forhastet vedtak?

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:12:20]: La meg berolige representanten Nesvik og for den saks skyld hele Stortinget: Jeg tror ingen skal frykte at det vil bli tatt forhastede beslutninger på dette viktige området.

Når det gjelder høringer, har vi, så langt jeg vet – med det lille forbeholdet – absolutt hatt nødvendige høringer både i forhold til pasientorganisasjoner, Legeforeningen og andre. For det er klart at det er noen utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av dette, og alle de tingene må vi jo ha et klart bilde av før vi iverksetter noe så vesentlig som det dette er. Her er det ting også knyttet til de teknologiske mulighetene, det elektroniske. Alt dette må være avklart i detalj før vi trykker på en startknapp. Forhastede, lite gjennomtenkte beslutninger på dette området anser jeg som helt uaktuelt.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:13:44]: I mitt innlegg trakk jeg fram to eksempler på legemidler der patentrettighetene vil gå ut. Det ene var et migrenemiddel, det andre var et middel mot magesår og sår i tolvfingertarmen. Dette er bare eksempler. Det er ikke meningen at man skal

gå langt inn i det som har med behandling av enkeltsykdommer å gjøre. Jeg synes likevel at det er gode eksempler, for det viser hvordan legemiddelindustrien, produsenten, helt bevisst kan styre rundt reduksjon i egne inntekter bare ved rett og slett å trekke legemidler fra markedet, og på den måten tvinge leger til forskrivning av dyrere medikamenter, som da fortsatt er patentert, når patentrettighetene på det rimeligste medikamentet går ut. Dermed endrer man også befolkningens inntrykk av hva slags legemiddel man er avhengig av å ha. Dette er altså kostnader i størrelsesordenen 100–150 mill. kr for ett legemiddel. Mitt spørsmål til statsråden blir da: Synes statsråden at man i dag har gode nok virkemidler for å hindre den typen omgåelse av politiske vedtak?

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:14:56]: I den grad jeg skulle bli nødt til å svare ja eller nei, hadde mitt svar vært at det har vi ikke. Jeg synes å se så mange enkeltteksempler som bekreftelse på det som ligger i representanten Ballos spørsmål, at jeg tror det er naturlig å gå ytterligere steg på den veien som vi allerede har begynt på, og som vi jo for så vidt også har skissert i meldingen.

Nå har legemiddelindustrien og Legeforeningen lagd seg sine egne etiske kjøperregler. Så har vi lagd et forslag til en forskrift som vi har sendt på høring. La meg si det slik at jeg er spent på den responsen vi får på den forskriften, og jeg er ikke fremmed for at vi i behandlingen av de innkomne høringsuttalelsene kan finne grunnlag for at vi må justere det ytterligere. Jeg kan nesten ikke tenke meg ett område hvor det er så tunge kommersielle interesser inne på noe som går så direkte på statsbudsjettet, som akkurat legemiddelområdet. Noen som bruker mellom 500 mill. kr og 1 milliard kr på markedsføring, har en oppside som de i hvert fall ser i horisonten.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:16:22]: Senterpartiet er glad for at vi fikk en samlet komite med oss i å be Regjeringen vurdere om driftsstøtteordningen for apotek er god nok for å opprettholde og også nyetablere distriktsapotek. Videre ber vi i det samme forslaget til vedtak om at man kommer med en løsning på spørsmålet om apotekvaktordning, slik at man ikke får en situasjon som den vi hadde sist pinsehølg. Jeg vil gjerne spørre helseministeren om han har gjort seg noen tanker om hvordan denne apotekvaktordningen skal kunne etableres for at den skal bli god nok i hele landet.

Samtidig er vi opptatt av at alle skal ha samme mulighet til å motta medisiner til samme kostnad. Dessverre fikk vi bare SV med oss på en merknad her om at dette bør gjøres gjennom kostnadsfri forsendelse av medisiner til brukerne, uansett hvor de bor. Jeg har lyst til å spørre helseministeren om det ikke må være en minst like stor oppgave å sende medisiner kostnadsfritt rundt i dette landet som å sende alkohol rundt kostnadsfritt.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:17:34]: For å ta det siste først, om det er like viktig å sende medisiner kostnadsfritt som å sende alkohol kostnadsfritt: Når noen sier at man har noe som er kostnadsfritt, menes det ofte at en-

ten betales det av andre, eller så betales det som et gjennomsnitt av alle. Antakeligvis er det tilfellet også hva gjelder både alkohol og andre varer som man påstår sendes vederlagsfritt. Jeg skjønner poenget fra representanten Gløtvold knyttet til dette med likeverdige priser, og ikke minst knyttet til kostnaden ved forsendelsen, som jo i en del tilfeller kan bli en vesentlig del av en total kostnad.

Når det gjelder det første spørsmålet, om apotekdekning, føler jeg meg ganske komfortabel med den situasjonen vi har, knyttet til de ordninger vi har lagd for å beholde våre helt nødvendige apotek i Distrikts-Norge. Hvordan vaktordningen mellom apotekene i detalj skal utformes, vil først og fremst være en utfordring for apotekene og apotekorganisasjonene selv.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

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

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:19:17]: Først en liten kommentar til det replikkordskiftet vi hadde. Når det gjaldt dette med kostnadsfri forsendelse av medisiner og alkohol, var det selvsagt i betydningen kostnadsfritt for brukeren. Jeg tror det er mye viktigere at de som er avhengige av medisin, får medisin kostnadsfritt når det gjelder forsendelseskostnader, enn de som bruker alkohol i ulike mengder.

Så litt til et par andre områder som jeg ikke rakk å komme inn på – bl.a. legemiddelinformasjon. Det er viktig at den er myndighetsuavhengig. Derfor har et flertall av oss vært litt skeptiske til å legge dette inn, slik som Regjeringen foreslo, men vi gjør nå det. Vi ønsker imidlertid å minne om at legemiddelinformasjonen skal være myndighetsuavhengig, like mye som den selvsagt skal være uavhengig av industrien og salgssfirmaer.

Så litt til dette med forskning på alternative medisiner. Det er viktig at vi nå følger opp det, og at en, bl.a. slik flertallet her viser til i en merknad og et forslag til vedtak, kan bruke mineraler og vitaminer som alternativ behandling i psykiatrien. Jeg synes vi for framtiden kanskje må være mer spenstige på dette området og på den bakgrunn finne nye veier i behandlingen av syke, også innenfor psykisk helsevern.

Så litt mer om apotek. Det er veldig viktig, slik Senterpartiet, Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti slår fast, at det skal være et krav i lov om apotek om at apotekene skal være fysisk tilgjengelige. Jeg håper at vi ved at vi fikk en samlet komite til å se på driftsstøtteordningen igjen, kan få oppslutning om at distriktsapotekene skal være fullverdige apotek, og slik sett ikke skal være noen form for B-apotek, men ha den fulle servicen overfor innbyggerne.

Det er også grunn til å kommentere litt dette med fraktutjæmningsordning og gratis forsendelse av medisiner. Hvis det er slik at det bare er nærapotekene som sender disse medisinene, er det et mye mindre apparat enn om vi nå skal åpne, som en del vil, for internetbestilling av medisiner og dermed lange frakter, usikre frakter – på mange måter et opplegg som i dag er uferdig, og som vi i

Senterpartiet går imot, i hvert fall nå, og vil ha mye grundigere utredet.

Jeg håper også at vi kan få en ordentlig ordning på vaktstiden i apoteksammenheng. Jeg synes ikke at helseministerens svar var veldig godt her, men det er klart at apotekene her er viktige bidragsyttere og har en viktig rolle. Da må vi ha apotek over det ganske land, og deknningen er det helseministeren som har et stort ansvar for.

Generisk bytte og foretrukket medisin har vi merknader på sammen med Fremskrittspartiet, og jeg viser først og fremst til dem.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:22:39]: Dette er bare av preventiv art, fordi jeg har kommet i skade for å si noe i mitt svar til Nesviks replikk som ikke var helt i overensstemmelse med virkeligheten. Øyekontakten med diplomatiosjen var ikke så god som den burde ha vært, da jeg fikk spørsmål om vi hadde hatt utredninger knyttet til generisk forskrivning på høring. Det utredningsarbeidet vil selvfølgelig bli sendt på høring. Jeg svarte som om vi hadde sendt det på høring, hvilket ikke er riktig. Men før vi trykker på knappen, vil ordinære høringsrunder selvfølgelig være gjennomført på dette området.

Presidenten: Presidenten antar at dette betyr at øyekontakten er etablert i ettertid.

Statsråd Ansgar Gabrielsen (fra salen): Det er helt riktig, president.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 2453)

S a k n r . 2

Interpellasjon fra representanten Berit Brørby til helse- og omsorgsministeren:

«I mange tilfeller er møtet med Helse-Norge tidkrevende og dyrt for pasientene. For pasienter med øre- og balansesykdommen Ménière tar det lang tid å få legehjelp. Prisene for Ménière-medisin er vesentlig høyere enn i andre europeiske land, og påfyll av medisin krever proforma legekonsultasjoner og gjentatte søknadsrunder mot offentlige instanser. Samtidig mangler Ménière-rammede et fast, offentlig tilbud om opplæring og rehabilitering. Pasientene opplever at de møter et tungrodd byråkrati, at de ikke får et godt nok helsetilbud og dermed får redusert livskvalitet. Dette er lite pasientvennlig.

Vil statsråden iverksette tiltak som kan bedre situasjonen og gjøre hverdagen enklere for pasienter med øre- og balansesykdommen Ménière?»

Berit Brørby (A) [11:24:56]: «Kunnskap gir makt» er et uttrykk som ofte er brukt. Kunnskap gir også muligheter.

Samfunnsmodellen som vi har valgt i Norge, er bygd på tanken om et representativt demokrati, med folkets frie rett til å peke ut sine representanter gjennom frie valg, med fri meningsdannelse og rett til å påvirke beslutninger

som berører en selv. Derfor har vi alle en rolle som ombud for enkeltpersoner og for grupper av mennesker, og vi har våre partier og partiprogram.

Jeg vil med denne interpellasjonen sette søkelyset på situasjonen for én pasientgruppe, dem som er rammet av hørsels- og balansesykdommen Ménière, fordi jeg ved egen erfaring har måttet kjempe hardt for å skaffe meg nok kunnskap om sykdommen og muligheter for behandling. Jeg aksepterte nemlig ikke svaret: Dette er det ikke noe å gjøre med.

Jeg fikk kunnskapen på ulike måter, men ikke der jeg burde ha fått den, hos dem vi har størst tiltro til, nemlig legene våre. Men tilfeldigvis er jeg medlem av Nordisk Råd, tilfeldigvis er det medlemmer der som er leger av profesjon, og tilfeldigvis er en av dem øre-, nese- og halsspesialist. Det er flott, det, men det er ikke like bra at jeg fikk informasjon og tips om behandlingsopplegg av disse legene, mens jeg ærlig talt skulle fått det av norske leger.

Hørselshemmedes Landsforbund var den andre viktige informanten. Takket være interesseorganisasjoner som f.eks. Hørselshemmedes Landsforbund, som blir spesialister på sine felt, finnes det mye kunnskap som leger og helsepersonell burde dra nytte av.

Er det virkelig tilfeldigheter som skal avgjøre om en får et behandlingstilbud eller ikke? Og hvordan er egentlig erfaringsutvekslingen mellom helsepersonell i f.eks. de nordiske land, og i Europa? Jeg vil at vi skal ha verdens mest oppdaterte leger og helsepersonell. Men andre har opplevd det samme som jeg, og jeg vil derfor understreke følgende: Jeg er ikke ute etter syndebukker eller noen konkurranse om hvem eller hvilke partier som har gjort eller sagt hva opp gjennom årene, og som burde ha gjort mer. Jeg er opptatt av hva som kan og bør gjøres i fremtiden.

Det at om lag 40 000 mennesker her i landet har Ménière, burde føre til at både helsepersonell og Helsedepartementet i større grad interesserte seg for dette feltet. Det at det ikke gjøres i tilstrekkelig grad, kan dessverre ha noe med det å gjøre at det å høre dårlig, ha øresus, og det å få grusomme svimmelhetsanfall ikke har den helt store statusen. På andre områder innen medisinen er det vanlig med standardiserte behandlingsopplegg. Etter min mening er det ikke det for Ménière. Innenfor andre områder er det mye forskning og samarbeid med faglige miljøer verden over. Når det gjelder Ménière, får en inntrykk av at legene i Norge ikke kjenner til hva som skjer i våre nærmeste naboland, der det er betydelig mer kunnskap og bedre behandling.

En av våre store politiske utfordringer er at mange i arbeidsløse alder blir uføretrygdet. Mange av disse har Ménière. Mange har også øresus som følge av sykdommen Ménière, mens mange, mange flere «bare» har øresus. Man anslår at nærmere 600 000 mennesker er plaget av dette, hvorav nærmere 20 000 faktisk er satt helt ut av spill på grunn av dette. Med god behandling for Ménière kunne mange av disse vært i fullt arbeid, noe som selvfølgelig hadde vært veldig bra for den enkelte, men også for samfunnet. For dem som er i arbeid, tror jeg sykefraværet

kunne ha vært redusert betraktelig hvis de hadde fått den rette behandlingen.

Cochlea-implantater er et annet område som viser at hørselshemmede ikke blir prioritert. Selv om problemene rundt dette er diskutert i sosialkomiteen og i Stortinget en rekke ganger, er det fortsatt mange som ikke får behandling. Riktignok får mange barn nå behandlingen, og det er veldig bra, men for voksne er det sterkt nedprioritert. Det er også lange ventelister for barn som er operert i ett øre, og som skal opereres i det andre. Det blir sagt at implantatene er for dyre, og at sykehusene taper penger på å foreta en slik behandling.

Derfor ønsker jeg å fokusere på følgende områder:

- økt fagkompetanse om Ménière blant legene
- et standardisert behandlingsopplegg
- enklere tilgang til medisiner – det er faktisk en veldig unødvendig papirmølle i dag
- billigere medisin – jeg vil vise til det som ble diskutert i saken forut for denne. Tall som er innhentet om preparatet Betaserc, som hjelper for pasienter med Ménière, viser at preparatet er dyrere i Norge enn i de øvrige nordiske land og i andre europeiske land
- et bedre fungerende rehabiliteringstilbud

Jeg vil utfordre statsråden og spørre om han vil hjelpe de mange hørselshemmede ved bl.a. å bidra til at dette får status i helsevesenet, og at han vil legge til rette for at dårlig økonomi i helseforetakene ikke blir et hinder for at denne pasientgruppen skal få den behandlingen de fortjener – og faktisk får tilbud om dette – i et velferdssamfunn som vårt.

Det er opprettet et kompetansesenter for vestibulære sykdommer ved Haukeland Universitetssykehus. Kompetansesenteret har imidlertid ikke fått økonomiske rammer som tillater det å arbeide med kompetansespredning og pasientrettede tiltak. Dette er helt sentrale oppgaver, som det er avgjørende at noen tar ansvar for. I tillegg bør det utvikles et standardisert behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Jeg mener statsråden nå må gripe inn og gi Helse Vest konkrete styringssignaler som sikrer at kompetansesenteret får ressurser til å oppfylle sitt ansvar overfor pasienter med Ménières sykdom.

I handlingsplanen «Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede» fra 2002 framheves det at Ménière-rammede har omfattende rehabiliteringsbehov, og at tilbudet til denne pasientgruppen må forbedres. Siden planen ble lagt fram, har det kommet enkelte rehabiliteringsinitiativ ved noen lærings- og mestringscentre og gjennom modellforsøket ReSonare ved Briskeby skole og kompetansesenter. Dette peker i riktig retning. Likevel mangler det ennå en helhetlig og koordinert satsing som inneholder både medisinsk, fysikalsk og psykososial behandling og oppfølging.

Ett av problemene er at dagens polikliniske takster og DRG-takster ikke tar høyde for Ménière-rammedes behov som kroniske pasienter. I disse dager kommer det forslag til takstendringer for tinnitus, altså øresus, i en rapport fra en arbeidsgruppe som er nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Statsråden må sikre at disse takstene blir innført til fordel for både tinnituspasienter og Ménière-pasienter,

samtidig med at det utarbeides egne takster som omfatter balansen trening for Ménière-pasienter.

Jeg ønsker meg verdens mest oppdaterte leger og helsepersonell også på sykdommen Ménière, som er en brutal sykdom for dem som får den. Den forringer livskvaliteten voldsomt for dem som ikke får hjelp, og mitt ønske er at statsråden ser alvorret i problemet.

Flere og flere unge mennesker får tinnitus, eller øresus. Norsk Rockforbund har sammen med Hørselshemmedes Landsforbund søkt staten om midler for å dele ut informasjon på konserter og lage et informasjonsopplegg til unge mennesker som er på konserter og festivaler, om hvordan man med enkle grep av forebyggende art kan beskytte seg mot hørselsskader.

Jeg håper at de framtidige tilbud for Ménière-pasienter blir bedre, at legene rundt omkring i hele Norge kan bli mer oppdatert, at medisinene blir billigere og lettere tilgjengelig, og at pasientene som får denne lidelsen, ikke blir kasteballer i et sykehusvesen som ikke skjønner helt hva denne sykdommen egentlig er.

Et bedre behandlingstilbud ville gitt bedret livskvalitet for mange. Det er derfor vi er her i denne salen – er det ikke det? Jeg ser fram til å høre statsrådets svar.

K a r i L i s e H o l m b e r g hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:34:22]: Ménières sykdom rammer om lag én av tusen personer. Sykdommen er kjennetegnet av anfall med sterk svimmelhet og kvalme, svingende hørselstap, øresus og trykkfølelse i øret. Ménières sykdom er en kronisk sykdom, og mange av pasientene blir i perioder invalidiserte.

Det er vist vitenskapelig at pasientene har en økt væskeansamling og væsketrykk i det indre øret, og man regner med at dette er årsaken til sykdommen, uten at man kjenner årsaken bak dette. Det ser ut til at de fleste anfallet kommer i sammenhenger preget av stress, i perioder med psykisk og fysisk ubalanse, eller i situasjoner der pasienten har en svekket motstandskraft.

Det første anfallet rammer erfaringsmessig pasientene som lyn fra klar himmel. Sykdommen har deretter et kronisk forløp, som varierer fra pasient til pasient. Det kan være hyppige anfall i perioder, etterfulgt av måneder og år uten anfall. Mange pasienter opplever at hørselen blir dårligere etter hvert, kombinert med øresus og trykkfølelse i øret. En rekke pasienter har også søvnproblemer og depresjoner. Det kan med andre ord være en svært belastende sykdom for dem som rammes.

Man kjenner ikke til noen behandling som kan kurere sykdommen. Helse- og omsorgsdepartementet har brakt i erfaring at behandlingen svært ofte består i kostholdstiltak. Videre vil det være aktuelt med medikamentell behandling, der vann drivende, svimmelhetsdempende og kvalmestillende medikamenter inngår. Det finnes dessuten ett medikament, Betaserc, som synes å kunne dempe symptomene hos enkelte pasienter. Det er imidlertid ikke vitenskapelig dokumentert at dette medikamentet har effekt. Hos enkelte pasienter kan kirurgisk behandling hjel-

pe. Dette kan lindre symptomene, men det fører samtidig til at øret blir døvt. Høreapparat kan også være aktuelt for pasienter med langt fremskredet hørselsnedsettelse.

Pasienter med Ménières sykdom vil som regel oppsøke lege på grunn av svimmelhet og balanseproblemer. Vi kan ikke forvente at en allmennpraktiserende lege skal ha den nødvendige kompetanse til å diagnostisere og behandle sykdommen. Pasienter som kan mistenkes å ha Ménières sykdom, skal henvises til spesialist i øre-nese-halssykdommer. Spesialistene, både i sykehus og i privat praksis, skal ha den nødvendige kompetansen, og de vil kunne diagnostisere sykdommen relativt lett. Sosial- og helsedirektoratet opplyser at ventetiden for undersøkelse hos spesialist vanligvis er fra to til fire uker.

Pasienter med Ménières sykdom omfattes, på lik linje med alle andre pasienter, av de nye, styrkede pasientrettighetene som trådte i kraft 1. september 2004. De pasientene som har rett til helsehjelp, skal få fastsatt en individuell frist for når behandlingen skal skje, ut fra en medisinsk vurdering av den enkelte pasient. Pasientene har også rett til å benytte seg av fritt sykehusvalg, dersom man f.eks. vet at det finnes et bedre tilbud ved et annet sykehus enn det som tilbys i pasientens nærområde.

Det er pasientens behov som skal stå i sentrum, og pasienten skal få rett til behandling innen den individuelle tidsfristen som den medisinske ekspertisen mener er akseptabel for pasienten. Dersom fristen brytes, skal Rikstrykdeverket sørge for at pasienten får et tilbud hos private eller i utlandet.

Medikamentet Betaserc brukes i noen grad til å dempe symptomene ved Ménières sykdom. Virkningsmekanismene er imidlertid ikke klarlagt. Det finnes en lang rekke beretninger om god effekt av dette medikamentet, men effekten er ikke tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert. En internasjonal oppsummering av tilgjengelig dokumentasjon konkluderer med at det er utilstrekkelig bevis for at Betaserc har effekt på Ménières sykdom.

Betaserc har ikke hatt markedsføringstillatelse i Norge. Årsaken er at produsenten av preparatet ikke har søkt om å få slik tillatelse. Preparatet har imidlertid markedsføringstillatelse i Danmark, og ved forespørsel i norske apotek kan legemidlet importeres derfra. Produsenten har imidlertid nå søkt om slik markedsføringstillatelse.

Legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge, kan likevel brukes på såkalt registreringsfritak etter søknad fra den behandlende lege. Et preparat som ikke har markedsføringstillatelse, har ikke blitt vurdert av norske helsemyndigheter. Det er dermed legen som søker, som er ansvarlig for pasientens sikkerhet. Søknaden må, som representanten var inne på, fornyes hvert år. Ordningen krever dermed legebesøk minst én gang i året. Dette er ikke proforma legekonsultasjoner, men en ordning for å ivareta pasientenes sikkerhet. Ordningen gir pasientene en mulighet for tilgang til et medikament som ikke er godkjent i Norge. For øvrig er det slik at alle resepter må fornyes minst én gang i året, noe som er hensiktsmessig for pasientene, bl.a. for å ha en oppfølging og kontroll med langvarig behandling. Det er altså ikke spesielt for pasienter med Ménières sykdom.

Legemidler som har markedsføringstillatelse i Norge, får en maksimalpris. Representanten var inne på at det var høyere pris i Norge. Maksimalprisen fastsettes som et gjennomsnitt av de tre laveste prisene i ni sammenligningsland i Nord-Europa. Legemiddelprisene i Norge har derfor generelt et lavt nivå. Dette gjelder for de legemidlene med markedsføringstillatelse som brukes for Ménières sykdom, f.eks. kvalmestillende eller svimmelhetsdempende medikamenter.

Legemidler som ikke har markedsføringstillatelse, har heller ingen maksimalpris. Prisen på importerte legemidler vil normalt bli noe høyere i Norge enn i landet det importeres fra. Dette skyldes i stor grad at det kan være økte kostnader knyttet til spesialimport – som nevnt har firmaet som har Betaserc, nå søkt om markedsføringstillatelse fra norske helsemyndigheter – og prisen på Betaserc i Norge blir derfor drøyt det dobbelte av prisen i Danmark. Et årsforbruk av Betaserc i Norge vil formodentlig koste mellom 1 800 kr og 4 000 kr, avhengig av dosene man tar. Sammenlignet med mange andre legemidler må dette betegnes som et moderat prisnivå.

Ménières sykdom står ikke oppført i sykdomslisten i blåreseptforskriften. Det innebærer at det ikke kan gis ordinær forhåndsgodkjent refusjon etter § 9 i blåreseptforskriften. En vesentlig årsak til at sykdommen ikke står på listen, er at det hittil ikke har vært noen legemidler med tilfredsstillende effekt.

Det kan imidlertid søkes om refusjon ved behandling av sjeldne sykdommer, som tidligere nevnt, etter § 2 i blåreseptforskriften. Rikstrykdeverket behandler denne typen søknader, og det innvilges refusjon i alvorlige tilfeller.

Interpellanten, representanten Brørby, sier i sin interpellasjon at Ménière-rammede mangler et fast, offentlig tilbud om opplæring og rehabilitering. Det tilbudet som er, kan sikkert bli mye bedre. Men det stemmer ikke helt med mine opplysninger at vi ikke har slike tilbud. Vi har regelmessige tilbud for Ménière-rammede og tinnituspasienter i fire av våre helseregioner. Tilbudet gis ved lærings- og mestringscentre ved seks forskjellige sykehus. I tillegg gis det kurstilbud for hørselsskadede og døve. Når det gjelder balanserehabilitering, er dette et høyt spesialisert tilbud, som foreløpig er lite utbredt. Noen offentlige og private klinikker har spesialkompetente fysioterapeuter som kan iverksette og følge opp slik behandling. Det pågår et forskningsarbeid ved Høgskolen i Oslo om balanserehabilitering, og det er å håpe at dette prosjektet kan bidra til å utvikle metoder og spre kunnskap på dette helt spesielle feltet.

Vi har i Norge i stor grad søkt å bygge opp et helhetlig og generelt godt pasienttilbud som omfatter alle pasientgrupper, i stedet for en modell med særomsorg basert på enkelt diagnoser. Dette tror jeg det er gode grunner til å holde fast ved hovedprinsippet i – fordi det er selve fundamentet ved en desentralisert spesialisthelsetjeneste.

Av den grunn har jeg lagt ekstra trykk på omstilling av lokalsykehusfunksjonene. Lokalsykehusene skal konsentrere seg om tilbud i de store sykdomsgruppene, som eksempelvis kronisk syke, som trenger nærhet til tjenes-

tilbudet. En viktig del av et godt og sammenhengende tilbud til mennesker med kronisk sykdom er lærings- og mestringstiltak. På dette feltet har vi i Norge sett en formidabel utvikling. Det har vært en tredobling av antall sentre i løpet av de tre siste årene. Tilbudene her kan ganske sikkert utvikles videre, f.eks. som samhandlingstiltak og gjennom telemedisinske løsninger.

Til slutt til spørsmålet representanten tok opp hva gjelder å lage nasjonale standarder: Sosial- og helsedirektoratet har for en stund siden fått i oppdrag nettopp å utvikle nasjonale standarder for å tilnærme seg denne helt spesielle sykdommen.

Presidenten: Ønsker interpellanten ordet?

Berit Brørby (A) (fra salen): Får jeg ordet til slutt?

Presidenten: Ja, det får interpellanten også.

Berit Brørby (A) (fra salen): Da venter jeg til slutten av debatten.

Gunn Olsen (A) [11:45:00]: Jeg synes det er veldig bra at representanten Brørby har løftet denne saken inn i Stortinget. For da Stortinget for en tid tilbake behandlet St.meld. nr. 40 for 2002-2003, Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, hadde Stortinget sterkt fokus på mange ulike funksjonshemninger, og så det i sammenheng med de høye sykefraværstallene og de mange uføretrygdede vi har i dette landet. Men stadig er det altså grunnlag for å se på nye grupper mennesker som har store utfordringer i hverdagen. Mange har usynlige funksjonshemninger som preger det daglige liv. Ménière er en slik lidelse, usynlig, men svært plagsom, så plagsom at mange ikke klarer å fungere i en normal hverdag. Mange blir satt utenfor både arbeidslivet og det sosiale liv.

Det vil nok overraske mange, som det overrasket meg, at 40 000 mennesker i landet har Ménière. Da må vi jo stille oss spørsmålet: Hva er årsaken til at så mange nordmenn går rundt og har øresus og er svimle? Det er tankevekkende at det er slik som representanten Brørby påpeker, at våre naboland har bedre kunnskap og bedre behandlingsopplegg enn vi har i Norge, for lidelsene Ménière og tinnitus. Vi kjenner fra våre naboland at med god behandling kan mange av disse pasientene fungere slik at de kan være i full jobb og få en langt bedre hverdag. Det må jo være en av våre fremste målsettinger.

Vi har et godt helsevesen i Norge for akutt syke. De aller fleste som møter norsk helsevesen, vil si at de får en god behandling, og de har god helbredelse for sin sykdom. Men for enkelte grupper er ventetiden altså altfor lang og prisen for behandling svært kostbar, slik representanten Brørby påpeker. Pasienter med balansesykdommer trenger en endret status, og vi ønsker at denne debatten skal bidra til det. Når vi ser på cochlea-implantat, har jo det vært en revolusjon for de pasientene som har vært så heldige å bli prioritert i denne køen. Mange barn har heldigvis blitt prioritert. Men fortsatt er det slik at denne behandlingen ikke er på skinner, heller ikke for barn.

Da jeg hørte på statsrådets svar, fikk jeg en følelse av at det nærmest var en opprømsing av hvordan situasjonen er. Og det er jo viktig nok. Jeg hadde nok ønsket at statsråden i sitt svar til interpellanten hadde vært noe mer konkret om hva fremtiden skulle bringe for alle de menneskene som har denne lidelsen.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:48:22]: Tross intens forskning i flere land er årsaken til Ménières sykdom fremdeles ikke kartlagt. Én mulig årsak kan være feilregulering av væsken i det indre øret. En regner med at mellom 30 000 og 40 000 personer har denne sykdommen i Norge. Begge kjønn rammes likt, de fleste i yrkesaktiv alder.

Audiogram viser to ulike former for Ménières. I den ene vises en svekkelse i bassen, mens den andre formen synes å vise en svekkelse i diskanten. Mye tyder på at årsaken til dette er at pasienten enten har vært utsatt for sterk støy over lengre tid eller en eksplosjon, eller har fått et hardt slag mot hodet, f.eks. i en bilulykke. Symptomene er felles for begge typer av Ménières sykdom. Perioder med sterk svimmelhet, øresus, trykk i øret og tap av hørsel er det vanligste. Mange får dårligere livskvalitet og isolerer seg. Kontroll med støynivået i diskotek kan forebygge at unge får lidelsen.

Mitt inntrykk er at en er stadig mer oppmerksom på denne sykdommen. For å utelukke at det dreier seg om virus eller svulst på balansenerven, tas en blodprøve og MR. Sykehuset i Arendal tar blodprøve automatisk, da vi har mye flått i perioder, og dette insektet kan være bærer av et virus som fører til problemer med balansen.

Ifølge Hørselshemmedes Landsforbund, HLF, blir en tredjepart av dem som rammes, uføretrygdet.

Ingen behandling passer for alle. Denne gruppen er svært uensartet, og det er bra at vi nå har en pasientrettighetslov som sier at det skal fastsettes en individuell frist for når behandling skal skje. Den enkelte skal få en medisinsk vurdering. I tillegg har vi fritt sykehusvalg. Så langt jeg vet, består behandlingen av kostholdstiltak, medikamenter, balansetrening hos fysioterapeut og ulike operasjoner. Høreapparat kan være et godt hjelpemiddel.

Rigshospitalet i Danmark prøver ut en ny metode. Meniett er et apparat som pasienten selv kan bruke. Gjennom et dren regulerer en trykket i øret, og svimmelheten forsvinner. Kristelig Folkeparti regner med at det er et godt nordisk samarbeid på dette området.

Vi håper det snart kommet et legemiddel som har så god dokumentert effekt at det kan få markedsføringstillatelse og refusjon.

For pasientene er det bra at det finnes et registreringsfritak etter søknad fra fastlegene.

Det finnes flere lærings- og mestringssenter, i tillegg har HLF eget Ménière-utvalg og fylkeskontakter i alle fylker som driver kurs og informasjonsarbeid. Kristelig Folkeparti mener det er viktig at disse samarbeider med hørselskontaktene som finnes i hver kommune, til beste for pasienten.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:51:50]: Interpellanten var selv inne på at kunnskap gir makt. Jeg har lyst til å tilføye,

ut fra det som hun beskrev, at tilfeldighetene gjerne gir løsninger. Slik skal det ikke være. Det er viktig at selv smale og små områder har tilbud og medisinske løsninger som kan gi den enkelte en bedre hverdag.

Interpellanten var selv inne på at dette var et lite område, og helseministeren kommenterte det med at det var ca. 1 promille av befolkningen som har Ménières sykdom. 1 promille kan fort forlede noen til å tro at dette er veldig lite. Det gjelder altså ca. 40 000 mennesker i dette landet. Det er viktig at vi har et tilbud til disse, slik at de får et bedre liv og en bedre hverdag, som gjør at de kan takle sin sykdom i arbeid til vanlig livsopphold.

Interpellanten sa også at hun var opptatt av å se på hva en kan gjøre, og hva som bør gjøres, for disse pasientgruppene. Det er det jeg vil ta utgangspunkt i, disse små sykdomsområdene som kanskje ikke så lett synes og høres i forhold til de større. Det er viktig at vi innenfor øre-nese-halsspesialiteten bl.a. har kunnskap som gjør at de med Ménières sykdom kan få et tilbud. Det er viktig at vi får standardiserte behandlingsopplegg, og at forskning og samarbeid over landegrensene kan gi oss kunnskap som kan brukes i Norge. Det bør ikke være slik at tilfeldigheter og kontakter utenfor landegrensene gir løsninger.

Det har også vært nevnt andre områder når det gjelder hørselsproblemer og -sykdom. Cochlea-implantat har vært nevnt som ett område der en i hvert fall har fått til en bedre løsning nå enn for kort tid siden når det gjelder barn. Men fortsatt er det lange ventetider for å få en komplett og skikkelig behandling. Det er også en god del voksne som kunne hatt hjelp av dette. Jeg håper at helseministeren har merket seg det som har vært sagt, og at det kan bli en intensivert behandlingsordning, et tilbud, for disse.

Helseministeren viste til dette med individuelle frister og fritt sykehusvalg. Men det må være tilgjengelig kompetanse og behandlingstilbud i Norge for at dette skal hjelpe. Det er slik at kunnskap gir makt til å løse disse helseproblemer til disse små gruppene. Tilfeldighetene må avløses av planlagt og tilrettelagt behandlingstilbud. Det må være slik at vi får legemidler inn som en har gitt markedsføringstillatelse for – og dermed har kostnadsbegrensning og kontroll på – og at vi også får en sykdom som gjelder 40 000 mennesker i dette landet, registrert under blåreseptordningen, slik at en i hvert fall kan få individuell refusjon for disse medisinene.

Dersom vi har tilbud i fire regioner, er det mye som tyder på at tilbudet kanskje er både for dårlig kjent og for dårlig utviklet.

Berit Brørby (A) [11:55:36]: Jeg vil takke statsråden for hans gjennomgang og for statusrapporten han gav her om hva som er gjort så langt i Norge når det gjelder Ménières sykdom – også hva sykdommen egentlig er. Men det sykdommen er, det er den. Det viktigste nå er å sette fokus på hvordan man kan bedre livskvaliteten for alle dem som er rammet.

Jeg vil også takke spesielt for den bestilling som statsråden har gitt for å se på et standardisert behandlingsopplegg. Det er et skritt i riktig retning.

Jeg har lyst til bare å kommentere noen få ting som statsråden sa. Det er mange sykdommer man ikke vet årsaken til – Ménières sykdom er altså en av dem. Jeg vil be statsråden innstendig om følgende: Gi beskjed til Helse Vest om å spre den kunnskapen og de pasientrettede tiltakene de har! Gi den beskjeden! Det vil være viktig for denne pasientgruppen.

Jeg vil be statsråden om å godkjenne preparatet Beta-sec. Jeg er et eksempel på at det virker. Det er over 50 pst. av dem som får prøve dette preparatet, det virker for. Hvorfor skal de ikke da få den muligheten på en enklere måte?

Statsråden sa også at man ikke kunne forvente at legene skulle vite. Jo, jeg forventer at norske leger skal vite, i hvert fall det nordiske leger vet. Derfor er det et hull i kompetansen, noe som altså ikke kommer norske pasienter til gode. Det *må* spres mer informasjon om denne sykdommen, og legene *skal* vite.

Ta også ungdommen på alvor, er min utfordring til statsråden, når ungdommen selv ønsker å fokusere på å forebygge hørselsskader! Det er små, enkle midler de har søkt om, som kunne hjelpe mange til å slippe å få hørselsskader og et dårlig liv senere i livet.

Jeg har fått svar på noe. Mye står igjen når det gjelder akkurat denne pasientgruppen. Blåreseptbruken er også en forenkling av tilgangen på et legemiddel som virker. Derfor er min innstendige oppfordring til statsråden: Bruk interesseorganisasjonene som sitter på mye kunnskap! La det ikke gå prestisje i hvem som skal vite mest! Det viktigste her er å få til noe som virker, og som kan gjøre livskvaliteten til en lang rekke mennesker mye, mye bedre. Det har vi et felles ansvar for å gjøre noe med.

Statsråd Ansgar Gabrielsen [11:58:46]: Det jeg i hvert fall kan si, er at det er ingen prestisje knyttet til noen sider av denne saken.

La meg prøve å besvare veldig kjapt og stikkordsmessig noe av det interpellanten – og også andre talere – var inne på knyttet til cochlea-implantat og barn. Det er helt riktig, den definitive hovedprioriteringen har vært barn. Det er nå kommet inn i en slik rutine at man fortløpende tar det som er tilfanget. Så utvides kapasiteten, først og fremst ved at man ved St. Olavs Hospital i Trondheim får økt kapasitet til høsten. Det betyr at også mange av de voksne som har stått altfor lenge i kø, vil få et annet møte i forhold til dette med cochlea-implantat.

Hvis noen skulle ha forstått det slik da jeg nevnte én av tusen, at det betyr at det er en liten sykdomsgruppe: Nei, dette er ingen liten sykdomsgruppe, det er 40 000. Små sykdomsgrupper betyr at vi er nede på virkelig små tall. Så dette er en stor gruppe. Det som mine medisinske eksperter sier er problemet, er at man internasjonalt ikke har et totalt behandlingsopplegg som er verifisert.

Når det gjelder samarbeid på kryss og tvers, er det vel nesten ingen områder i samfunnet hvor man baserer seg mer på internasjonalt samarbeid. Vi har et nordisk samarbeid, og vi baserer oss selvfølgelig på viktige internasjonale fagtidsskrifter i den medisinske verden for å se hva som publiseres.

(Statsråd Gabrielsen)

Når det gjelder dette med kliniske retningslinjer for ulike tilstander, har altså Sosial- og helsedirektoratet fått et oppdrag.

Når det gjelder medikamentet Betaserc, som har vært nevnt her i dag, er det slik at det har hatt markedsførings-tillatelse siden 1977 i Danmark. Når de ikke søkte om det i Norge den gangen, var det fordi selskapet ikke hadde kontor i Norge. Selskapet etablerte seg imidlertid i Norge i 1997, og de har nå inne en søknad om markedsførings-tillatelse i Norge. Det er Statens legemiddelverk som saksbehandler disse søknadene. Jeg tror ikke det er noen grunn til å anta at det ikke vil bli en realitet, slik at det blir en ny situasjon på norske apotek, ved at man får det lege-middelet.

Til slutt: Oppfordringen fra representanten Brørby om å gi beskjed til Helse Vest om å spre den informasjonen, den kunnskapen, de sitter på, skal jeg selvfølgelig etterkomme i brev form til Helse Vest, og for så vidt også til direktoratet, som er en fasilitator for akkurat det.

Ellers vil jeg bare helt til slutt si at i den grad noen skulle ha gode forslag til tiltak eller ha påpekninger om ting som vi bør gjøre på dette området, og som vi ikke gjør, er det absolutt nyttige innspill.

Bare så det ikke skal henge igjen knyttet til allmennle-gene våre: Jeg tror ikke deres kunnskapsnivå er lavere enn kunnskapsnivået hos danske, svenske og finske kollegaer. Poenget er at å stille den endelige diagnosen er nok ikke en jobb for de allmennpraktiserende legene, men for spe-sialistene.

Presidenten: Dermed er interpellasjonsdebatten avsluttet.

I n g e L ø n n i n g gjeninntok her presidentplassen.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte

presidenten: Da er Stortinget rede til å gå til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt frem åtte forslag. Det er

- forslagene nr. 1–5, fra Asmund Kristoffersen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslag nr. 6, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 7 og 8, fra Harald T. Nesvik på vegne av Fremskrittspartiet

Forslagene nr. 7 og 8, fra Fremskrittspartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2006 legge frem en handlingsplan for økt medisinsk forskning i Norge.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sette bagatellgrensen for godkjenning av refusjon av legemidler til 50 mill. kroner og samtidig gjøre legemiddelkapittelet om til en overslagsbevilgning.»

Votering:

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 81 mot 13 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.09.30)

Presidenten: Forslag nr. 6, fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til refusjonsordning for cellegiftbehandling basert på at utgiftene til slik behandling dekkes av Rikstrykdeverket uavhengig av hvorvidt pasienten er inneliggende i helseinstitusjon eller ikke.»

Votering:

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 60 mot 34 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.09.51)

Presidenten: Forslagene nr. 1–5, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet tas opp til votering.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede spørsmålet om legemiddelkomiteer i allmennpraksis med sikte på å komme i gang med prøveordninger i flere regioner.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget fastholder kravet i lov om apotek om at apotekene skal være fysisk tilgjengelige.»

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ønsker ikke å endre regelverket slik at helseforetakene kan kjøpe legemidlene direkte fra grossist.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget vil ikke endre lov 2. juni 2000 om apotek for å åpne for postordre- og internettsalg. Stortinget forutsetter at eventuelle senere forslag om slike ordninger baseres på grundige utredninger om bl.a. konsekvensene for distriktsapotekene, sikkerhet for befolkningen og apotekenes oppgave som faghandel.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget vil ikke tillate forskriftsendring som tar sikte på å oppheve begrensingen på forsendelse av legemidler kun til apotekenes nærområde.»

Votering:

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 48 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 12.10.14)

Komiteen hadde innstillet:

I

Stortinget ber Regjeringen vurdere å endre forskriften knyttet til legemiddeloven § 13 med sikte på at det ved import av legemidler fra land utenfor det europeiske samarbeidsområdet skal kreves godkjenning av Legemiddelverket ved første gangs import til den enkelte bruker, hvorpå det ved forlenget bruk skal være tilstrekkelig med godkjenning fra den enkelte lege.

Presidenten: Presidenten antar at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 59 mot 35 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 12.10.41)

Videre var innstillet:

II

Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan en skal få tatt i bruk multidosepakninger i større grad enn hva som nå er tilfellet, bl.a. ved å sikre finansiering av merutgifter i forbindelse med dette tiltaket.

III

Stortinget ber Regjeringen utrede hvordan de eksisterende kollegagruppene i regi av Den norske lægeförening kan brukes bedre for å sikre bedre forskrivning og sikrere legemiddelbruk.

IV

Stortinget ber Regjeringen utrede nærmere organisasjonsmodellen for de fem regionale legemiddelinformasjonshetene (RELIS).

V

Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.

Presidenten: Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har varslet at de støtter III subsidiært.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

VI

Stortinget ber Regjeringen om å medvirke til at det igangsettes forskning samt at internasjonal forskning gjennomgås, knyttet til bruken av mineraler og vitaminer i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.

Presidenten: Presidenten antar her at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsker å stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 59 mot 35 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 12.11.25)

Videre var innstillet:

VII

Stortinget ber Regjeringen snarest mulig komme med en vurdering av om driftsstøtteordningen for apotek fungerer bra nok i forhold til å opprettholde og etablere nye distriktsapotek. En slik evaluering må også inneholde en vurdering av og løsning på spørsmålet om en apotekvaktordning som dekker behovet i alle deler av landet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

VIII

Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag om forskrivning av virkestoff (generisk forskrivning) og legge dette fram for Stortinget på egnet måte.

Presidenten: Presidenten regner her med at Fremskrittspartiet og Senterpartiet vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 74 mot 20 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 12.11.58)

Videre var innstillet:

IX

Stortinget ber Regjeringen utrede midlertidig refusjon innenfor blåreseptordningen og legge dette fram for Stortinget på egnet måte.

X

St.meld. nr. 18 (2004-2005) – Om legemiddelpolitikken (Rett kurs mot riktige legemiddelbruk) – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: I sak nr. 2 foreligger det ikke noe vote-ringstema.

S a k n r . 3

Referat

1. (241) Riksrevisjonens gjennomgang av Forsvarsdepartementets regnskap for 2004 (Dokument nr. 3:8 (2004-2005))
2. (242) Riksrevisjonens undersøkelse av avhending av eiendom, bygg og anlegg i Forsvaret (Dokument nr. 3:9 (2004-2005))
Enst.: Nr. 1 og 2 sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
3. (243) Jordbruksoppjøret 2005 – endringer i statsbudsjettet for 2005 m.m. (St.prp. nr. 69 (2004-2005))
Enst.: Sendes næringskomiteen.
4. (244) Samtykke til at Noreg deltek i den 10. påfyllinga av Det afrikanske utviklingsfondet (AfDF-X) (St.prp. nr. 66 (2004-2005))
5. (245) Samtykke til at Noreg deltek i den 14. kapitalpåfyllinga i Det internasjonale utviklingsfondet (IDA) (St.prp. nr. 67 (2004-2005))
6. (246) Samtykke til at Norge deltar i den 8. kapitalpåfyllingen i Det asiatiske utviklingsfondet, AsDF (St.prp. nr. 68 (2004-2005))
7. (247) Eksport av forsvarsmateriell frå Noreg i 2004, eksportkontroll og internasjonalt ikkje-spreiingssamarbeid (St.meld. nr. 36 (2004-2005))
Enst.: Nr. 4–7 sendes utenrikskomiteen.

Møtet hevet kl. 12.15.
