



STORTINGET

Stortingstidende

Referat fra møter i Stortinget

Nr. 33 · 6. januar
Sesjonen 2025–2026

Møte tirsdag den 6. januar 2026 kl. 10

President: Morten Wold

Dagsorden (nr. 33):

1. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om ein konkret og tidfesta opptrappingsplan for utvikling av distriktpsykiatriske senter (DPS) (Innst. 72 S (2025–2026), jf. Dokument 8:18 S (2025–2026))
2. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger) (Innst. 71 L (2025–2026), jf. Prop. 154 L (2024–2025))
3. Innstilling fra næringskomiteen om Samtykke til ratifikasjon av konvensjon om skiping av ein mellomstatleg organisasjon for utvikling og utnytting av digitale havsystem og informasjonstenester (Mercator internasjonale senter for havet) av 23. april 2025 (Innst. 66 S (2025–2026), jf. Prop. 5 S (2025–2026))
4. Referat

Presidenten [10:00:17]: Da dette er den første møtedagen i det nye året, vil presidenten benytte anledningen til å ønske alle et riktig godt nytt år!

Representantene Jorunn Gleditsch Lossius, Mona Nilsen, Farukh Qureshi, Ruth Mariann Hop og Mari Holm Lønseth, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Følgende innkalte vararepresentanter tar nå sete:

For Nordland: Trine Fagervik

For Telemark: Helene Røsholt

For Vestfold: Ada Lassen-Urdal

Fra Senterpartiets stortingsgruppe foreligger søknad om velferdspolisjon for representanten Erling Sande i tiden fra og med 6. til og med 14. januar.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten Aleksander Øren Heen innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten [10:01:15]: Aleksander Øren Heen er til stede og vil ta sete.

Representanten Kjersti Toppe vil fremsette et representantforslag.

Kjersti Toppe (Sp) [10:01:35]: På vegner av stortingsrepresentantane Trine Fagervik og meg sjølv vil eg

fremja eit forslag om gratis legemiddel på kvit resept for barn opptil seks år.

Presidenten [10:01:49]: Forslaget vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1 [10:01:57]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om ein konkret og tidfesta opptrappingsplan for utvikling av distriktpsykiatriske senter (DPS) (Innst. 72 S (2025–2026), jf. Dokument 8:18 S (2025–2026))

Presidenten [10:02:13]: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten ordne debatten slik: 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

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

Kristian August Eilertsen (FrP) [10:02:50] (ordfører for saken): Jeg vil først takke komiteen for en god behandling av et utrolig viktig forslag, der vi også har klart å samle oss relativt tverrpolitisk om flere forslag. Komiteen gjennomførte muntlig høring i saken den 20. november, og der deltok det seks instanser. I tillegg har vi mottatt fire skriftlige høringsinnspill.

Så over til selve saken. Den utviklingen vi ser i Norge i dag når det gjelder psykisk helse, er bekymringsfull. Vi ser at stadig flere sliter. Særlig er det flere barn og unge som sliter og har alvorlige utfordringer. Når det gjelder å behandle mennesker som har den typen utfordringer, er distriktpsykiatriske senter helt avgjørende for å kunne gi et tilbud til folk der de bor. Det er også veldig avgjørende for at pårørende skal kunne ha mulighet til å møte og ta del i behandlingsforløpet til sine nære og kjære. Derfor er det å ha en desentralisert struktur når det gjelder døgnplasser innenfor psykiatrien, utrolig viktig.

Vi ser at angst og depresjon er lidelsene som rammer flest, og at det er særlig barn og unge som rammes av dette. Det er også veldig mange som ikke oppsøker hjelp, og veldig mange av dem som faktisk oppsøker hjelp, får hjelp altfor sent. Vi har i løpet av julen også sett en hel rekke oppslag i media som avdekker at det er veldig mange som i dag ender opp med å bli en fare for både samfunnet og seg selv fordi man får hjelp altfor sent. Det henger sammen med at de siste 20 årene – kanskje lenger enn det – har en hel rekke døgnplasser innenfor psykiatrien blitt bygd ned over hele landet. Vi ser at denne utviklingen fortsetter til tross for at man har

vedtatt en opptrappingsplan som sier at man skal ha både flere døgnplasser i psykiatrien og en desentralisert struktur.

Det som er oppsiktsvekkende, er at det er ved de distriktpsykiatriske sentrene i distriktene at døgnplassene og døgntilbud legges ned. Vi merker oss at både Legeforeningen og Fagforbundet i sine høringsinnspill trekker fram at det er redusert kapasitet, at man mister døgnfunksjoner flere plasser, og at veldig mange da får en lengre avstand til tilbud som tidligere var tilgjengelig lokalt.

Derfor er det nå helt nødvendig å gripe inn og stoppe de prosessene som foregår ved Sykehuset Telemark og ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Helseforetaket har vedtatt å legge ned DPS-en i Seljord. Det er også vedtatt å avvike døgntilbudet ved DPS-ene på Storslett i Nordreisa kommune og på Storsteinnes i Balsfjord kommune, i Troms fylke.

Derfor vil jeg, på vegne av Fremskrittspartiet, SV, Rødt og Senterpartiet, ta opp mindretallsforslag nr. 1, om å opprettholde det distriktpsykiatriske senteret i Seljord med døgntilbud på minst dagens nivå, og mindretallsforslag nr. 2, om de nevnte tilbudene i Troms.

Presidenten [10:05:52]: Representanten Kristian August Eilertsen har tatt opp de forslagene han refererte til.

Kai Steffen Østensen (A) [10:06:06]: Godt nytt år, president, og takk til saksordføreren for arbeidet og redegjørelsen i saken. Dette er en sak som understreker viktigheten av fortsatt å løfte, prioritere og helhetlig rigge et psykisk helsetjenestetilbud som gir gode og tilgjengelige tjenester der folk bor og trenger hjelp. En sånn helhetlig tilnærming bygger på opptrappingsplanen for psykisk helse som vi la fram sammen med Senterpartiet i 2023. Planen er helhetlig og langsiktig og ser forebygging, lavterskeltilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten i sammenheng – et vesentlig poeng for Arbeiderpartiet – sånn at pasientene får riktig behandling til riktig tid, av de fagfolkene som har kompetansen til å gi det.

De distriktpsykiatriske sentrene er en del av planen, og målet er klart: De skal utvikles og styrkes, for vi trenger både poliklinisk behandling, ambulant behandling og døgnbehandling i det som for Arbeiderpartiet handler om å sikre økt totalkapasitet for psykisk helsevern – og arbeidet følges opp. Arbeiderparti-regjeringen har bedt sykehusene lage konkrete og tidfestede planer for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal øke fram mot 2030, i tråd med framskrivingsplanene, både på sykehus og ved DPS-ene. Dette er et viktig oppdrag som er prioritert, og som sørger for at vi bygger på helheten i vår felles helsetjeneste.

Komiteens flertall løfter et viktig poeng om fagfolk-behovet framover. Fagfolkene er grunnplanken i helsetjenesten – uten dem, ingen tjeneste. Det er også derfor vi er i dialog med alle partiene på Stortinget om en ny helsepersonellplan fram mot 2040, med mål om å styrke innsatsen for utdanning og rekruttering, men også for å sikre at vi beholder flere folk i tjenesten. Arbeidet er allerede i gang, og vi vil også inkludere psykisk helsevern. Innspillene til dette representantforslaget bør vi ta med oss inn i arbeidet.

Til slutt: Arbeiderpartiet er tydelig på at Stortinget bør være varsomt med å gå inn i hvorvidt enkelttilbud skal legges ned eller opprettes ved ulike helseforetak. Vi setter de overordnede målene for vår felles helsetjeneste i denne sal, mens sykehusene må ha handlingsrommet til å kunne få levere på oppdraget. Det stadig å gripe inn i enkeltbeslutninger vil være å flytte de faglige forsvarlighetsvurderingene fra fagmiljøene til politikerne. La meg likevel understreke at vi ser behovet for å fornye dagens helsemodell, sånn at vi alltid har rammene til å gi verdens beste helsetjeneste. Det arbeidet er i gang med regjeringens varslede helsereform.

Skal vi gi trygghet for folks psykiske helse, må vi sørge for at vi bygger opp totalkapasiteten i psykisk helsevern. Det er det Arbeiderpartiet prioriterer.

Margret Hagerup (H) [10:09:12]: Psykisk helse er et av de viktigste områdene i helsepolitikken. Det handler om mennesker som strever, familier som står i krevende situasjoner, og et helsevesen som må være tilgjengelig når behovene er størst. Derfor er det også bred enighet i denne salen om at psykisk helsevern må styrkes, og at distriktpsykiatriske sentre er en helt sentral del av dette tilbudet.

Høyre deler intensjonen bak representantforslaget som ligger til grunn for denne innstillingen. Vi er enige om at kapasiteten innen psykisk helsevern er presset, at mange pasienter opplever for lange ventetider, og at mangel på personell er en alvorlig utfordring både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Samtidig er det viktig å være tydelig på hvordan vi best kan løse disse utfordringene. Høyre mener at en styrking av DPS-ene ikke kan skje gjennom detaljstyring fra Stortinget av enkeltinstitusjoner eller bestemte døgntilbud. Slike beslutninger må tas på bakgrunn av faglige vurderinger, pasientenes behov og helheten i tjenestetilbudet – ikke gjennom politiske vedtak om konkrete lokaliseringer eller driftsformer.

Helsepolitikk handler også om prioriteringer og realisme. Vi står allerede i en situasjon der mangelen på kvalifisert helsepersonell er den største flaskehalsen i tjenestene. Å vedta nye opptrappingsplaner uten samtidig å sikre rekruttering, utdanning og bedre bruk av per-

sonell, risikerer å bli symbolpolitikk med gode intensjoner, men begrenset effekt for pasientene.

Høyre mener derfor at en vidare utvikling av DPS-tilbudet må inngå i en helhetlig plan for psykisk helsevern – en plan som ser spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i sammenheng, som legger til rette for mer ambulante tjenester, bedre samhandling og større fleksibilitet, og som tar hensyn til at behovene kan variere betydelig mellom ulike deler av landet.

Høyres mål er klart: Pasientene skal få raskere hjelp, bedre kvalitet i behandlingen og et mer tilgjengelig psykisk helsevern uavhengig av hvor de bor. Det er pasientens helsetjeneste. For å få til det må vi gi fagmiljøene tillit, sikre bærekraftige rammer og prioritere tiltak som faktisk styrker kapasiteten i tjenestene.

Høyre støtter det første forslaget om å gjennomføre en helhetlig og faglig gjennomgang av tilbudet, med en tydelig føring om å hindre nedbygging av den totale kapasiteten innen psykisk helsevern. Høyre deler ambisjonen om et sterkt og desentralisert psykisk helsevern. Samtidig mener vi at veien dit må være faglig forankret, helhetlig og realistisk.

Kathy Lie (SV) [10:12:09]: I denne saken fremmer vi forslag som er både overordnede og prinsipielle og et forsvar mot nedleggelse av konkrete distriktpsikiatriske senter vi vet det er planer om å legge ned, eller hvor man planlegger å legge ned døgnplassene.

Det er stort behov for psykisk helsehjelp i hele landet, og for mange er det viktig å kunne få den hjelpen i nærheten av der de bor og lever sitt liv. Man skal ikke behøve å bo i en større by for å ha psykisk helsehjelp innenfor rimelig reiseavstand. Det er jo hele kjernen i at man i sin tid satset på å få spesialisert psykisk helsehjelp ut av de store sykehusene i form av DPS-er.

Altfor mange med psykiske helseplager får ikke den hjelpen de trenger. Mange oppsøker ikke hjelp, og mange av dem som ber om hjelp, får ikke hjelp, eller de får hjelpen altfor sent. Kapasiteten innen psykisk helsevern er rett og slett for lav. Vi har en opptrappingsplan for psykisk helsehjelp, men i dag tror jeg det er mange som ikke opplever noen opptrapping. Særlig er jeg bekymret for at så mange unge sliter med psykisk uhelse. Det er selvfølgelig kritisk for den enkelte som får et vanskelig liv, men også for samfunnet når stadig flere unge ender opp som uføre.

Skiftende regjeringer har sagt de skal satse på psykisk helse i mange år. Det vises til statistikker som sier at det er like mange døgnplasser i psykisk helsevern nå som for noen år tilbake, men opplevelsen der ute er en helt annen. Stadig hører vi om fortvilte mennesker som opplever at deres distriktpsikiatri legges ned. Fra et stort helseforetaks side kan det virke bagatellmessig å

legge ned en sengeplass her og der, eller endog å flytte sengene et annet sted, men for dem som lever sitt liv i et distrikt hvor den helsehjelpen de visste var i nærheten, ikke lenger er der, er dette dramatisk.

Jeg er enig i at helsetilbudet i Norge ikke styres best gjennom enkeltvedtak i Stortinget, men gjennom gode utredninger og god planlegging av det totale tilbudet. Vi kan likevel ikke bare sitte her og se på at psykiatrien bygges ned og sengeplasser flyttes og legges ned, samtidig som alle er enige om at vi skal styrke psykiatrien, og samtidig som vi faktisk har en opptrappingsplan som skal gi bedre og mer psykisk helsehjelp – ikke mindre. Derfor støtter SV forslagene om bevaring av DPS-tilbudet i Seljord og i Troms.

SV støtter alle forslag som fremmes i saken. Vi er godt fornøyde med at det er flertall i komiteen for å gjøre en helhetlig faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern, og at det skal fremmes en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktpsikiatriske senter i hele Norge. Vi er også godt fornøyd med at det er flertall for å be regjeringen sikre at inntil vi har denne planen på bordet, skal alle planer og vedtak om nedleggelse eller svekking av døgnplasser stilles i bero. Vi er dessuten fornøyde med at vi skal få til en satsing på utdanning og rekruttering av helsepersonell innen psykisk helsevern.

Med dette vil jeg bare si: Godt nytt psykisk helseår til alle!

Kjersti Toppe (Sp) [10:15:19] (leiar i komiteen): Takk til komiteen for samarbeidet om saka.

I den førre store opptrappingsplanen for psykisk helse, frå 1999 til 2008, vart det etablert distriktpsikiatriske senter i heile Noreg. Det var ei tydeleg politisk satsing på desentralisert struktur av spesialiserte tilbod innan psykisk helsevern. Ei slik utbygging skulle sikra nærleik til pasientar, og at dei store institusjonane ikkje lenger skulle vera hovudregelen i psykisk helsevern. Oppbygginga av DPS skulle sikra desentralisert behandling, spesialiserte tilbod og eit godt samarbeid om pasientar med kommunane, og det skulle inngå i det heilskaplege behandlingstilbodet innan psykisk helsevern.

Det har vore fleire opptrappingar etterpå, bl.a. ein opptrappingsplan som vart vedtatt i Stortinget i 2023, som òg skulle fortsetja ei utvikling av det nære helsetilbodet i psykisk helsevern. Vår store bekymring er likevel at trass i ein vedtatt opptrappingsplan er fleire DPS-ar føreslått lagde ned, eller det er gjort vedtak om nedlegging. I høyringa komiteen hadde, kom det fram frå fleire at det no skjer ei stille nedbygging av DPS-ar i psykisk helsevern. Legeforeningen påpeikte at fleire DPS-einingar har fått redusert kapasitet eller har mista døgnfunksjonen. Fagforbundet rapporterer om at tillitsvalde seier at det no skjer ei nedbygging av DPS-ar over heile landet.

I Seljord er det no gjort eit vedtak om å leggja ned DPS-en. Det vil bety at kapasiteten for psykosepasientar når det gjeld døgnbehandling, vert redusert med 40 pst. Mitt spørsmål er om Stortinget kan karakterisera dette som ei enkeltsak som ikkje er Stortinget verdig å bry seg om, og at vi berre skal visa til at dette er ei fagleg utvikling vi skal ha respekt for.

I opptrappingsplanen for 2000-talet var det ein politisk visjon om eit desentralisert tilbod. Eg ser ikkje den visjonen no. Eg synest det er veldig, veldig trist at ein skal leggja ned eit fagmiljø i Seljord med over 20 kompetente medarbeidarar og eit unikt tilbod for ei sårbar pasientgruppe i Øvre Telemark med meir. Det synest eg faktisk at Stortinget skulle ha brydd seg om. Eg er glad for fleirtalet vi har fått for det eine forslaget, og forslaga er vel tatt opp frå før.

Presidenten [10:18:26]: Forslagene er allerede opp-tatt.

Seher Aydar (R) [10:18:41]: Psykisk helsevern må styrkes, ikke svekkes. I Telemark og Troms legges døgn-tilbud ned, og selv ved store sykehus som Oslo universitetssykehus kuttet det dramatisk. Med helseforetaksmodellen skal sykehusene få folk gjennom. De skal produsere behandling. De vil at pasienten skal raskt inn og raskt ut. Det har gjort at psykisk helsevern har vært salderingspost i helseforetakene lenge.

Hver eneste helseminister som har sittet siden helseforetaksmodellen ble innført, har forsøkt å få helseforetakene til å prioritere psykisk helse, uten å klare det. Psykisk helse lønner seg ikke i sykehusenes system. Da er det der de kutter når økonomien settes under press. Det er altså økonomiske kutt, ikke faglige. Kuttene i psykisk helse i spesialisthelsetjenesten har lempet ansvaret over på kommunene, noe de verken har kapasitet eller kompetanse til å håndtere. Jeg er bekymret over en situasjon der befolkningens psykiske helseproblemer øker, uten at tjenesten er rustet til å møte det behovet.

Høyre innførte innsatsstyrt finansiering i poliklinisk psykisk helsevern, til tross for advarsler fra fagfolkene. Resultatet har vært at de ansatte har måttet bruke mye av tiden sin på administrative oppgaver og koordinering av pasientene. Det har helt klart gått ut over pasientene. Ifølge en medlemsundersøkelse Psykologforeningen utførte, oppleves det at rammene er for trange, og at de presses til å skrive ut pasienter før de er ferdig behandlet. Nå har DPS-ene store vansker med å holde på og rekruttere psykologer, og det påvirker selvfølgelig tilbudet over hele landet.

Det som skjer nå, er at over hele landet står tilbud i fare for enten å bli lagt ned eller å kuttet kraftig i. Riksrevisjonen har kommet med sterk kritikk av tjenestetilbudet for mennesker som sliter med rus og psykiske helseli-

delser. Det er faktisk ikke sånn at pasientene blir borte selv om tilbud blir vedtatt lagt ned, og legges ned. Derimot fører disse kuttene i psykisk helsehjelp til at mange pasienter blir stående uten hjelp, oppfølging og behandling, og det til tross for at de har et behov for helsehjelp. Det er det som er konsekvensen av å vedta å legge ned psykiske helsetilbud til tross for at behovet er til stede.

Noen oppsøker aldri hjelp. Det finnes det ulike grunner til. Andre som derimot faktisk oppsøker hjelp, får ikke den hjelpen de trenger. Ja, mange får også veldig god hjelp av dyktige fagfolk. Det vi ber om i disse forslagene, er at det skal bli tilgjengelig for flere over hele landet, uansett om de bor i Troms, Telemark, Oslo eller et annet distrikt eller en annen storby – altså uavhengig av geografi, økonomi eller bakgrunn. Rødt er mot nedleggelse av tilbudene, fra nord til sør.

Marius Langballe Dalin (MDG) [10:21:52]: Det er vondt å miste noko som har betydd mykje for ein. Vi som kjem frå Distrikts-Noreg, blir med rette bekymra når vi ser at storsamfunnet tek frå oss noko. Det skal vi ta på alvor, også i denne salen.

Samtidig er det viktigare å sjå på korleis vi kan stille dei riktige krava framover og utvikle tilbodet i eit heilskapleg perspektiv, framfor å gå inn og krevje at vi skal ha akkurat det vi har i dag. Vi må sjå heilskapen framfor å gå inn i detaljar vi ikkje har føresetnader for å gå inn i. Det viktigaste er faktisk å ha lokale tenester ein treng ofte, og det er dei polikliniske tenestene. Vi i MDG satsar hardt på å utvikle betre og meir utbreidde polikliniske tenester både i psykiatrien og i somatikken. Vi har kjempa igjennom 100 mill. kr ekstra til døgnplassar i psykiatrien, og det skal vi følgje opp, men dei veit best lokalt korleis desse midlane kan brukast. Vi har tru på det lokale sjølvstyret, faktisk.

Om eg er rett informert, er DPS-en i Seljord allereie i praksis nedlagt. Det har vore store rekrutteringsutfordringar, og det å prøve å oppretthalde dette no er som å piske ein død hest, dessverre. Det har også vore lågt belegg, ikkje minst frå dei lokalt. Det er også noko ein tek i betraktning. Eg har sjølv sagt vore i kontakt med Legeforeningen, mi eiga fagforeining, og dei åtvarar på det sterkaste mot at vi skal gå inn på denne måten i Troms og Seljord, slik delar av Stortinget no ønskjer å gjere. Ikkje minst i Troms er det ein situasjon der dei faktisk har ei betydeleg styrking av døgnplassar i psykiatrien, men dei ser det som fagleg nødvendig å samle det. Totalt sett vil det å vedta dette difor vere ei betydeleg svekking av det psykiske tenestetilbodet i Troms.

Vi kjem difor berre til å støtte eitt forslag, og det er det første punktet i tilrådinga frå komiteen om «en enhetlig faglig gjennomgang». Vi forstår det slik at dei i kvart lokale helseforetak skal styrkje døgntilbodet i psy-

kiatrien og styrkje det totale tilbudet, men at vi ikkje skal gå inn og detaljstyre frå Stortinget. Vi risikerer å skyte oss i foten og gjere vondt verre for dei som treng det aller mest, for det er nettopp desse dei ønskjer å satse på, ikkje minst i Troms.

Ida Lindtveit Røse (KrF) [10:24:43]: DPS-ene er viktige. De sikrer nærhet til behandlingstilbudet, og de sikrer også et bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det er veldig stor enighet om at dette er riktig og viktig, men likevel går utviklingen i feil retning. I stedet for at DPS-ene styrkes, svekkes de og er nedleggingsstruet. Det medfører lengre avstander og kan også heve terskelen for både å få og å be om hjelp.

På den ene siden har det vært et sterkt politisk ønske om mer behandling nærmere der folk bor, at mennesker ikke skal bli kasterbatter i systemet mellom instanser, og at man på den måten svekker tilbudet. Samtidig er det nettopp det som skjer. Det desentraliserte tilbudet svekkes, og det rapporteres både om nedbygging og om at tilbud avsluttes og legges ned. Det får konsekvenser – først i det små og kanskje ikke så synlig, men deretter blir det mer synlig.

Statsråden viser i sitt svar til at det er personellutfordringer, og at personell er den viktigste ressursen for å gi trygge og gode tjenester. Det er jeg helt enig i. Det er allerede mangel på personell, og behovet blir enda større i årene som kommer. Når man lar det gå så langt og bygger ned et tilbud over tid, kan man heller ikke la seg overraske over at det på et tidspunkt vil oppstå personellmangel i andre enden. Det er ikke ordene som betyr noe; det er faktisk handling. Vi kan gjenta så mange ganger vi vil i denne salen at psykisk helsevern må styrkes, men når det er det motsatte som i realiteten skjer, må vi sette foten ned, og det er KrFs utgangspunkt i denne saken.

Derfor støtter vi forslag til vedtak I, om at inntil det reelt sett er en plan for utvikling av distriktpsykiatriske senter, må nedskjæringen og nedstengningen stoppe. Det er uakseptabelt at DPS-er legges ned samtidig som vi behandler denne saken, og samtidig som vi står og sier at tilbudet må styrkes.

Når det gjelder forslag nr. 2, mener jeg intensjonen egentlig er ivaretatt gjennom forslag til vedtak I. Samtidig vil jeg uttrykke en stor skepsis til at vi fra Stortingets side skal begynne en detaljstyring på institusjonsnivå.

Til slutt: For å sikre nok personell innenfor psykisk helsevern må det også satses på utdanning og rekruttering for framtiden. Det kan selvsagt ses på i sammenheng med andre strategier og satsinger for å sikre nok helsepersonell, men det er viktig når vi ser den utviklingen som har vært og er, at dette også er en tydelig satsing fra Stortingets side.

Statsråd Jan Christian Vestre [10:27:54]: Godt nytt år!

Aller først vil jeg takke representanten Toppe for å løfte fram et viktig tema. La meg begynne med å si at vi har gode desentraliserte tjenester innen psykisk helsevern i Norge. De distriktpsykiatriske sentrene, DPS-ene, står for hovedvekten av det polikliniske tilbudet til voksne pasienter over 18 år. Det gis tilbud om døgnbehandling ved DPS-ene eller i sykehus, avhengig av pasientens tilstand og behov.

Det er verdt å minne om at vi har greid å snu nedgangen i antall døgnplasser til at det nå er en økning. Den økningen kommer til å fortsette gjennom 2026 og 2027. I de planene for økt døgnkapasitet som regjeringen har bestilt, og som de regionale helseforetakene leverte på i høst, er døgntilbudet ved de distriktpsykiatriske sentrene medregnet. Jeg kommer til å stille krav til de regionale helseforetakene om at denne økningen skal fortsette også i årene framover, i tråd med de behovene helseforetakene selv har pekt på gjennom framskrivningsmodellen.

Jeg vil legge til at det også er gledelig at vi ser en nedgang i ventetider for psykisk helsevern. Vi ser at stadig flere kommuner bygger ut lavterskeltilbud innen psykisk helsevern. Det jobbes også med nye måter å organisere tjenestetilbudet på, slik at pasienter som har behov for tjenester, ikke skal være kasterbatter mellom kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester, men at de skal få én vei inn til psykisk helsevern. Alt dette er viktige tiltak.

Å sikre tilgang til døgntilbud handler om å ta vare på de mest alvorlig psykisk syke. Også for denne gruppen pågår det en styrking av tilbudet, bl.a. gjennom en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien. Så trenger vi å satse enda mer på forebygging og lavterskeltilbud. Det bidrar til at sykdomsbyrden kan bli mindre, både for den enkelte og for samfunnet.

Jeg deler komiteens bekymring for økningen i psykiske plager, særlig når det gjelder våre barn og unge. Derfor er innsats spesielt overfor barn og unge viktig i den videre oppfølgingen av Opptrappingsplan for psykisk helse. Her er også en videre styrking av DPS-ene et viktig mål. I videreutviklingen av disse tilbudene bygger vi på de framskrivningsmodellene vi har, og jobber for å sikre et best mulig og mest mulig helhetlig tilbud til målgruppen. Så må vi også vurdere konsekvensene av all politikk når det gjelder tilgangen til helsepersonell og hvordan vi legger til rette for både å rekruttere og å beholde de fagfolkene vi trenger framover.

Jeg er glad for at komiteen er engasjert i tilbudet til dem med psykiske lidelser. Jeg er glad for at vi har gode desentraliserte tjenester. Innstillingen viser at det er bred enighet om mål og ambisjoner, men noe ulike syn

på hvilke beslutninger vi skal ta nasjonalt, og hvilke som bør tas av dem som er nærmere pasientene.

Til slutt vil jeg si at jeg naturligvis merker meg innstillingen, og regjeringen kommer naturligvis til å følge opp de vedtakene Stortinget vil gjøre.

Presidenten [10:30:57]: Det blir replikkordskifte.

Kristian August Eilertsen (FrP) [10:31:13]: I høringsinnspillene fra både Legeforeningen og Fagforbundet til komiteen ble det påpekt at flere DPS-enheter har fått redusert kapasitet, de har mistet døgnfunksjoner de siste årene, og at pasienter dermed har fått lengre avstand til tilbud som tidligere var tilgjengelig lokalt. De trekker også fram at dette er en bekymringsfull utvikling.

Når vi ser til Troms fylke, er det altså nå vedtatt i helseforetaket å legge ned døgntilbudet ved DPS-ene på Storslett i Nordreisa, på Storsteinnes i Balsfjord og på Silsand på Senja. Dersom det gjennomføres, står man uten døgnplasser i distriktene i Troms. Det er ingen døgnplasser igjen, det er kun i de to store byene – Harstad og Tromsø – at det er døgntilbud tilgjengelig.

Hva tenker statsråden om dette? Mener han det er fornuftig at man skal stå uten døgntilbud i distriktene i Troms?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:32:08]: Jeg er enig i beskrivelsen av at det har vært bygd ned for mange døgnplasser i psykisk helsevern. Det har pågått over mange år. I forrige periode var det viktig for regjeringen å stoppe den nedbyggingen, og det klarte vi. Denne perioden har vi sagt at vi skal bygge opp. Vi har også lagt fram en plan for hvordan vi skal øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern over en del år, med om lag 460 nye døgnplasser.

Jeg mener det er et viktig prinsipp at vi som politikere bør legge de overordnede rammene, bl.a. være tydelig på oppbygging, være tydelig på hvilke tilbud og tjenester vi forventer at eksisterer, og så mener jeg det bør være opp til de regionale helsemyndighetene og de lokale sykehusstyrene å bestemme hvordan dette tilbudet skal innrettes. Da må de bl.a. ta hensyn til hvor det er behov, hvor det finnes fagkompetanse, det totale tjenestetilbudet i regionen. Helse nord har planer om å bygge opp kapasiteten, de har ikke planer om å bygge ned kapasiteten, men tjenestetilbudet vil kunne bli justert for bedre å ivareta pasientene.

Kristian August Eilertsen (FrP) [10:33:13]: Det er ikke snakk om en justering av tilbudet i Troms, det er snakk om en sentralisering av tilbudet i Troms. Alt skal sentraliseres fra distriktene i fylket inn til de store byene. Det virker som statsråden mener at det er en for-

nuftig politikk å kutte ut døgntilbud i distriktene, og at dette kun skal være tilgjengelig i de store byene.

Jeg vil minne statsråden om at Troms er et fylke med enorme avstander. Hvis man skal kjøre fra f.eks. Nordreisa, der DPS på Storslett ligger, og det i dag er døgntilbud, og til Tromsø, snakker vi altså om opp mot 4 timers kjøretid. Det vil si at avstanden for de sykeste blir betraktelig større, og tilgjengeligheten blir mindre. Det er konsekvensen av politikken statsrådets regjering fører. Mener virkelig statsråden det er fornuftig å sentralisere såpass viktige tilbud for de sykeste av de psykiatriske pasientene – inn til de største byene, der man også f.eks. har et større rusmiljø – og at man da ikke skal ha noe tilbud igjen i distriktene?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:34:16]: Sentralisering er ikke noe mål for regjeringen. Målet er at vi skal ha gode helsetjenester over hele Norge. Når de lokale helsemyndighetene er helt tydelige på at de trenger å flytte kapasitet, bl.a. for nettopp å ta vare på de aller sykeste pasientene ved Åsgård i Tromsø, der vi nå skal investere stort i et helt nytt sykehusbygg, mener jeg vi skal lytte til hva de lokale helsemyndighetene sier. Jeg har møtt fagfolkene i UNN, som er veldig tydelige på at de mener dette er det beste for pasientene i Troms.

Det er ikke sånn at alle tjenestene skal sentraliseres. Snarere tvert imot pågår det nå en prosess sammen med kommunene for å se på hvordan man kan lage halvannenlinjetjenester, hvordan man kan videreutvikle DPS-strukturen med tanke på samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er allerede levert inn en søknad fra Helsefelleskapet Troms og Ofoten om rekrutterings- og samhandlingsmidler, og der ser man nå på både samdrift av KAD-senger og også døgnplasser ved DPS. Det kommer til å være tilbud også i fremtiden.

Bård Hoksrud (FrP) [10:35:32]: Det er interessant å høre statsråden si at man ønsker distriktpsikiatriske sentre i distriktene, når man sentraliserer – spesielt i både Troms og Telemark.

Jeg har lyst til å stille statsråden et veldig konkret og tydelig spørsmål. I et skriftlig svar til meg i begynnelsen av oktober skrev statsråden at ved endringer som er av vesentlig betydning for helseforetakets virksomhet, skal saken politisk avklares i et foretaksmøte.

Da blir spørsmålet mitt: Er nedleggelse av Seljord avklart politisk i et foretaksmøte, hvor statsråden som øverste ansvarlig aksepterer og mener det er helt greit å legge ned dette tilbudet? Jeg hører at man begrunner det faglig med at det er vanskelig å få tak i folk, men det er realiteten fordi man i flere år har truet med at dette tilbudet skulle legges ned. Det er klart at ingen søker når man ikke vet om man har jobb der til neste år. Det er konse-

kvensen og noe av utfordringen. Har statsråden vært inne, har det vært et foretaksmøte, eller er ikke innbyggerne i Vest-Telemark som sliter med psykiske helseplager, viktige nok?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:36:35]: Innbyggerne i Vest-Telemark er like viktige som alle andre innbyggere i landet vårt, men jeg må også minne om at Sykehuset Telemark helt siden mai 2024 har forsøkt å rekruttere psykiater til DPS i Seljord uten å lykkes. Vi kan liksom ikke bare hoppe over det og late som at det rekrutteringsproblemet ikke eksisterer.

Jeg har sjekket tallene i dag. Når det gjelder Sykehuset Telemark, er det riktig at det nå er besluttet å avvikle ni døgnplasser ved Seljord DPS, men vi må også ha med i ligningen at en øker antallet sikkerhetspsykiatriske plasser med syv, og en oppretter også to nye psykoseplasser ved en annen lokasjon i Telemark. Veldig mange av dem som har brukt DPS i Seljord, kommer ikke fra Vest-Telemark. Det er mange innbyggere fra Grenland som bruker det tilbudet.

Det har helt sikkert vært et godt tilbud, men nå er vi inne i veldig detaljerte spørsmål. Jeg lurte litt på hvordan representanten mener at vi på Stortinget skal ha bedre forutsetninger for å vite hva som gir det beste tjenestetilbudet til innbyggerne i Telemark, enn Sykehuset Telemark kan, som er opptatt av sine innbyggers ve og vel, og som kan gjøre de helhetlige, faglige vurderingene.

Erlend Svardal Bøe (H) [10:37:53]: Statsråden sier i sitt innlegg at regjeringen har en intensjon om å øke antallet døgnplasser innen psykisk helsevern med 430 plasser. Det er – først og fremst – ikke noe regjeringen har kommet på, det er noe Stortinget vedtok i opptrappingsplanen for psykisk helse for to et halvt år siden, der Stortinget ba regjeringen om å øke antallet døgnplasser med 430 plasser. Problemet er at det vedtaket ble gjort for to et halvt år siden.

I trontaledebatten i oktober kom regjeringen plutselig med et forslag om at en skal lage en plan for hvordan en skal øke døgnplassene. Spørsmålet mitt er: Hva er grunnen til at en ikke har fulgt opp det vedtaket Stortinget har gjort? Hvorfor har en brukt to et halvt år på å gjøre nesten ingenting – når vi ser at det er stort behov for å øke antallet døgnplasser i tiden framover?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:38:44]: Det regjeringen har prioritert, er å stoppe nedbyggingen av antall døgnplasser. Det i seg selv har vært veldig viktig, men det har også vært krevende, fordi det har vært bygd ned over veldig mange år.

Vi har også vært utålmodige, og jeg er enig med representanten i at dette har gått for sakte. Det er også grunnen til at vi i styringsdialogen med de regionale hel-

seforetakene har tydeliggjort dette målet. Det gjorde vi allerede før sommeren i fjor. Nå får vi se hva de endelige tallene for 2025 viser, men alle prognosene tilsier at vi for første gang på lang tid har en vekst i antall døgnplasser. Som jeg sa i innlegget, kommer den veksten til å fortsette gjennom 2026, og den skal fortsette gjennom 2027. Dette stiller vi krav om i oppdragsbrevene, vi måler det, og vi kommer til å følge med på det, så det er jeg helt sikker på at sykehusene faktisk kommer til å gjøre.

Jeg er også glad for de signalene som kommer fra partiet Høyre i dag, nemlig at det er et politisk ansvar å sikre at vi har nok kapasitet – men hvor den kapasiteten skal være, og den nøyaktige arbeidsdelingen mellom de ulike institusjonene, bør det være opp til de lokale sykehusstyrene å bestemme.

Erlend Svardal Bøe (H) [10:39:49]: Det å stoppe nedbyggingen var også et vedtak Stortinget gjorde i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse, og jeg tror vi som politikere må være ærlige på at vi over mange år har bygd ned, fordi de faglige vurderingene har vært at en skulle ha en dreining.

Jeg har et oppfølgingsspørsmål. I Arbeiderpartiets opprinnelige budsjettforslag for 2026 lå det ingen penger til å øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern. I budsjettenigheten med SV, Senterpartiet, MDG og Rødt ligger det riktignok inne 100 mill. kr. Utfordringen er at de 100 mill. kr som er lagt inn, fordeles på både rus, psykisk helse og vold. Da er mitt spørsmål til statsråden: Hvordan skal en da fordele de 100 mill. kr, og hvor mye vil det gi i netto vekst og tilvekst i døgnplasser i psykisk helsevern for 2026?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:40:41]: Akkurat tallet for 2026 husker jeg ikke. La meg likevel være helt tydelig på at det sykehusbudsjettet Stortinget har vedtatt, er et godt sykehusbudsjett, og det er ikke bare fullt mulig, men jeg forventer også at sykehusene kommer til å levere på det oppdraget de har fått, med det budsjettet de har fått. Det er et budsjett som dekker fullt ut kostnadsveksten, det dekker fullt ut demografi, og det er på toppen av det noe midler til aktivitetsvekst.

Vi bruker mer penger på helse enn stort sett alle andre land rundt oss. Vi har også høyere personelldekning i våre sykehus enn veldig mange andre land. Vi bruker mer penger på sykehusene nå enn vi gjorde før pandemien. Teknisk beregningsutvalg viser at det har vært en reell vekst i sykehusbudsjettene under denne regjeringen, mens det under den forrige regjeringen var det motsatte som skjedde.

Alt kan ikke bare handle om å bevilge mer penger, vi har også et ansvar for å forvalte skattebetalernes penger på en effektiv måte. Vi må være like opptatt av hva vi får ut av hver skattekrone vi bruker på helse, som av hver

skattekrone vi putter inn i helsetjenesten. Derfor er jeg ikke enig i premisset om at alle nye oppgaver må komme med nye midler.

Kjersti Toppe (Sp) [10:41:58]: Når eg høyrer innlegget til statsråden, slår det meg at det verkar som det er det same for statsråden og regjeringa om det er eit tilbod i eit distriktpsikiatrisk senter i distriktet, eller om det er eit tilbod meir sentralisert i helseføretaket. Det er òg full tillit til at dette er avgjerder helseføretaket sjølv må gjera – inga politisk innblanding og ingen politiske visjonar om at vi faktisk skal ha eit godt, desentralisert psykisk helsevern med distriktpsikiatriske senter med døgnfunksjonar.

I Seljord betyr nedlegging av DPS-et ein reduksjon på 40 pst. i psykoseplassar. Det hjelper ikkje om ein aukar sikkerheitspsikiatrien, for det er faktisk ikkje den same pasientgruppa – såpass mykje forstår òg vi på Stortinget. Spørsmålet mitt er, som Bård Hoksrud òg tok opp: Har statsråden godkjent denne nedlegginga på eit føretaksmøte?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:43:05]: Begge representantene vet at det ikke har vært gjennomført foretaksmøte om DPS i Seljord. Det er offentlig tilgjengelig informasjon. Jeg er også litt overrasket over at representanten ikke hører hva jeg sier i innlegget mitt, så la meg gjenta det jeg sa. Jeg sa at i opptrappingsplanen er videre styrking av DPS et viktig mål. Selvsagt skal vi styrke DPS-ene. Vi er bare grunnleggende uenige om vi skal sitte i hovedstaden, i Oslo, og detaljstyre hvor plassene i distriktene skal være, eller om de lokale sykehusstyrene, med lokale tillitsvalgte, lokale verneombud og lokale fagfolk, og etter høringsinnspill fra de lokalt berørte kommunene, skal ha den myndigheten.

Ja, jeg har faktisk større tillit til at lokale sykehusstyrene, som sitter tett på pasientene sine, kan vurdere hva som er hensiktsmessig struktur, og ja, jeg tar det på alvor når Sykehuset Telemark sier at de i to år har forsøkt å rekruttere til Seljord og ikke får det til. Vi kan jo ikke lukke øynene for det. Så er det et politisk ansvar å sikre nok døgnplasser, og det var også det jeg ga representanten ros og anerkjennelse for å bringe fram i dette forslaget.

Seher Aydar (R) [10:44:23]: Gang på gang hører vi helseministre snakke om at psykisk helse skal prioriteres. I dag hører vi om den viktige jobben som er gjort, men det er i strid med både den informasjonen vi får lokalt, og også det både Fagforbundet og deres tillitsvalgte sier, og som Legeforeningen forteller om, at folk har fått lengre avstand til helsetilbud. Realiteten er altså at tilbudet ikke er godt nok. Realiteten er at det ikke holder at helseministrene har gode intensjoner, når vi har et sykehusystem som gjør at det ikke lønner seg å prio-

ritere psykisk helse, hvor nedprioriteringene eller omorganiseringene ikke handler bare om hva som er faglig lurt, men om hvordan sykehusystemet er i dag.

Ser helseministeren utfordringer med hvordan sykehusene er organisert i dag, som gjør at psykisk helsevern nedprioriteres, og at vi har disse debattene vi har i dag – som ikke bare handler om at Stortinget vil detaljstyre tilbudene lokalt, men om at tilbud legges ned til tross for at det finnes et enormt behov?

Statsråd Jan Christian Vestre [10:45:17]: Noen tilbud legges ned, bl.a. fordi det ikke er pasientgrunnlag, fordi en ikke klarer å rekruttere helsepersonell, eller fordi en mener at pasientene vil ha større faglig utbytte og bedre kvalitet ved å få den helsehjelpen et annet sted – og ja, jeg mener at det er faglige spørsmål sykehusstyrene lokalt bør få vurdere.

Det er imidlertid ikke riktig at psykisk helsevern bygges ned, for antall døgnplasser går opp, og ventetidene går ned. Det er også stadig flere kommuner som utarbeider og utvikler lavterskeltilbud innenfor psykisk helsevern.

Betyr det at alt er rosenrødt? Nei, på ingen måte. Jeg er like bekymret som det Stortinget er for at vi har for få døgnplasser. Det er derfor vi nå bygger opp antall døgnplasser. Jeg er like bekymret som det Stortinget er for at det fortsatt er for mange kommuner som ikke har lavterskeltilbud. Det er derfor vi bevilger mer penger til kommunene, sånn at de kan opprette lavterskeltilbud.

Det er åpenbart utfordringer, men det er ikke det denne saken handler om. Det denne saken bl.a. handler om, er om vi skal gripe inn i et lokalt sykehusstyres ansvar og stoppe en omstillingsprosess. Da mener jeg vi flytter oppgaver bort fra sykehusstyrene, og det er regjeringen imot.

Presidenten [10:46:19]: Replikorkordskiftet er omme.

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

Ada Lassen-Urdahl (A) [10:46:45]: Psykisk helsearbeid skjer ikke først og fremst i et system. Det skjer i skolen, i arbeidslivet, i familien, i fritiden, i hverdagen. Derfor må vi tenke helhetlig. Forebygging, tidlig innsats og oppfølging er i stor grad et kommunalt ansvar. Det er der vi kan fange opp problemer tidlig, gi støtte før det blir alvorlig og bidra til mestring over tid. Samtidig vet vi at noen vil få alvorlige psykiske lidelser og ha behov for spesialisert kompetanse, døgnbehandling og tverrfaglig oppfølging. Da skal hjelpen være der – kompetent, trygg og tilgjengelig.

Distriktpsikiatriske sentre er en sentral del av dette bildet. Derfor er styrking og videreutvikling av dem avgjørende for å sørge for at flere får rett hjelp til rett tid,

men DPS-ene kan ikke fungere godt alene. De må inngå i et sammenhengende tjenestetilbud, der kommunen, DPS, ambulante team og sykehus jobber sammen rundt pasienten. Det er nettopp dette vi i Arbeiderpartiet legger til grunn i innstillingen: at utviklingen av DPS må ses i sammenheng med hele behandlingsskjeden og med hvordan vi best bruker den viktigste ressursen vi har, nemlig kompetent helsepersonell. Derfor har vi satset på opptrappingsplanen for psykisk helse og satt i gang arbeidet med Helsepersonellplan 2040. Det avgjørende spørsmålet her er faktisk ikke hvor mange planer vi har. Det avgjørende er om pasienten faktisk får den hjelpen de trenger, til rett tid, på rett nivå og med riktig kompetanse.

Helseforetakene har ansvaret for å vurdere hvordan de, i samarbeid med kommunene, kan sikre dette på en faglig forsvarlig måte. Det innebærer også å se ressursene samlet, slik at kompetansen brukes der den gjør mest nytte for befolkningen som helhet. Ja, det er viktig å ha tilbud nær folk, men ikke når det går på bekostning av kvaliteten og stabiliteten disse pasientene sårt trenger. Personellmangelen må løses før Stortinget vedtar opprettholdelse av døgnplasser. For Arbeiderpartiet handler dette om ansvarlighet og tillit – tillit til faglige vurderinger, et ansvar for helheten og en tydelig ambisjon om å bygge et psykisk helsevern som henger sammen, rundt menneskene det er til for.

Bård Hoksrud (FrP) [10:49:21]: Distriktpsikiatriske tilbud i distriktene er viktig. Det handler om at det skal være nær der folk er. Da må man ikke drive og sentralisere, som man nå er i ferd med å gjøre både i Troms, i Telemark og også andre steder, for når DPS-tilbudet flyttes lenger unna, er det ikke alle pasientene som faktisk følger etter. Noen blir sittende igjen, ikke fordi de ikke vil ha hjelp, men fordi de ikke klarer å reise dit – det er så store utfordringer med det. Det er det også viktig å ha med seg i dette bildet.

For Fremskrittspartiet er dette et spørsmål om trygghet og verdighet. DPS-ene skal være med og bidra til å senke terskelen for hjelp, ikke heve den. Jeg har eksempler fra min egen hjemkommune, der DPS er flyttet til nabokommunen. Det medfører utfordringer for noen av dem som brukte dette tilbudet, når man først skal på én buss og så må skifte til en annen buss. For de fleste av oss er ikke det noe stort problem, men for noen mennesker er det faktisk en stor barriere for å klare å komme seg dit. Det betyr altså at tilbudet blir dårligere, og det er konsekvensen med noe av det som ligger her. Jeg frykter det veldig i Telemark når det gjelder DPS i Seljord, der det ikke gjelder det daglige tilbudet, men døgntilbudet. Det er derfor vi ønsker å stoppe den beslutningen som er gjort.

Jeg stilte et konkret spørsmål som statsråden ikke svarte meg på, om det hadde vært foretaksmøte, og om han hadde fulgt opp det han svarte i skriftlig spørsmål til meg i oktober i fjor. Han avkrefter altså nå i etterkant til representanten Toppe og sier at han ikke har gjort det. Da er tydeligvis ikke dette viktig nok for helsetilbudet i Telemark, for man har sagt at vesentlige endringer i helsetilbudet i Telemark skulle statsråden politisk avklare i et foretaksmøte. Det er noe helt annet enn det statsråden svarte til representanten Toppe. Han sa bare at han ikke har gjort det.

Jeg mener noe om å bruke de sikkerhetspsikiatriske plassene i Skien som argumentasjon for hvorfor man skal legge ned ni plasser i Seljord. For det første er det ikke samme type plasser, og for det andre er det noe som er vedtatt for lenge siden. Dette er ikke noe som kommer som en konsekvens av det som skjer i Seljord. Det har vært utsettelse når det gjelder bygg og ferdigstilling osv., så ikke prøv å late som at dette er en oppfølging, og at man sørger for å ta hensyn til det som skjer i Seljord. Jeg synes det er viktig å ha med seg.

Jeg mener også noe om at regjeringens representanter her fra talerstolen skryter av at man skal heve og styrke tilbudet. Realiteten er at man først legger ned tilbud, for så å si at man kanskje skal øke det igjen. Jeg synes dette er veldig dumt. Jeg håper at både Kristelig Folkeparti og MDG besinner seg og tenker seg om en gang til, sammen med Høyre, og faktisk støtter mindretallets forslag i denne saken. Dette er viktig. Seljord har hatt utfordringer med rekruttering, men det har jammen ikke vært lett når man hele tiden har som spøkelse at tilbudet skal legges ned. Det har vært flere søkere, men man har ikke valgt. Jeg tror dette handler om kravene til kutt for Sykehuset Telemark på over 60 mill. kr om et par år.

Erlend Svardal Bøe (H) [10:52:41]: Vi har store utfordringer innenfor psykisk helse i Norge. Det er flere som sliter og som faller utenfor arbeidslivet. Andelen som får nei til hjelp, har økt med nesten 40 pst. de siste fire årene, og vi ser at tilbudet av døgnplasser ikke bygges raskt nok opp, og også blir spist opp, f.eks. av dem som blir dømt til tvungent psykisk helsevern.

Vi har gjort en del tydelige vedtak i denne salen. For to og et halvt år siden behandlet vi opptrappingsplanen for psykisk helse. Da vedtok Stortinget at vi skulle stoppe nedbyggingen av døgnplasser, og vi vedtok å øke antallet døgnplasser i tråd med framskrivingsbehovene i helseforetakene fram mot 2040. Fortsatt har ikke regjeringen fulgt opp det, men de skal nå lage en plan for hvordan man skal øke kapasiteten.

For ett år siden vedtok Stortinget at vi skal ha et desentralisert tilbud innenfor psykisk helsevern, som også er en del av dette arbeidet. Igjen har ikke Arbeiderparti-

et fulgt det godt nok opp. Selv om det ligger 100 mill. kr i budsjettenigheten, er det 100 mill. kr som smøres tynt utover. Dette er ikke 100 mill. kr bare til psykisk helsevern og oppbygging av døgnplasser i psykisk helsevern; dette er penger som også skal gå til andre områder for å bygge opp kapasitet.

Høyre er bekymret for den nedbyggingen av distriktpsykiatriske sentre som vi ser. Det er viktig at vi har tjenester nær folk, både døgnplasser og poliklinisk virksomhet. Det er også grunnen til at Høyre støtter forslaget om å ha en faglig og helhetlig gjennomgang av tilbudet innenfor distriktpsykiatriske sentre.

Jeg tror vi må stille oss et litt mer grunnleggende spørsmål enn det jeg opplever at man har gjort i salen så langt i dag. Hva er problemet i psykisk helsevern i dag? Er problemet lokasjonen, altså hvor tilbudet ligger, eller er problemet at folk ikke får hjelp? Jeg mener at problemet er det siste. Problemet er ikke hvor man legger tilbudet; problemet er at folk ikke får hjelp. Det er jo det vi burde ha brukt tiden på å diskutere her i salen. Hvordan kan vi øke den totale kapasiteten innenfor psykisk helsevern, hvordan kan vi sørge for at færre blir avvist i det psykiske helsevernet, og hvordan kan vi sørge for å bygge opp lavterskeltilbudene? Det er det vi burde fokusere på. Hvordan sørger vi for at flere mennesker får mer hjelp innenfor det psykiske helsevernet? Det er tydeligvis ikke interessant nok, for det gir kanskje ikke et oppslag i avisene, men det er folk vi snakker om. Det vi må diskutere, er folk som trenger hjelp.

Jeg er helt enig i diskusjonen som går på desentralisert tilbud, at det må forankres og følges opp. Derfor er også Høyre veldig glad for at forslaget om dette vil få flertall, for det betyr at regjeringen blir nødt til å gjøre en faglig og helhetlig gjennomgang av tilbudet ved de distriktpsykiatriske sentrene i dag. Totalkapasiteten og hvordan flest mulig skal få hjelp, må være det viktigste når vi diskuterer dette – for slik er det ikke i dag.

Hanne Beate Stenvaag (R) [10:55:55]: Det har tidligere i debatten blitt beskrevet hvor alvorlig situasjonen i Troms er, altså at tre desentraliserte døgntilbud skal legges ned – alle tilbudene i distriktene i Troms, både i Nordreisa, i Balsfjord og i Senja. Dette er veldrevne sengeposter som er viktige alternativer til innleggelse ved akuttpostene i Tromsø, hvor det er sprengt kapasitet og også begrenset mulighet for å skjerme forskjellige pasientgrupper fra hverandre.

Dette er en dramatisk sentralisering som svekker tilgangen på helsehjelp for mange i Troms. Det betyr at alvorlig syke mennesker må reise langt bort fra hjemstedet sitt – bort fra familie, venner og kjente omgivelser – for å få behandling. Det betyr at terskelen vil bli høyere for å få hjelp, og at det i praksis vil bli vanskeligere med

samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når spesialisthelsetjenestene flyttes bort fra der pasientene og de pårørende lever sitt liv. Avstandene i Nord-Norge er store. Fra Nordreisa tar det fire timer å kjøre til Tromsø. Til Alta tar det 2,5 time, og man må over Kvænangsfjellet, som er stengt ganske mange ganger i løpet av en vinter.

Min vararepresentant på Stortinget fra Troms, Camilla Mikkelsen, har vært en veldig tydelig stemme mot disse nedleggelsene, og hun har skrevet om sine erfaringer med DPS i Nordreisa:

«Første gang jeg ble innlagt ved døgnenheten ved DPS, var jeg så syk at jeg knapt klarte å møte opp, selv om innleggelsen var frivillig. Jeg måtte ha hjelp til å både pakke koffert og samle tanker, for alt var totalt kaos og mørke. Jeg var heldig – hjelpen jeg fikk ved DPS i Nordreisa ble et vendepunkt. Gjennom god og nær oppfølging kunne jeg sakte, men sikkert bygge meg opp igjen. Denne hjelpen har ikke bare gjort det mulig for meg å finne tilbake til meg selv, men også til å delta i samfunnet igjen. (...) Dette viser hvor viktig det er med et tilgjengelig og lokalt tilbud som kan gi mennesker muligheten til å reise seg.»

Det er en sterk historie hun forteller om hvor viktig det er å ha et tilbud nær der man bor. DPS Nordreisa har ikke hatt problemer med fagfolk, har hatt stabil bemanning, og døgnplassene er en vesentlig del av tilbudet. Blant annet kan seksjonsleder ved DPS på Storslett fortelle om den store kontrasten til før denne døgnavdelingen ble opprettet, da det ofte var behov for politiet for å få lagt inn folk på tvang på Åsgård i Tromsø. Det er vanskelig å tro at noen ønsker seg tilbake til en sånn situasjon.

Disse nedleggelsene av DPS-er i Troms er en tydelig nedbygging av den offentlige velferden og gjør det mer utrygt å bo i distriktene i Troms. Det viser også absurditeten i helseforetaksmodellen – en helsepolitikk som prioriterer økonomi framfor mennesker. Et flertall av de politiske partiene har vært på disse DPS-ene og vist motstand mot nedleggelsen, men helseforetaksmodellen gjør at man likevel ender opp med at de blir lagt ned, selv om det altså er et politisk flertall for å beholde disse plassene.

Derfor ville det være utrolig viktig å få et konkret vedtak på Stortinget i dag, men jeg håper at det vedtaket vi får, kan være tydelig nok til å sende et signal til Universitetssykehuset Nord-Norge om at disse nedleggelsene i distriktene i Troms må stoppes.

Presidenten [10:58:56]: Presidenten vil bare gjøre oppmerksom på forretningsordenen § 55: Når man

bruker sitater, bør det tydelig fremgå når sitatet begynner, og når det slutter.

Anne Grethe Hauan (FrP) [10:59:24]: Psykisk helsevern skal vera tryggleiken når livet raknar, ikkje ei reiseplanlegging. Når avstanden aukar, fell fleire frå. Det er ei utvikling regjeringa har ansvaret for.

Me ser store geografiske forskjellar. Finnmark og Nordland ligg dårlegast an, men òg i Vestfold og Telemark skjer det ei svekking av DPS-tilbodet. I Telemark er det heilt konkret snakk om å leggja ned døgnkapasiteten ved DPS Seljord. Det er ikkje ein teoretisk diskusjon; det er ei pågåande avgjerd. Regjeringa veit om det, helseministeren veit om det – likevel blir det ikkje gripe inn. Då må me stilla eit heilt grunnleggjande spørsmål: Veit regjeringa kva dette faktisk betyr for dei menneska det går ut over?

DPS, distriktpsikiatriske senter, er ryggrada i det psykiske helsevernet for vaksne. Det er her menneske med alvorleg depresjon, angst, PTSD, bipolar lidning og spiseforstyrning får hjelp utan å bli lagde inn på sjukehus.

La meg vera konkret: Ein småbarnsfar slit med alvorleg depresjon. Han treng tett og stabil oppfølging. Når DPS-tilbodet blir flytta eller lagt ned, blir han beden om å møte opp langt vekke – ofte med buss og tog i fleire timar. Meiner regjeringa på alvor at menneske i psykisk krise skal reisa slik for å få behandling?

Fagfolk og brukarorganisasjonar har åtvara i årevis: Lange reisevegar og brot i behandling aukar risikoen for fråfall, forverring og akuttinnlegging. Presset kjem til å auka, for me ser ein kraftig vekst i barne- og ungdomspsykiatrien. Fleire unge får hjelp i BUP, og fleire skal vidare til DPS når dei blir vaksne. Overgangen er sårbar, og han krev kapasitet og kontinuitet. Då må me byggja opp DPS, ikkje byggja ned.

Når psykisk helsehjelp sviktar, får det alvorlege konsekvensar. Me ser det i samfunnet, og me ser det i fengsel, med fleire dødsfall på kort tid. Det er ikkje tilfeldig. Det er resultatet av manglande oppfølging og nedbygging av tilbod. Når me ikkje gjev folk hjelp i tide, endar nokre i krise – i verste fall med livet som innsats.

Arbeidarpartiet seier dei prioriterer psykisk helse. Samstundes blir ryggrada i systemet – DPS – bygd ned. Det er eit alvorleg sprik mellom det regjeringa seier, og det regjeringa gjer. Sentralisering er ikkje modernisering. Det er ansvarsfråskrivning.

Psykisk helsehjelp skal vera tilgjengeleg når livet raknar. Når ho ikkje er det, er det ikkje pasienten som har feila, det er politikken – og ansvaret ligg hos regjeringa. Difor må me stoppa nedbygginga av DPS og sørgja for at alle får hjelp der dei bur.

Kristian August Eilertsen (FrP) [11:02:40]: For Fremskrittspartiet handler denne saken om trygghet for pasientene. Hvis vi igjen går til situasjonen i Troms, har vi i dag tre velfungerende DPS-er – på Storslett i Nordreisa, på Storsteinnes i Balsfjord og på Silsand i Senja kommune. Det er tre velfungerende DPS-er med et veletablert fagmiljø, som er godt etablert også i nærmiljøet, som har tillit og troverdighet blant befolkningen og hos pasientene. Det er et avgjørende tilbud for noen av de aller sykeste i Troms fylke.

Det som skjer nå, er at man med regjeringens velsignelse – og også tydeligvis med partiet Høyres velsignelse – skal bygge ned disse ekstremt viktige tilbudene for de sykeste syke i Troms fylke. Man skal sentralisere de viktige tjenestene. Man skal sentralisere dem bort fra distriktet og inn til de største byene i Troms. Det er ikke til å forstå. Hadde det enda bare vært en faglig begrunnelse for at man skal gjøre det, så kunne man kanskje ha akseptert det, men det finnes altså ikke et eneste faglig argument for å gjøre denne nedbyggingen av døgnplasser ved DPS-ene i distriktene i Troms. Ingen faglige argumenter foreligger. Hvis man går inn og ser i referatet fra styremøtet i UNN da beslutningen ble tatt, handlet vedtaket utelukkende om økonomi. Det er altså økonomi som er årsaken til at man skal sentralisere bort disse døgnplassene fra distriktene i Troms og inn til de største byene. Uten å kutte i distriktene hadde man ikke kunnet bygge opp tjenester i byene. Her er det store paradokset. I stedet for å sentralisere og kutte i viktige tilbud i distriktene i Troms, burde man legge mer penger på bordet for å kunne både bygge opp tilbudet ved Åsgård ved UNN Tromsø og beholde disse viktige tilbudene i Troms.

Jeg har vært og besøkt disse tre døgnenhetene ved DPS-ene i Troms. Jeg har sett de ansatte i øynene. Jeg har pratet med pasientene. Jeg har pratet med pårørende. Det er ingen av dem heller som forstår hvorfor man skal gjøre dette. Ingen forstår det. Det lokale helsepersonellet i kommunene rundt forstår heller ikke hvorfor man skal legge dette ned. Når man prater med dem, sier de at de ikke finner noen fornuftige argumenter for å gjennomføre denne sentraliseringen av viktige døgntilbud. Likevel insisterer statsråden på at dette er fornuftig å gjøre. Det er faglige vurderinger, sier statsråden, men klarer ikke å vise til en eneste plass der dette står i offentlige dokumenter. Den nedbyggingen som foregår, er alarmerende. Den kan ikke få fortsette. Det eneste ansvarlige, også ut fra et faglig perspektiv, er at Stortinget griper inn i denne saken og sier stopp – dette aksepterer vi ikke, for disse grunnleggende tjenestene i distriktene i Troms er såpass avgjørende at vi ikke aksepterer at det skal flyttes inn til storbyene. Hvis man likevel velger å la

dette gjennomføres, får man også bære ansvaret for konsekvensene av det.

Kai Steffen Østensen (A) [11:05:50]: Dette har vært en god debatt så langt om et viktig tema, og den har oppklart en viktig del av diskusjonen om hva som ligger i forslag til vedtak I i tilrådingen fra komiteen. Arbeiderpartiet er for at vi tar en helhetlig faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern. Vi støtter for så vidt at det fremmes en konkret og tidfestet plan for utvikling av psykisk helsevern-tilbudet i Norge, slik regjeringen også er i gang med, og som både helseministeren og undertegnede har redegjort for i denne debatten. I debatten tydeliggjøres det også at forslag til vedtak I i komiteens tilråding for flere partier handler om at den totale kapasiteten ikke skal bygges ned.

Det gjør at Arbeiderpartiet nå varsler at vi også kommer til å stemme for forslag til vedtak I, med den samme begrunnelsen. Det skal ikke være tvil om at tjenestene skal styrkes, en begrunnelse som er i tråd med vårt uttalte og klare mål om å øke kapasiteten i psykisk helsevern. Det bygger på målene i opptrappingsplanen for psykisk helse og arbeidet regjeringen allerede har satt i gang. Arbeiderpartiet legger til grunn at vi stemmer for forslaget, med mål om å stoppe en nedbygging av totalkapasiteten, i det tilbudet som tilbys innenfor distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern. Dette er derfor å anse som en stemmeforklaring.

Jeg ser fram til et spennende helsepolitisk 2026 sammen med gode kollegaer i helse- og omsorgskomiteen. Denne debatten vitner om en god start på det året vi nå er på vei inn i.

Marius Langballe Dalin (MDG) [11:07:31]: Vi er ikkje på nokon måte fornøgde med at DPS blir lagde ned eller er planlagt lagde ned i Troms, og at det allereie er lagt ned i Seljord – la det vere heilt klart. Det er smertefullt på alle måtar. Spørsmålet for oss i stortingssalen er ikkje først og fremst om vi skal seie ja eller nei til dette, men kva som gjev best effekt totalt sett for dei psykisk sjuke, og ikkje minst for dei som treng det mest innanfor psykiatrien – i desse områda og i resten av Norge. Korleis utnyttar vi knapp kompetanse best, og kven er til sjuande og sist best til å svare på desse spørsmåla? Er det vi i stortingssalen, eller er det dei som sit i styra og tillitsvalde rundt omkring i landet? Eg har også gjort ein god del research her, som sagt – eg har brukt mange timar på det. Min konklusjon er at det ikkje er klokt å gripe inn i desse sakene.

Eg registrerer at ein del parti trur det er svært klokt å styre dette frå Oslo, men utan at det følgjer pengar med, og utan at det følgjer med personell og kompetanse. Det meiner eg er grunnleggjande gale. Eg minner om at det aller viktigaste er dei polikliniske tenestene i DPS, og dei er

det ikkje snakk om å leggje ned. Det er dit ein må reise ofte, det er ikkje til døgntenester ein reiser oftast, sjølv om vi også sjølvsagt ønskjer at ein skal kunne tilby det lokalt.

Vi er som sagt ikkje fornøgde med regjeringas arbeid med DPS og rekruttering til psykiatrien. Dette må vi sjå på saman i forbindelse med helsepersonellplanen, og vi må saman i opposisjonen vere vaktarar for at regjeringa faktisk får fart på det arbeidet. Likevel: Utan pengar og fagfolk er det som sagt uforsvarleg å detaljstyre slik ein del parti no ønskjer. Vi må tenkje heilt annleis. Vi må sjå heilskapen og sørge for at ein totalt sett får eit betre helsetilbod for dei psykisk sjuke, ikkje detaljstyre og faktisk gjere det motsette, nemleg øydeleggje det lokale styre prøver å byggje opp.

Kristian August Eilertsen (FrP) [11:10:08]: Bare for å ta det siste først, som ble sagt fra representanten fra Miljøpartiet De Grønne. Når det gjelder de tre DPS-ene i Troms, er det ingen utfordringer med å rekruttere personell. Man har hatt et stabilt fagmiljø over lang tid, så det er ingen problemer der, men man har fått et problem nå, når man har gjort et vedtak om å legge ned og avvikle de døgntilbudene som er der. Da har problemet oppstått, men før det var det ikke noe problem.

Når det gjelder spørsmålet om økonomi, har Fremskrittspartiet både i nysalderingen av budsjettet for i fjor og i vårt alternative budsjett lagt inn betraktelig med midler til bl.a. Helse nord for å kunne ha disse døgntilbudene i framtiden, så argumentet som framføres fra Miljøpartiet De Grønne om at det ikke er personell og ikke følger med penger, faller på steingrunn når man ser på hva Fremskrittspartiet har gjort tidligere i denne saken.

Så over til innlegget fra representanten Svandal Bø og Høyre. Man snakker om at lokalisering ikke har noe å si, det viktigste er at man får et tilbud, men lokalisering har faktisk noe å si, for hvis det er stor avstand til tilbudet, øker det terskelen for de sykeste syke når det gjelder å oppsøke hjelp. Terskelen øker også for å kunne involvere de pårørende i behandlingsforløpet, og for at de pårørende skal kunne besøke sine nære og kjære. Derfor har lokalisering noe å si. Det virker som at partiet Høyre er komfortabelt med at man sentraliserer bort alle døgntilbudene i Troms og legger det til den store byen i Troms fylke, som er Tromsø. Det mener tydeligvis partiet Høyre er bra. Når Fremskrittspartiet forsøker å stoppe dette, fordi statsråden ikke vil gripe inn, mener partiet Høyre at dette er en hopp-og-sprett-politikk. Det er hopp-og-sprett-politikk å forsøke å berge et viktig tilbud i distriktene i Troms. Det synes jeg også er interessant. Hadde representanten fra Høyre turt å si det samme hvis han hadde besøkt disse døgntilbudene? Hadde han turt å si til de ansatte, si til de pårørende, si til pasientene at det er

hopp-og-sprett-politikk å skulle stoppe nedleggelsen av deres tilbud eller av deres arbeidsplass? Det er helt utrolig at man får seg til å si noe sånt. Man kan ikke bare stille opp i lokalavisen og si at man er bekymret for nedleggelsen og bekymret for at det skal kuttes i plasser, men så vil man ikke løfte en finger i denne salen for å stoppe disse alvorlige kuttene som skjer.

Til slutt. Representanten fra Arbeiderpartiet nevnte at man hadde tillit til de faglige vurderingene som blir gjort, men det finnes ingen faglige argumenter for å legge ned disse døgntilbudene i Troms fylke. Jeg håper at representanten fra Arbeiderpartiet eller noen andre fra regjeringspartiet kan redegjøre for de faglige argumentene for å sentralisere bort disse viktige døgntilbudene i Troms fylke.

Kjersti Toppe (Sp) [11:13:24]: Oppbygginga av DPS under opptrappingsplanen på byrjinga av 2000-talet var ei politisk satsing på eit desentralisert psykisk helsevern. No ser vi at det skjer ei nedbygging av distriktpsykiatriske senter, og fleirtalet i denne salen karakteriserer det som ei fagleg utvikling politikarar ikkje har kompetanse til å bry seg med. Det reagerer eg på.

Når representanten Langballe Dalin seier han har tatt ein telefon til si eiga fagforeining, Legeforeningen, reagerer eg òg, for han kan jo kanskje heller sjå kva dei skriv i høyringa. Der skriv dei at dei i lang tid har meldt si bekymring for nedlegging av døgnplassar i psykisk helsevern og følgjene dette får for dei mest alvorleg psykisk sjuke pasientane. Representanten frå Miljøpartiet Dei Grøne seier han har meir tru på dei polikliniske tenestene. Det har sjølv sagt alle, men Legeforeningen skriv heilt korrekt at spørsmålet er om vi no har nådd eit punkt der det ikkje lenger er fagleg forsvarleg med ytterlegare reduksjon i døgnkapasitet.

Når ein no godtar, altså fleirtalet her, at 40 pst. av døgnkapasiteten til psykosepasientar i Telemark vert lagd ned, forstås eg ikkje korleis ein kan la vera å ha nokre overordna føringar for korleis DPS-strukturen i Noreg skal vera. Det er stor støtte til den konkrete, fagleg forankra og tidfesta opptrappingsplanen for DPS og døgnkapasitet i psykisk helsevern, men eg fryktar no, med den siste stemmeforklaringa frå Arbeidarpartiet, at dette berre vil handla om den totale kapasiteten, ikkje om DPS. Det som var utgangspunktet for heile forslaget, var at vi er bekymra for at DPS-strukturen i Noreg sakte, men sikkert vert lagd ned.

Fleire viser til at dei er opptatt av det lokale sjølvstyret. Senterpartiet er opptatt av det lokale sjølvstyret, men ærleg tala: Eit føretaksstyre er ikkje eit lokalt sjølvstyre. Der sit det ikkje folkevalde. Det er bedriftsøkonomiske styre som sit der på nåde frå ein helsestatsråd eller eit overordna føretak og har bedriftsøkonomiske målse-

tjingar, som er det overordna. Det er ikkje eit lokalt sjølvstyre. Det folkevalde organet som styrer den statlege spesialisthelsetenesta, sit her, og da må òg vi ta ansvar.

Når det gjeld mangelen på psykiatrar i Seljord, har føretaket sagt nei til delt stilling. På folkemøtet i Seljord var det nokon frå kommunen som sa: Ja, vi manglar sjukepleiarar på sjukeheimen, men vi legg ikkje ned sjukeheimen for det.

Trine Fagervik (Sp) [11:16:43]: Oppbyggingen av distriktpsykiatriske sentre skulle sikre desentralisert behandling, bidra til godt samarbeid om pasientene med kommunene og inngå som en del av det helhetlige behandlingstilbudet innen psykisk helse. Likevel kan vi stadig lese om tilbud i hele landet som står i fare for å bli kuttet kraftig eller lagt ned. Vi hører historier og erfaringer fra pasienter, familie og støtteapparat om pasienter som ikke får tilbudet som trengs for å få hjelp og oppfølging, selv om de har stort behov for helsehjelp.

Et eksempel kunne vi lese i en VG-sak fra desember, der det vises til en systematisk nedbygging av det distriktpsykiatriske tilbudet i Vesterålen og Lofoten over flere år, til tross for at det i oppdragsbrev fra departementet gjentatte ganger er blitt pekt på at slike tilbud skal styrkes. I 2014 gikk man fra tre til ett behandlingstilbud, og tjuefire døgnplasser ble redusert til åtte. Nå skal Vesterålen, med sine åtte gjenværende døgnplasser, dekke et stort geografisk område med rundt 56 000 mennesker. I 2024 ble også disse plassene foreslått lagt ned. Det ble heldigvis stoppet.

I VG kunne vi lese om psykiater Reiulf Ruud, som på 1980-tallet flyttet til Nord-Norge og bygget opp det psykiatriske tilbudet i Vesterålen, som ifølge VG ble landsledende. Føringen den gangen og det som for psykiater Ruud ble avgjørende for at han flyttet til Vesterålen, var at det skulle være høyest mulig kompetanse, nærmest der folk bor. Det må fortsatt være en føring. Folk må få den hjelpen de trenger, nærmest mulig.

Politiet i Lofoten og Vesterålen melder på sin side om minst 10–15 politioppdrag i måneden, som ofte varer mellom 2 og 18 timer per oppdrag, hvor politiets ressurser ubetinget låses til helseoppdrag. Politiet i Vesterålen og Lofoten melder om økte kostnader som følge av reduksjonen i helsetilbudet og om at andre politioppgaver må nedprioriteres. Slike signaler får vi også fra Helgeland og øvrige områder der avstandene er store, og sannsynligvis vil vi få slike beskrivelser om Seljord og Storsteinnnes, mfl., blir lagt ned. Det kan ikke være sånn at politiet skal finansiere sentralisering og nedleggelse av distriktpsykiatriske tilbud.

Utviklingen er og har vært bekymringsfull. Vi trenger derfor denne gjennomgangen av tilbud innen psy-

kisk helsevern og en tidfestet plan for utvikling av distriktpsykiatriske sentre, og vi må hindre nedbygging av slike tilbud.

Seher Aydar (R) [11:19:56]: Først til helsepersonellmangelen: La oss slå fast at man ikke løser det ved å legge ned helsetilbud. Det er problemer som noen steder har vedvart, men som ikke har blitt løst. De som jobber i disse avdelingene, har mange ganger bedt om at arbeidsvilkårene må bli bedre hvis de skal kunne stå i jobb. Det har ikke blitt løst. Dette er ikke bare et problem som har blitt skapt med denne regjeringen, det er et problem som har vedvart lenge før, men det er på tide å løse det. Løsningen er ikke at folk mister helsetilbud.

Det andre jeg vil påpeke, er at det egentlig er litt interessant å høre alle som mener vi ikke skal gripe inn og stoppe nedleggelse av helsetilbud, fordi vi ikke har den faglige kunnskapen. Problemet er at det for det første ikke er faglig kunnskap som ligger bak f.eks. nedleggelsene i Troms, de er økonomisk begrunnet. For det andre er det ikke lokalt bestemt. Representanten Toppe var inne på det. Helseforetakenes styre er ikke lokale representanter, de er ikke på valg, de har ikke noe folkevalgt mandat, og mange av dem bor ikke engang i de fylkene eller regionene de faktisk skal ta avgjørelser for. De er altså ikke valgt av folket, og mange av dem bor ikke engang der de skal ta store avgjørelser som handler om hva slags helsetilbud folk skal ha.

Det er viktig å minne om det min kollega fra Rødt i Troms, Hanne Stenvaag, var inne på tidligere i dag, med tanke på hva det betyr for Troms, og avstandene der, når man sentraliserer. Derfor er det ikke godt nok å si at man skal øke tilbudet sentralt, for også distriktene må være trygge. Det er noe paradoksalt med at vi på den ene siden snakker om at folk skal bo i hele Norge, men på den andre siden gjør vi det ganske uattraktivt å bo i hele Norge hvis man får et helseproblem, enten det er psykisk eller fysisk. Det er det som er problemet når man legger ned tilbud lokalt og sentraliserer det, spesielt i landsdeler hvor avstandene er store. Vi ser samtidig at det er enorme kutt også i de store byene. Det er det som er problemet her: Vi ser kutt på kutt på kutt og nedleggelse etter nedleggelse, og så får vi beskjed om at vi som er folkevalgte, som har fått tillit av folk til å representere dem, ikke skal sette foten ned og stanse nedleggelsene.

Da er spørsmålet mitt: Hvem sitt ansvar er det? Hvem er det som har ansvar for at distriktene i Troms har et psykisk helsetilbud, hvis vi som sitter her, ikke skal ta det ansvaret? Er det helseforetakene, og så skal vi si at vi håper – inshallah – at de tar det ansvaret? Det holder ikke. Som folkevalgte er vi nødt til faktisk å ta politisk ansvar for at befolkningen – uansett om de bor i et di-

strikt eller i en by – har helsehjelp. Spesielt kan vi stanse all nedleggelse fram til denne planen regjeringen snakker om at de skal legge fram og faktisk gjennomføre, er gjennomført.

Presidenten [11:22:54]: Presidenten vil minne om at det ikke er nødvendig å påkalle høyere makter ved innlegg i Stortinget.

Statsråd Jan Christian Vestre [11:23:09]: Jeg vil også benytte anledningen til å takke for en god debatt så langt. Det er veldig bra at det er så bredt og stort engasjement om dette. Jeg mener vi må ha takhøyde i denne salen for at vi har litt ulikt prinsipielt syn på hvor beslutninger skal fattes. Det er helt greit, det er en del av demokratiet. Det er selvfølgelig helt i orden å mene at sånne typer beslutninger bør fattes i denne sal. Det har jeg respekt for, og så ber jeg om respekt også for et annet standpunkt, som er at lokaliseringdebatter bør tas i lokale sykehusstyret og avgjøres av lokale sykehusstyret.

Representanten Hoksrud – som ikke er her nå – spurte om hvorfor dette ikke har vært brakt opp på foretaksrådet. Det er nettopp fordi jeg mener at det er Sykehuset i Telemark som skal avgjøre hvordan de dimensjonerer sitt tilbud i Telemark. Jeg tror rett og slett at Sykehuset i Telemark er bedre egnet til å vurdere det enn det jeg er, som helse- og omsorgsminister. Kanskje tar jeg feil, men det er min mening, og det er jeg som har dette ansvaret, så da må jeg også følge min overbevisning.

Det er veldig viktig igjen å understreke at det totale antallet døgnplasser betyr noe. Nå er det kommet mange påstander i denne salen, men la meg bare understreke at det totale antallet døgnplasser gikk opp i 2025. Det gikk opp i 2025, det skal opp i 2026, og det skal opp i 2027. Vi skal ha netto 430 flere døgnplasser gjennom en del år fram i tid. Det er mitt ansvar som helse- og omsorgsminister å sørge for at det skjer, og det kommer jeg selvfølgelig til å følge opp.

Så var det et annet spørsmål fra representanten Hoksrud på om nye plasser innenfor psykose og sikkerhetspsykiatri kan kompensere for at man tar bort noen døgnplasser i DPS Seljord. Dette er jo veldig faglige spørsmål. La meg ta en sammenligning, uten å trekke det altfor langt: Tenk hvis vi her i denne salen skulle sitte og bestemme hvilke sykehus som skal ha kjemoterapi i kreftbehandling, hvem som skal tilby immunterapi, hvor vi skal ha strålebehandling. Dette er dypt faglige spørsmål vi har tillit til at onkologene og ekspertene i sykehusene avgjør. Det vi som folkevalgte må være opptatt av, er at flest mulig overlever, at flest mulig blir friske, at det er gode arbeidsvilkår for helsepersonellet vårt, og at vi har et godt tilbud over hele landet, men diskusjonene om hva de ulike helseregionene trenger for å imøtekom-

me sin befolkning, mener jeg vi må ha tillit til at de avgjør selv.

Jeg er glad for at forslag nr. 1, fra representanten Toppe, får bredt flertall i dag. Jeg kan love representanten Toppe og alle andre at regjeringen kommer til å følge det grundig, skikkelig og lojalt opp. Vi kommer til å legge fram en plan for å videreutvikle DPS-ene i Norge. Det er et viktig gjennombrudd denne salen nå gjør i dette arbeidet. Vi kommer selvfølgelig til å gjøre dette til en del av opptrappingsplanen vår for psykisk helsevern og følge det opp like aktivt som vi følger opp vår egen plan. Det skulle altså bare mangle.

Kristian August Eilertsen (FrP) [11:26:23]: Denne saken har en større betydning enn bare det å gi behandling til pasienter som har psykisk sykdom. Den handler også om å opprettholde bosetting i landet. For å kunne opprettholde bosetting i distriktene er det viktig å opprettholde tilbudene som er der. Det som nå skjer i Troms, er en storstilt sentralisering av tilbud – bort fra distriktene og inn til de største byene. Det vil være med på å spenne bein under muligheten for å opprettholde bosettingen i distriktene i Troms og Nord-Norge framover.

Jeg synes det er veldig leit at partiet Høyre velger å være haleheng og støttehjul for regjeringspartiet Arbeiderpartiet i denne saken og sørger for at de får flertall for at denne sentraliseringen kan fortsette, i stedet for at de slutter seg til resten av opposisjonen og sørger for at man stopper disse ufornuftige nedleggelsene og sentraliseringene.

Jeg må også si om innlegget fra statsråden nå nettopp at det nesten var som om han abdiserte fra talerstolen. Han sa at han ikke har peiling på det helsefaglige tilbudet i f.eks. Troms, og at han overlater til helseforetakene å styre det etter eget forogdtbefinnende. Han burde i det minste klare å framføre et faglig argument for hvorfor det er fornuftig å gjøre det. Det er da et tegn på at han ikke har satt seg inn i saken og heller ikke funnet fram til de faglige argumentene for å gjøre dette. Det illustrerer hele poenget i denne saken: Det handler om økonomi, det handler ikke om fag. Hvis man lytter til de faglige argumentene i saken, er det altså ikke noe som tilsier at man skal legge ned og sentralisere døgntilbudene i Troms fylke.

Fra statsrådets side snakker man også om at det er viktig å ha et godt tilbud over hele landet. Det er alle sammen enig i, men det vi ser i praksis, er at disse tilbudene er i ferd med å forsvinne mange steder i landet. Likevel folder man sine hender i denne salen, og man velger ikke å gripe inn og stoppe det som er i ferd med å skje. Det er veldig trist, synes Fremskrittspartiet, både på vegne av de ansatte som jobber der og utøver disse tje-

nestene i dag, og ikke minst på vegne av pasientene og de pårørende, som i dag har store lidelser, og som i dag får god hjelp på disse plassene, bl.a. i Troms og i Telemark, men som kommer til å miste tilbudet i sitt nærmiljø framover.

Det kommer til å heve terskelen for å søke hjelp. Det kommer til å heve terskelen for å få hjelp. Det kommer med stor sannsynlighet også til å føre til at liv går tapt, fordi vi ikke har et godt tilbud i distriktene i Troms. Jeg vil derfor komme tilbake til poenget at man her altså har en mulighet til å stoppe det. Noen partier i denne salen, bl.a. Fremskrittspartiet, forsøker å gjøre det. Andre partier mener tydeligvis at det er hopp-og-sprett-politikk. De folder sine hender. De står og raser i lokalavisene over at dette skjer, men de er ikke villig til å løfte en finger i Stortinget for å stoppe det som nå er i ferd med å skje. Det håper jeg at innbyggerne i dette landet merker seg.

Presidenten [11:29:16]: Representanten Kjersti Toppe har hatt ordet to ganger tidligere og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Kjersti Toppe (Sp) [11:29:33]: I § 30 i helseforetakslova står det at det er visse saker der eit helseforetak ikkje har kompetanse, og det skal avgjerast i eit foretaksmøte, altså av statsråden. Det er saker av vesentleg betydning. Det kan diskuteras, men det står òg at det gjeld saker som vert antatt å ha prinsipielle sider av betydning. Dette er ei slik sak. Når foretak både i Troms og i Telemark vedtar nedlegging av ein politisk vilja struktur, er det vedtak som har prinsipielle sider, og som må forankrast hos statsråden.

Det er ein statsråd sitt privilegium å tolka lova som ein vil, men ut ifrå debatten i dag, er det ikkje nødvendig med eit foretaksmøte, for regjeringa og Arbeidarpartiet har godkjent desse nedleggingane, for dei veit at dei har kunna gripa inn. Sånn er dette styringssettet. Vi har eigentleg fått det svaret allereie.

Lise Selnes hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Jan Christian Vestre [11:30:49]: Det er blitt stilt spørsmål om strukturen i Troms og hvilke faglige vurderinger som er gjort der. Det svarte jeg representanten Eilertsen på i et svar i høst, men jeg kan gjenta noe av det som ble sagt der. Det ene er at samlet antall døgnplasser i nord ikke skal ned, det skal opp, i likhet med i de fire andre helseregionene.

Det er gjort en faglig vurdering av en arbeidsgruppe i nord som mener at dette vedtaket gir en forskyvning av døgnkapasitet, noe som er med på å skape et mer bærekraftig tjenestetilbud totalt sett, og et mer helhetlig og bedre differensiert tilbud til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene.

Dette er ikke bare økonomiske argumenter, dette er faglige vurderinger av at pasientene i Troms vil ha bedre utnyttelse av tilbudet sånn det nå er beskrevet. Så har Helse nord i tillegg bedt UNN, som er ansvarlig for dette, om å styrke polikliniske og ambulante tjenester for å kompensere for nedtaket av døgnplasser på DPS-nivå.

Jeg har også vært på Storslett, jeg har også møtt klinikerne og lokalpolitikere der, og jeg har hatt møter også med de andre regionene. Jeg skjønner at dette er vanskelige spørsmål og krevende beslutninger. Det er ingen som ønsker at det tilbudet de har, og det tilbudet de jobber i, skal legges ned – selvsagt ikke. Derfor mener jeg det er veldig viktig å lytte til det en forteller lokalt. Til syvende og sist blir det et spørsmål om hvem som skal beslutte dette, og det har vi også i denne debatten vist at det er ulike synspunkter på mellom de politiske partiene. Det er helt ærlig og redelig, sånn er det.

Jeg har lyst til å legge til at akkurat når det gjelder Troms, er ikke siste ord i denne saken sagt. Det er fordi at etter at denne beslutningen ble tatt av UNN, har regjeringen i foretaks møte bedt alle fire helseregioner om å bygge opp døgnkapasiteten i psykisk helsevern. Det vil kunne få betydning for DPS-strukturen i Troms. Det er ingen DPS-er som er nedlagt, men de er planlagt endret eller nedlagt fra 2028. Det er fortsatt et stykke fram til 2028.

Nå må Helse nord beskrive hvordan de skal sikre at de får nok døgnkapasitet. Jeg utelukker ikke at de i den vurderingen kommer til at de ønsker å beholde deler av dette tilbudet. I tillegg til det, er det dialog med de berørte kommunene for å se på hvordan man kan legge til rette for halvannenlinjetjenester der også spesialisthelsetjenesten og kommunen jobber sammen. Siste ord er ikke sagt.

Til slutt: Det foreligger ikke planer ut over dette, så vidt jeg vet, om å endre DPS-strukturen. Det ble stilt spørsmål om Lofoten og Nordland. Det foreligger ingen planer om endringer der, og store deler av resten av landet vil også være uberørt av disse endringene.

Erlend Svardal Bøe (H) [11:34:08]: Det er veldig mye retorikk fra Fremskrittspartiet i denne salen. Jeg tror FrP skal passe seg litt for å beskyldte Høyre for sentralisering, når det er FrP som vil legge ned helseforetakene og flytte all makt til et sykehusdirektorat i Oslo. Det vil gjøre at en fjerner veldig mange av beslutningene bort fra pasientene ute i landet vårt. Når Eilertsen snakker om Høyre her fra talerstolen, virker det som om han har et slags eierskap til virkeligheten og til Høyres politikk. Høyres politikk på dette området er veldig tydelig. Det var vi som gikk i bresjen for å stoppe nedbyggingen av plassene innenfor psykisk helsevern da vi behandlet opptrappingsplanen for psykisk helse. Det var vi som var med på å legge føringer for at en skulle legge til grunn framskrivningene fram mot 2040, som vil

si at en skal øke antallet plasser med 430, og vi har også vært veldig tydelige på at vi er nødt til å gjøre noe med andelen avviste pasienter framover.

Når det gjelder Troms, har jeg vært på besøk på veldig mange av de institusjonene lenge før Fremskrittspartiet var på besøk der. Jeg har snakket med de ansatte og snakket med pasientene der, og det er ingen tvil om at en trenger å ha et desentralisert tilbud, men da må en også forholde seg til virkeligheten. Det er ikke snakk om å legge ned alle de distriktpsykiatriske sentrene, det er snakk om å gjøre noen endringer i døgnplasser opp mot det polikliniske tilbudet. Her framstilles det som at nå skal alt legges ned i distriktene. Det er ikke riktig i det hele tatt.

Så blir min utfordring tilbake igjen til Fremskrittspartiet når en snakker om Troms: Er en da imot den byggingen av UNN Åsgård som nå skal komme, som vil være kjempeviktig? Det er et lokale fra 1961, et dårlig lokale, som er nedslitt, og som ikke representerer en verdig behandling for pasienter innenfor psykisk helsevern i hele tatt. Skal en nå sette det i spill, så en ikke får satt i gang med den byggingen, som gjelder et bygg tilbake igjen til ca. 1960? Det er på en måte det en setter det opp mot når en bruker argumentasjonen om sentralisering. Hvis en ikke skal gjøre noen grep, vil en ikke få realisert UNN Åsgård. Det er realiteten, og det er realiteten en er nødt til å forholde seg til.

Jeg er også veldig bekymret for den overstyringen vi holder på med fra Stortinget her. Det ser vi også fra Fremskrittspartiet, som nå er på vei til å bygge ned UNN som et universitets- og regionsykehus fordi en skal splitte opp veldig mange spesialisthelsetjenester i Helse nord, som har et svakt pasientgrunnlag, og som har store utfordringer med helsepersonell. En slik nedbygging blir realiteten når en overstyrer på den måten en gjør nå. Bare noen får mer oppmerksomhet i media, skal en kaste seg inn i det, men helheten er en tydeligvis ikke så oppatt av.

La meg være helt tydelig: Høyre vil øke antallet døgnplasser i psykisk helsevern, vi vil ha et desentralisert tilbud, og vi vil gjøre noe med andelen avviste pasienter, som har økt altfor mye de siste årene.

Kristian August Eilertsen (FrP) [11:37:01]: For å ta det siste først: Fremskrittspartiet støtter absolutt den nybyggingen som skal skje på UNN Åsgård i Tromsø, og mener det er på høy tid at det blir gjennomført. Vi setter ikke dette opp mot hverandre, vi mener at det er mulig å gjøre begge ting samtidig. Vi er også villig til å legge penger på bordet for å kunne opprettholde tilbudet i distriktene og beholde fagmiljøene der, men samtidig bygge opp i Tromsø ved UNN Åsgård. Det mener vi at det er fullt mulig å få til, og vi er også, som sagt, villig til å legge pengene på bordet.

Jeg synes at innlegget fra statsråden var interessant. Dette er et typisk eksempel på politikerspråk. Man snakker om at man skal ha en «forskyvning» av døgnplasser, men det ordet folk flest bruker, er «sentralisering» av døgnplasser. Det er ikke snakk om å forskyve det, det er snakk om å sentralisere det, bort fra distriktene, nær der folk bor, inn til den største byen i Troms: Tromsø. Jeg synes at statsråden rett og slett burde slutte med den type politikerspråk og heller kalle en spade for en spade og si at det er snakk om en sentralisering.

Det blir jo veldig interessant når statsråden i sitt innlegg fortsetter med å fortelle at det kanskje ikke blir noe av dette likevel. Man skal tydeligvis ikke forskyve disse plassene – eller sentralisere, som folk flest kaller det – til Tromsø. Man skal kanskje beholde noen av disse plassene i distriktene i Troms, fordi man har et ønske om å bygge opp den samlede kapasiteten. Det er veldig interessant, og det kunne vært veldig nyttig om Stortinget hadde fått seg forelagt den opplysningen tidlig i debatten. Det er ingen tvil om at man kan gjøre begge deler, som jeg sa i starten av innlegget. Man kan både bygge opp det spesialiserte tilbudet, UNN Åsgård, i Tromsø, og beholde og videreutvikle tilbudet i distriktene i Troms. For ettertiden håper jeg at statsråden kommer med den typen opplysninger tidlig i debatten. Det blir veldig interessant å se om det er alvor i det statsråden sier, at det faktisk også blir gjort noe med tilbudet i distriktene, altså at døgntilbudet blir forsterket framover.

Presidenten [11:39:05]: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1.

Sak nr. 2 [11:39:11]

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger) (Innst. 71 L (2025–2026), jf. Prop. 154 L (2024–2025))

Presidenten [11:39:30]: Etter ønske fra helse- og omsorgskomiteen vil presidenten ordne debatten slik: 3 minutter til hver partigruppe og 3 minutter til medlemmer av regjeringen.

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

Ragnhild Bergeheim (A) [11:40:05]: På vegne av saksordføreren, representanten Truls Vasvik, vil jeg starte med å takke for godt samarbeid i komiteen.

Proposisjonen vi har foran oss, inneholder forslag til endringer i fem lover. Det er pasientjournalloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. De foreslåtte endringene gjelder særlig regler om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger.

Hovedformålet er å gjøre regelverket bedre egnet til trygg informasjonsdeling i pasientbehandlingen og mer tilpasset en digital helsetjeneste. Med forslaget sørger regjeringen for at konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet om data ivaretas, og jeg vil legge litt vekt på tilgjengelighet. Forhåpentligvis bidrar dette til å redusere glippsoner og hindre at pasienter må fortelle historien sin igjen og igjen i møte med nye behandlere, slik situasjonen i stor grad er i dag.

Når behandlere får tilgang til relevante opplysninger når de trenger det, kan det styrke pasientsikkerheten. Samtidig skal reglene bli enklere å forstå og bruke i praksis. Komiteen har hatt muntlig høring med fire høringsinstanser og mottatt fire skriftlige innspill i denne saken.

Arbeiderpartiet støtter altså hovedgrepet. Taushetsplikten er grunnleggende for pasientenes personvern, integritet og tillit til helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må regelverket gi helsepersonell tydelige, praktiske rammer for forsvarlig helsehjelp og nødvendig faglig samarbeid.

Arbeiderpartiet har i våre merknader til saken redegjort for vårt primære standpunkt. Det innebærer å støtte de foreslåtte endringene i §§ 21, 23 og 67 i helsepersonelloven. At vi støtter de endringene i proposisjonen, er basert på at departementet var tydelig på at dette er en samordning med forvaltningsloven og en presisering av gjeldende rett, ikke en innstramming.

Likevel ser vi at det er et stort flertall her i Stortinget som mener noe annet, og siden disse lovene omhandler pasientsikkerhet og taushetsplikt, mener vi det er viktig at det er stor enighet rundt disse lovene. Derfor kommer Arbeiderpartiet likevel til å støtte komiteens tilråding, og dermed ser det ut til at tilrådingen fra komiteen vil vedtas enstemmig.

Samlet gir lovforslaget bedre og tryggere informasjonsdeling til pasientenes beste, med klare rammer for logging, kontroll og reservasjonsrett – og et mer moderne og balansert regelverk som styrker både pasientsikkerhet og personvern.

Julia Brännström Nordtug (FrP) [11:43:20]: Når ulykken inntreffer eller sykdom rammer, hviler pasientens trygghet på at helsepersonell har tilstrekkelige opplysninger om pasienten til å yte forsvarlig helsehjelp. Slik informasjon kan være kritisk for pasientsikkerheten, men deles informasjon feil – til feil tid, til feil mennesker eller med feil begrunnelse – svekkes vår rett

til kontroll over egne helseopplysninger og våre grunnleggende rettigheter om personvern. Personvernet må sikkert ivaretas, samtidig som pasientsikkerheten sikres. Det er komplekse dilemmaer.

Fremskrittspartiet støtter intensjonen i regjeringens forslag om å gjøre regelverket mer digitaliseringsvennlig og å bidra til at helseopplysninger er tilgjengelig for behandling av pasienter på tvers av virksomheter og journalsystemer. Det vil sikre bedre kunnskap om pasienten.

Samtidig mener Fremskrittspartiet det er avgjørende at pasientens rett til å motsette seg slik informasjonsdeling skal ivaretas. Fremskrittspartiet mener pasienter skal ha bedre oversikt og kontroll på hvem som skal ha tilgang på opplysninger som omhandler dem selv. Vi støtter forslag om endringer for å ivareta det og vil framover også følge opp at dette er tilstrekkelig.

Fremskrittspartiet støtter ikke teksten regjeringen har foreslått om å regulere taushetsplikt og helsehjelp helsepersonell kan utøve til «private formål». Dette kan tolkes som et uttrykk for en mistillit til helsepersonell, kunne hindre legers mulighet til å utøve god legeskikk og skape utrygghet for å hjelpe. Legeforeningen mener dette forslaget «bygger på en alvorlig feilslutning om hvordan helsetjenesten faktisk fungerer».

Regjeringen har rotet seg bort i et forsøk på å ivareta flere hensyn og blander inn ressurs-hensyn og prioritering i helsetjenesten i en lov om helsepersonells taushetsplikt, for å sørge for at personer ikke skal få «gå foran andre ventende pasienter i 'køen' fordi de 'kjenner noen'». Det er en meget spesiell sammenblanding som ikke hører noe sted hjemme, og som kunne ha fått dramatiske konsekvenser.

Vi merker oss også at Arbeiderpartiet ved tidligere anledninger har sagt at forslaget ikke skal innebære noen endringer i praksis, kun en presisering av ordlyden, men for det første er det tydelig i proposisjonen at man ønsker en endring i helsepersonells benyttelse av opplysninger. Hvis man skal ta Arbeiderpartiet på ordet om at det ikke skal være en praksisendring, er det også uforståelig hvorfor det opprinnelig var et behov for å innarbeide denne teksten i lovteksten.

Det er mange lovforslag til behandling i saken. I det store er dette gode forslag som vil styrke pasientsikkerheten samtidig som personvernet ivaretas. Samtidig er Fremskrittspartiet glad for at komiteens flertall har funnet sammen og går mot to av forslagene, som må kunne kategoriseres som en alvorlig feilslutning. Jeg er også glad for å høre at Arbeiderpartiet har snudd, og at det virker som om de støtter komiteens tilråding i saken.

Erlend Svardal Bøe (H) [11:46:40]: Jeg skal prøve å være kort. Jeg synes det var en god redegjørelse også fra

Fremskrittspartiet om flertallets tilråding. Vi støtter flere av forslagene og intensjonene bak forslagene til endringer i taushetsplikten og tilgang til helseopplysninger. Det handler både om at pasientene skal sikres rask hjelp, og om at man skal ivareta at ikke helseopplysninger kommer på avveier. Det handler også om å sette helsepersonell i stand til å gjøre jobben sin på en god måte.

Det er to endringer her som Høyre ikke støtter. Det er helsepersonelloven § 21 nytt andre ledd bokstav c, der en foreslår fra regjeringen å ta inn private formål som en del av det, med intensjon om i større grad å få samsvar med den nye forvaltningsloven. Det er veldig vanskelig å tenke at man bare kan kopiere noe fra en annen lov og over til helsefeltet, når det er to ulike sektorer som har ulike måter å jobbe og se ting på. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe. Vi er bekymret for at hvis en hadde tatt inn dette, ville den plikten blitt utfordret, for man argumenterer ikke her med bakgrunn i vern av pasienten, men med bakgrunn i en rettferdig prioritering i helsetjenesten.

Vi er også imot endringene i helsepersonelloven § 23 nr. 3, som vi heller ikke støtter. Begge disse forslagene har Legeforeningen gitt ganske klare tilbakemeldinger på i sine høringsinnspill, og dette forslaget vil bidra til at man får mindre daglig sparring og også mindre kvalitetsforbedring til det beste for pasientene.

Vi er en del av komiteens tilråding og synes det er bra at man har klart å finne sammen i komiteen i at en ikke støtter disse to endringene.

Kathy Lie (SV) [11:48:46]: Som saksordføreren redegjorde for, handler denne saken om mindre endringer og presiseringer i en rekke lover for helsepersonell – pasientjournalloven osv. Hovedtrekkene i de endringene som legges fram, er, slik jeg har forstått det, å gjøre helseopplysninger mer tilgjengelige for behandling av pasienter, gjennom informasjonsdeling, og å gjøre informasjonen mer digitaliseringsvennlig. Ellers har også hensikten med endringen vært å tydeliggjøre regelverket, sånn at det blir lettere å forstå og bruke.

Når man vedtar endringer som skal gjøre det lettere å dele pasientopplysninger, er det viktig at man samtidig tydeliggjør regelverket rundt taushetsplikten, for det er viktig at pasientene føler seg trygge på at deres opplysninger ikke havner på avveier.

Jeg så i utgangspunktet ingen problemer med de lovendringene som ble lagt fram for behandling i Stortinget, og har derfor støttet de foreslåtte endringene under behandlingen i komiteen. Så kom det fram noen kritiske bemerkninger, spesielt fra Legeforeningen, når det gjelder endringer i noen av paragrafene. Vi har tenkt, vurdert og sett at å la være å gjøre de endringene Lege-

foreningen var kritisk til, ikke ser ut til å svekke regelverket i særlig stor grad. SV har derfor besluttet at vi vil stemme for flertallets innstilling i saken, og tror likevel at dette blir et bra lovvedtak.

Kjersti Toppe (Sp) [11:50:41] (leiar i komiteen): Senterpartiet støttar proposisjonen utanom dei to endringane, som eg vil gå inn på, og eg må seia at det er veldig gledeleg at det no ser ut til å verta eit einstemmig storting som meiner det same som Senterpartiet har stått for i innstillinga. Det er veldig bra for norske helse-tenester.

Når det gjeld § 21 nytt andre ledd bokstav c i helsepersonellova, som omhandlar dette med private formål, kom det veldig tidleg fram er at ein her hadde tråkka feil i departementet. Ein kan forstå intensjonen, men når det er forklart av omsyn til rettferdig prioritering, ikkje med vern av pasienten, har ein gått litt feil frå byrjinga av. Departementet skreiv òg at «uttrykket 'private formål' skal forstås vidt», og det vart eksemplifisert i innstillinga at ein skal forstå dette slik at ein får opplysningar for å ivareta andre sine interesser, som f.eks. «en ektefelle, egne barn, slekt, venner, kolleger og naboer». Dette ville egentleg ha ramma alle legar i heile Noreg, og det ville ha hindra det store samfunnsbidraget alle bidrar med. Eg vil òg tru at det ville ha auka helsekøane i Noreg, så det ville vore eit veldig spesielt vedtak å gå vidare med. Eg er veldig glad for at komiteen har tatt høyringsinnspela på alvor og ikkje vedtar akkurat denne endringa. Dei andre forslaga i proposisjonen er jo einstemmige, og dei er sjølv sagt veldig viktige.

Det dette ville ha ført til, var at om ein som lege gjekk inn og fekk ein del helseopplysningar frå ein person ein ikkje var sett til å behandla, ville den handlinga verta likestilt med misbruk av teiepliktig pasientinformasjon, journalsnoking og brot på teieplikta, og det ville kunna føra til bøter og fengsel i opptil eitt år. Det var faktisk eit veldig oppsiktsvekkjande forslag.

Når det gjeld helsepersonellova § 21 tredje ledd, om å fjerne unntaket når opplysningane er anonymiserte, var det òg eit feiltrinn frå departementet, der ein sidestilte anonyme opplysningar med aidentifiserte opplysningar. Eg meiner òg det er rett at ein ikkje fjernar dette unntaket, slik at ein kan bidra til kvalitetsutvikling i helsetenestene.

Seher Aydar (R) [11:54:00]: Siden det er enighet i denne saken, skal jeg nøye meg med å presisere to ting fra Rødts side. Det er at vi også støtter hovedgrepene i denne proposisjonen, spesielt det som handler om at regelverket skal bli mer digitaliseringsvennlig, og at helseopplysninger skal være tilgjengelige for behandling av pasienter.

Dette handler om at vi har vært kritiske til to av punktene det nå er enighet om i salen, så jeg skal ikke gå veldig detaljert inn i hvorfor. Det er også beskrevet i merknadene.

La meg likevel slå fast to ting: Alle er enige om viktigheten av taushetsplikt og det å hindre at opplysninger misbrukes. Det var egentlig aldri det uenigheten handlet om. Dette har handlet om to av forslagene, forslag til ny § 21 andre ledd bokstav c i helsepersonelloven og det nye forslaget med hensyn til unntaket i § 23 nr. 3, som det har vært uenighet om. Jeg er glad for at det nå er enstemmighet, og at vi nå får vedtak vi alle kan stå bak.

For Rødt handler det om at disse forslagene kunne ha uønskede konsekvenser. Spesielt når forslag tolkes så ulikt mellom dem som leverer forslaget, og dem som skal utøve det i praksis, er det også et viktig signal. Jeg er glad for at regjeringen har lyttet til det signalet, og at vi nå får et forslag både regjeringen og Legeforeningen kan slå seg til ro med.

Statsråd Jan Christian Vestre [11:55:49]: Det er viktig at helsepersonell har de verktøyene de trenger for å sikre at de har tilgang til nødvendige opplysninger i vår felles helsetjeneste. Samtidig må vi respektere taushetsplikten og pasientenes tillit til helsetjenesten, og lovendringene vi nå behandler, legger til rette for dette. Vi tar viktige steg mot en mer effektiv og trygg helsetjeneste, og jeg er glad for at det er bred enighet om regjeringens forslag.

Med de endringene vi har foreslått, vil det bli lettere å dele helseopplysninger mellom helsepersonell, reglene blir mer digitaliseringsvennlige, og de blir lettere å forstå og bruke. Dette vil også kunne bidra til bedre pasientsikkerhet.

Jeg vil gjerne få framheve noen av de viktigste lovforslagene. Det lovfestes for det første at helsepersonellet som trenger opplysningene, selv skal vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp. I dag er det helsepersonellet som har ansvaret for disse opplysningene som må vurdere dette, og dette snur vi altså på. For å sikre god kollegial støtte og at pasienter drar nytte av behandlingen andre pasienter har fått, utvides også adgangen til å bruke opplysninger om andre pasienter i behandlingen av egne pasienter. Alt autorisert helsepersonell skal gis denne muligheten, ikke bare utpekte leger og tannleger, som i dag. På denne måten legger vi til rette for bedre bruk av personellressurser og bedre oppgavedeling enn i dag.

Vi er alle enige om at kvaliteten på helsehjelpen skal være best mulig. Mange pasienter behandles flere steder i samme behandlingsforløp. For å kunne kvalitetsforbedre behandlingsforløpene skal det kunne gis tilgang til opplysninger fra andre virksomheter der pasienten

har fått behandling. Dette er viktig bl.a. for å øke kvaliteten i svangerskaps- og barselomsorgen.

Jeg merker meg at flertallet i komiteen vil ta ut formuleringen om «private formål» og videreføre en regel om at opplysninger uten identifiserende kjennetegn tas ut. Det er ikke ideelt ut fra lovtekniske hensyn, men det rokker ikke ved helheten i regjeringens forslag. Derfor er også jeg glad for at det er et enstemmig storting som nå kan stå bak dette.

Lovvedtakene det ligger an til i dag, vil være sentrale for videre utvikling av et moderne helsevesen og vil bidra til mer effektiv pasientbehandling.

Presidenten [11:57:56]: Det blir replikkordskifte.

Kristian August Eilertsen (FrP) [11:58:15]: Fremskrittspartiet er veldig opptatt av sikkerheten til ambulanspersonell som skal rykke ut på oppdrag og berge liv og helse, og som i ytterste konsekvens risikerer eget liv og egen helse for å trygge oss andre. Det er en problemstilling Fremskrittspartiet har tatt opp i flere runder i Stortinget. Blant annet utfordret vi i spørretimen i høst statsråden på hvordan man kan flagge eller merke pasienter som har f.eks. en voldshistorikk, eller som kan utgjøre en fare for ambulanspersonell på oppdrag.

I sitt svar i spørretimen sa statsråden bl.a. at de lovendringene som nå gjøres i Prop. 154 L for 2024–2025, vil være med på å muliggjøre den typen informasjonsdeling. Fremskrittspartiet har stilt spørsmål til både Fagforbundet og Delta om de formuleringene som ligger i lovforslaget, vil muliggjøre det. De svarer begge til oss at de ikke ser hvordan lovforslaget vil kunne gjøre dette. Kan statsråden redegjøre for hvordan det vil kunne muliggjøre denne typen informasjonsdeling?

Statsråd Jan Christian Vestre [11:59:18]: Takk for spørsmålet. Jeg er i stort enig i beskrivelsen, og også jeg er bekymret for den situasjonen som er. Ikke minst ble dette aktualisert etter det tragiske dødsfallet vi så i Sverige i fjor. Det er selvfølgelig veldig viktig at våre ambulansmedarbeidere har både god opplæring, god kompetanse, god støtte og også får den hjelpen som er nødvendig for å kunne identifisere og håndtere potensielt farlige pasienter. De skal selvfølgelig ikke måtte oppleve vold og trusler i hverdagen sin. Vi må gjøre alt det vi kan for å bekjempe det.

La meg svare veldig konkret og veldig tydelig på det representanten spør om. Vår klare vurdering er at reglene om taushetsplikt ikke er til hinder for at informasjon om pasienten deles med ambulanspersonell. Derfor er det, som jeg sa sist vi diskuterte dette i Stortinget, viktig at vi nå tar tak i den reelle utfordringen, som er å etablere gode, nyttige løsninger for informasjonsdeling som

faktisk skaper en reell trygghet, og som ambulansmedarbeiderne opplever som nyttig og trygt i hverdagen.

Kristian August Eilertsen (FrP) [12:00:20]: Slik jeg oppfatter svaret fra statsråden, bekrefter han at det med dagens lovverk er mulig å ha den typen informasjonsdeling vi har diskutert tidligere. Likevel er det ikke en enhetlig praksis for dette rundt omkring i alle helse-regionene. Det naturlige oppfølgingsspørsmålet til statsråden er da om han vil sørge for at det blir en enhetlig, felles praksis i hele landet som sørger for at ambulanspersonellet ute på oppdrag får nødvendig informasjon om de pasientene de skal hente eller behandle, slik at man kan være sikker på å gjøre nødvendige beskyttelsestiltak overfor seg selv og ikke blir utsatt for unødvendige situasjoner der det er stor risiko for vold og trusler på et oppdrag.

Statsråd Jan Christian Vestre [12:01:04]: Takk for oppfølgingsspørsmålet. Som jeg også sa sist vi diskuterte dette i denne salen, har vi allerede gitt et oppdrag om nettopp å se på dette tjenestetilbudet – om det i større grad kan standardiseres, og hvilke faglige retningslinjer og veiledninger som bør finnes. Jeg synes det er en god idé å tenke seg at hvis en i et helseforetak, en helse-region, har funnet smarte måter å gjøre dette på som fungerer godt, som oppleves trygt, som ivaretar tryggheten og sikkerheten til ambulansmedarbeiderne, samtidig som vi selvfølgelig må ivareta reglene om taushetsplikt, er det veldig fint hvis vi kan spre og videreføre det og få utvidet det også til andre områder. Det er jo det dette arbeidet nå vil vise oss.

Vi er også veldig opptatt av dette, og da må vi i hvert fall sikre at vi har et regelverk som ikke er i veien for det. Det får vi nå på plass. Det er selvfølgelig viktig at det er gode retningslinjer og rutiner for dette, sånn at vi faktisk bruker det regelverket et enstemmig storting nå slutter seg til.

Julia Brännström Nordtug (FrP) [12:02:11]: Mener statsråden at regjeringens forslag til ny § 21 c, om å utnytte opplysninger til private formål, skulle bli tolket snevert eller vidt?

Statsråd Jan Christian Vestre [12:02:23]: Jeg er uenig i den tolkningen flere her legger til grunn av hva det er regjeringen har foreslått. Jeg har også hatt inngående dialog med Legeforeningen om dette, og jeg ser at når den misforståelsen er oppstått, er det ikke noe problem for oss å trekke den delen av forslaget. Det vil si: Formelt sett gjør vi jo ikke det, men vi stemmer da med flertallet i komiteen for ikke å gjøre denne endringen.

Vår klare vurdering er at dette forslaget er en videreføring av gjeldende rett og ikke noe annet enn det. Vår

klare vurdering er at det fortsatt, med den endringen regjeringen foreslo, ville vært fullt mulig for helsepersonell å yte helsehjelp også på fritiden. Det har blitt brukt som eksempel hva som kan skje hvis man som lege er på en fotballkamp og noen skader seg – kan man da hjelpe vedkommende? Ja, selvfølgelig kan man gjøre det – det er jo fantastisk at man gjør det. Vi har leger i denne salen. Hvis legene i denne sal på sin fritid fjerner sting fra en kollega som har vært til en operasjon eller fått gjort et inngrep – selvfølgelig kunne man fortsatt også med det, men det måtte vært journalført, akkurat som i dag. Vi er rett og slett uenige om hva dette betyr, men nå har vi blitt enige om hvordan vi skal håndtere det, og det er det viktigste.

Julia Brännström Nordtug (FrP) [12:03:29]: Grunnen til at jeg spør, er at det er ganske forvirrende at ett og samme parti omtaler et lovforslag til behandling i Stortinget så ulikt. Der det i proposisjonen står at lovbestemmelsen om private formål «må forstås vidt», skriver regjeringspartiet i innstillingen at private formål «må forstås snevert». Det er jo veldig motstridende og ville rett og slett gjort lovens praktiske tolkning uforståelig for veldig mange i deres hverdag som helsepersonell. Nå blir jo ikke dette vedtatt av Stortinget i dag. Det er jeg veldig glad for.

Jeg er også veldig glad for at Arbeiderpartiet trekker sine forslag og kommer til å stemme for innstillingen, men jeg er likevel nysgjerrig på hva statsråden egentlig mente. Han trekker selv fram eksemplet med fotballtreneren. Mener statsråden at legen som da er fotballtrener, eller er på en fotballkamp, skulle få lov til å utnytte opplysninger til å ivareta andres interesser, når dette er et privat formål og ikke en oppgave legen er satt til å gjøre?

Statsråd Jan Christian Vestre 12:04:29: Vi må tilbake til definisjonen av hva som er privat formål. Det vi mener med dette, er at taushetsbelagte opplysninger ikke skal kunne utnyttes for helsepersonellens egne personlige eller økonomiske interesser. Det er det vi mener skulle forstås bredt, men det er altså ikke et privat formål etter regjeringens lovendringsforslag når helsepersonellet er i en behandlerrelasjon til pasienten. Det er heller ikke til hinder at pasientopplysningene brukes til andre legitime lovfestede formål hvis helsepersonellet har et tjenstlig behov for å bruke opplysningene. Om det er på arbeidsstedet eller på fritiden, skiller vi ikke mellom så lenge vedkommende er helsepersonell og har autorisasjon.

Som sagt ville det med dette forslaget fra regjeringen fortsatt vært fullt mulig å yte helsehjelp på fritiden, men da skal det altså journalføres, og det skal man også i dag. Det er det heller ingen uenighet med Legeforeningen om. Derfor er fortsatt min klare vurdering at dette ikke var noe annet enn en videreføring av gjeldende rett,

men ettersom det har oppstått en misforståelse om det, en uklarhet, mener jeg det er ryddig, slik et enstemmig storting nå gjør, ikke å innta det.

Kjersti Toppe (Sp) [12:05:49]: Eg har same spørsmålet som føregående replikant. Det er jo spesielt når Arbeidarpartiet i regjering skriv i proposisjonsteksten at private føremål skal verta forstått vidt, medan Arbeidarpartiet i merknad i saka skriv at private føremål skal verta forstått snevert.

No er jo denne saka avgjort, så det har for så vidt inga hensikt å spørja statsråden sånn sett, men eg vil likevel spørja om ikkje statsråden forstår at når Stortinget skal vedta ei lovending som skal få konsekvensar framover, kan ein ikkje ha ein situasjon der det er så motstridande vurderingar frå regjeringspartiet, og at det var bra at det vart endra.

Statsråd Jan Christian Vestre [12:06:51]: Takk for oppfølgingsspørsmålet.

Det er åpenbart at det har vært uklart og misforståelser om dette, så vi må bare ta på vår kappe at vi som regjering ikke har klart å kommunisere godt nok hva dette lovendringsforslaget innebar. Det er mitt ansvar og bare mitt ansvar, og det ansvaret tar jeg selvfølgelig.

Jeg vil likevel si at det ikke er noen motsetning i de sitatene representanten henviser til, for det vi snakker om når vi snakker om private formål, er altså det som handler om egne personlige eller økonomiske interesser, og det mener vi skal forstås bredt. Man kan altså ikke utnytte en pasientrelasjon til egne økonomiske eller personlige interesser på den måten, men det å innta private formål i denne bestemmelsen, ville ikke vært til hinder for helsepersonell som yter helsehjelp, rett og slett fordi det ikke er et privat formål når en er i behandlerrelasjon til pasienten. Derfor mener vi at dette ville vært en videreføring av både retten som er i dag, praksisen som er i dag, og sånn som leger opererer dette i dag. Jeg har full tillit til at de gjør det på aller beste måte, med pasientenes ve og vel som sitt viktigste formål.

Kjersti Toppe (Sp) [12:07:59]: Eg opplever at statsråden heller ikkje i dei føregående replikkane er inne på eit argument for forslaget frå regjeringa, nemleg at presiseringa tydeleggjer – altså forslaget til presisering, som no ikkje vert vedtatt – at enkeltpersonar ikkje skal få urettmessige fordelar, som å gå føre andre ventande pasientar. Meiner statsråden at det er veldig alvorleg at pasientar kan gå føre andre ventande dersom dei får ei helsevurdering av ein lege på fritida, og at det var nødvendig å endra lova for å hindra det?

Statsråd Jan Christian Vestre [12:08:43]: Da må vi tilbake igjen til det diskusjonen handler om, nemlig

hva et privat formål er. Privat formål her vil altså være hvis man på fritiden bruker taushetsbelagte opplysninger for egne personlige eller økonomiske interesser. Det at en legemamma som er med sønnen på fotballkamp, yter helsehjelp hvis enten sønnen, kompisen eller veninnen til sønnen skader seg og f.eks. begynner å blø eller det er mistanke om brudd i en fot, er ikke bare lov, men svært ønskelig. Dette ligger dypt i legegjerningen. Man er lege 24/7. For mange er det et kall, til og med.

Det å yte forsvarelig helsehjelp og bistå venner og bekjente på fritiden når man ønsker det, skal man selvfølgelig kunne fortsette med i framtiden, men det det var snakk om her, var taushetsbelagte opplysninger som da ikke skulle kunne bli utnyttet for økonomisk vinning. Det er det det her er snakk om. Vi mener som sagt det ville vært en videreføring av gjeldende rett, men etter som det har oppstått uklarhet, er det det beste sånn som Stortinget nå vedtar det.

Presidenten [12:09:47]: Replikordskiftet er over. Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2.

Sak nr. 3 [12:09:57]

Innstilling fra næringskomiteen om Samtykke til ratifikasjon av konvensjon om skiping av ein mellomstatleg organisasjon for utvikling og utnytting av digitale havssystem og informasjonstenester (Mercator internasjonale senter for havet) av 23. april 2025 (Innst. 66 S (2025–2026), jf. Prop. 5 S (2025–2026))

Ruth Mariann Hop (A) [12:10:34] (ordfører for saken): Det er kanskje årets lengste sakstittel så langt!

Jeg vil benytte anledningen til å ønske alle et godt nytt år og takke medlemmene i næringskomiteen for et godt samarbeid i denne saken og gjennom 2025 generelt.

Et godt samarbeid gjør oss som regel både klokere og bedre rustet til å ta fornuftige avgjørelser. Det er også det denne saken dreier seg om, for sammen med Frankrike, Portugal, Spania, Italia og Storbritannia skal vi ikke bare til VM, vi skal også opprette Mercator, som er et internasjonalt senter for havet, nettopp for å heve vår kunnskap om havet. Flere kan komme med etter hvert, om de ønsker det.

Mercator har gjennom flere år utviklet komplekse havsimuleringssystemer som er i stand til både å forutsi, beskrive og analysere havets tilstand. De har også levert satellittdata til norske kystmodeller. Målet med denne ratifikasjonen av senteret er at vi nå sammen skal utvikle og utnytte digitale havssystemer og informasjonssystemer for å oppnå en bedre forståelse av havet.

Som vi vet, er havet stort og dekker over 70 pst. av jordens overflate. For oss som kystnasjon, betyr hav-

kunnskap mye for at vi skal kunne utvikle og forvalte våre havområder, at vi skal kunne sikre våre kystsamfunn, og at vi skal utvikle nye havnæringer og administrere fiskeriene våre på en god måte.

Arbeiderpartiet oppfordrer derfor Stortinget til å stemme for innstillingen til næringskomiteen i denne saken.

Presidenten [12:12:10]: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3.

Dermed er dagens kart ferdig debattert. Stortinget tar nå pause, og i samsvar med den annonserte dagsordenen vil det bli votering kl. 15.

Stortinget tok pause i forhandlingene kl. 12.13.

Stortinget tok opp att forhandlingane kl. 15.

President: Ingrid Fiskaa

Votering

Presidenten [15:02:14]: Stortinget går då til votering.

Votering i sak nr. 1, debattert 6. januar 2026

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag frå stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om ein konkret og tidfesta opptrappingsplan for utvikling av distriktpsikiatriske senter (DPS) (Innst. 72 S (2025–2026), jf. Dokument 8:18 S (2025–2026))

Presidenten: Under debatten har Kristian August Eilertsen sett fram to forslag på vegner av Framstegspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Raudt.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber regjeringa sørge for at Sykehuset Telemark HF opprettholder distriktpsikiatrisk senter i Seljord med døgntilbud minst på dagens nivå.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Universitetssykehuset Nord-Norge HF opprettholder de distriktpsikiatriske sentrene på Storslett, Storsteinnes og Silsand med døgntilbud minst på dagens nivå.»

V o t e r i n g :

Forslaga frå Framstegspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Raudt blei med 56 mot 44 røyster ikkje vedtekne.

(Voteringsutskrift kl. 15.02.48)

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

v e d t a k:

I

Stortinget ber regjeringa foreta en helhetlig faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern og fremme en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktpsikiatriske senter i hele Norge, og hindre nedbygging av slike tilbud.

Presidenten: Bak tilrådinga står Framstegspartiet, Høgre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, Raudt og Kristeleg Folkeparti.

Arbeidarpartiet, Miljøpartiet Dei Grøne og Venstre har varsla støtte til tilrådinga.

V o t e r i n g:

Tilrådinga frå komiteen blei samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

II

Stortinget ber regjeringa sikre at inntil det er lagt fram en konkret og tidfesta plan for utviklingen av distriktpsikiatriske senter, stilles alle planer og vedtak om nedleggelser eller svekking av døgnplasser ved distriktpsikiatriske senter i helseforetakene i bero.

III

Stortinget ber regjeringa sørge for ei satsing på utdanning og rekruttering av helsepersonell innen psykisk helsevern og informere Stortinget på eigna måte.

Presidenten: Bak tilrådinga står Framstegspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, Raudt og Kristeleg Folkeparti.

Venstre har varsla støtte til tilrådinga.

Arbeidarpartiet, Høgre og Miljøpartiet Dei Grøne har varsla at dei vil røysta imot.

V o t e r i n g:

Tilrådinga frå komiteen blei med 51 mot 49 røyster ikkje vedteken.

(Voteringsutskrift kl. 15.03.52)

Votering i sak nr. 2, debattert 6. januar 2026

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger) (Innst. 71 L (2025–2026), jf. Prop. 154 L (2024–2025))

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande vedtak til

l o v

om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

Kapittel 5 overskriften skal lyde:

Kapittel 5. Taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av opplysninger

§ 21 skal lyde:

§ 21 *Helsepersonells taushetsplikt*

Opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell, er underlagt taushetsplikt.

Taushetsplikten innebærer at helsepersonell

- a. *ikke skal tilgjengeliggjøre opplysningene for andre*
- b. *skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene*
- c. *ikke skal lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp eller administrasjon av slik hjelp eller har hjemmel i eller i medhold av lov.*

Første og andre ledd gjelder også opplysninger som kan røpe identiteten til personer som tar kontakt med medisinsk nødmeldetjeneste. Dette gjelder likevel ikke når tilgjengeliggjøring av opplysninger om identiteten er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse.

Første til tredje ledd gjelder tilsvarende for andre som mottar opplysninger etter §§ 25, 28, 29 a, 29 e og 29 f.

§ 21 a oppheves.

§ 22 skal lyde:

§ 22 *Bortfall av taushetsplikt ved samtykke m.m.*

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for den som opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tilsvarende for samtykke etter første ledd. For personer over 16 år som mangler beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Et forsikringselskap skal ikke få opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd.

§ 23 skal lyde:

§ 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt er ikke til hinder for:

- a. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene
- b. at opplysninger gis videre når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold
- c. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt
- d. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig
- e. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i forskrift når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikten ikke skal gjelde.

§ 24 første ledd første punktum skal lyde:

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette.

§ 25 skal lyde:

§ 25 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en pasient gjøres tilgjengelige for helsepersonell eller annet samarbeidende personell når opplysningene er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til pasienten.

Opplysningene kan gjøres tilgjengelige av virksomheten med ansvar for opplysningene eller av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene etter § 39. Dette kan blant annet skje ved direkte tilgang mellom virksomheter.

Personellet som skal bruke opplysningene, har ansvar for å vurdere om opplysningene er relevante og nødvendige.

Departementet kan gi forskrift om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp og adgangen til å motsette seg slik tilgjengeliggjøring.

§ 25 a og § 25 b oppheves.

§ 26 skal lyde:

§ 26 Oversendelse av epikrise

Ved utskrivning fra helseinstitusjon, etter poliklinisk behandling eller etter behandling hos spesialist skal en epikrise sendes til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Med epikrise menes et sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger som gjelder en undersøkelse eller behandling av en pasient, og som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrisen samtidig med utskrivning eller avslutning av behandlingen, skal den sendes innen forsvarlig tid etter dette.

Departementet kan gi forskrift om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrisen skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

§ 27 skal lyde:

§ 27 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsepersonell uten behandlerrelasjon

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for

- a. helsepersonell i helsefaglige arbeidsfellesskap, når formålet er å støtte helsepersonellet i å treffe beslutninger om helsehjelp, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp
- b. helsepersonell som har autorisasjon eller lisens etter §§ 48 eller 49, når formålet er ytelse av helsehjelp til en annen pasient enn den som opplysningene gjelder.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første ledd, skal være relevante og nødvendige for formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, gjøres tilgjengelige uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår.

Departementet kan gi forskrift om at enkelte personellgrupper med særskilte oppgaver i et behandlingsforløp kan få tilgjengeliggjort opplysninger etter første ledd bokstav b på samme vilkår som helsepersonell med autorisasjon eller lisens.

§ 28 skal lyde:

§ 28 Tilgjengeliggjøring av opplysninger til undervisning, ekstern veiledning mv.

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for

- a. helsepersonell som har autorisasjon eller lisens etter §§ 48 eller 49, som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp, og som skal bruke opplysningene til egen læring eller for kvalitetsforbedring av helsehjelpen
- b. helsepersonell med undervisningsansvar som arbeider i virksomheten der pasientene har mottatt helsehjelp, når formålet er å finne opplysninger om pasienter som egner seg i undervisning for å sikre forsvarlig utdanning av helsepersonell eller helsefaglige studenter
- c. helsepersonell som er eksterne veiledere, når opplysningene er nødvendige for gjennomføring av vedtak truffet av tilsynsmyndigheten etter §§ 56 og 59

- d. personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon
- e. virksomhetens pasientadministrasjon når det gjelder pasientens fødselsnummer eller annen unik identifikator og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato og relevante administrative data
- f. samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. § 10 a
- g. virksomhetens ledelse for å identifisere pasientgrunnlag eller kontaktinformasjon til pasienter for inklusjon i konkrete forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter
- h. en klinisk etikkomité når opplysningene er nødvendige for at komiteen skal kunne bistå helsepersonellet med råd eller drøftelse av etiske utfordringer i et konkret tilfelle, det ikke er praktisk mulig eller det er klart uhensiktsmessig å innhente samtykke fra pasienten, det er registrert i pasientjournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet, og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første ledd, skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, tilgjengeliggjøres uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår. Ved tilgjengeliggjøring etter første ledd bokstav h skal navn eller fødselsnummer ikke fremgå.

§ 29 skal lyde:

§ 29 Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring

Pasienten kan motsette seg at opplysninger gjøres tilgjengelige etter §§ 25 til 27 og 28 første ledd bokstavene a, b, c og h.

Opplysningene kan heller ikke tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel.

Tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

§ 29 a skal lyde:

§ 29 a Opplysninger til virksomhetens ledelse

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres tilgjengelige for virksomhetens ledelse når formålet er helsehjelp, internkontroll, intern kvalitetsforbedring av tjenesten eller utarbeidelse av statistikk. Ved samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven § 9 kan slike opplysninger også gjøres tilgjengelige for ledelsen i samarbeidende virksomhet.

Taushetsplikt er heller ikke til hinder for at ledelsen i en annen virksomhet får tilgjengeliggjort opplysninger som gjelder denne virksomhetens pasienter, når formålet er kvalitetsforbedring av behandlingsforløp.

Opplysninger som tilgjengeliggjøres etter første og andre ledd, skal være relevante og nødvendige for det aktuelle formålet. Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta formålet. Opplysningene skal så langt det er mulig, tilgjengeliggjøres uten at pasientens navn eller fødselsnummer fremgår.

Ny § 29 b skal lyde:

§ 29 b Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiveren, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

§ 29 c skal lyde:

§ 29 c Opplysninger til arbeidsgiver

Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

§ 29 d skal lyde:

§ 29 d Opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger

Taushetsplikt er ikke til hinder for at det gis nødvendige opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger til utlendingsmyndighetene til bruk i en utvisningssak.

Ved utvisning av en utlending som utholder en strafferettslig særreaksjon, er taushetsplikt ikke til hinder for at det til helse- og omsorgstjenesten i mottakerstaten gis opplysninger som er nødvendige for at mottakerstaten skal kunne vurdere vedkommendes behov for helsemessig oppfølging eller behov for å underlegges en behandling som kan beskytte samfunnet der mot gjentakelsesfare som nevnt i straffeloven § 62.

§ 29 e skal lyde:

§ 29 e Dispensasjon fra taushetsplikt

Departementet kan etter søknad bestemme at opplysninger fra pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre skal tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt, når:

- a. opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål knyttet til statistikk, helseanalyser, forskning, utvikling og bruk av beslutningsstøtteverktøy, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller

- beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade eller gi bedre helse- og omsorgstjenester
- b. *det er umulig eller vanskelig å innhente samtykke fra et tilstrekkelig utvalg av de registrerte*
 - c. mottakeren har gjort rede for hvilke egnede tekniske og organisatoriske tiltak som skal settes i verk for å ivareta *informasjonssikkerheten*
 - d. behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet.

Det skal ikke tilgjengeliggjøres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet. Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller andre direkte personentydige kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

Departementet kan sette som vilkår for tilgjengeligjøring at mottakeren setter i verk særlige tiltak for å verne den registrertes grunnleggende rettigheter og interesser.

Opplysningene kan bare tilgjengeliggjøres dersom det er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn. For tilgjengeligjøring til medisinsk og helsefaglig forskning skal mottakeren ha fått forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. *helseforskningsloven § 9. Dersom tilgjengeligjøring av opplysninger kan true samfunnets evne til å verne grunnleggende verdier og funksjoner og sette liv og helse i fare, skal opplysningene ikke gjøres tilgjengelige.*

Myndigheten etter første ledd kan delegeres til underordnet forvaltningsorgan eller legges til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Departementet kan gi forskrift om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning og om helsepersonells adgang til tilgjengeligjøring og bruk av taushetsbelagte opplysninger til formål som ikke gjelder helsehjelp, og som pasienten samtykker til.

Ny § 29 f skal lyde:

§ 29 f *Deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse*

Departementet kan etter søknad bestemme at taushetsplikt ikke skal være til hinder for deltakende observasjon av helsepersonells yrkesutøvelse. Villkårene i § 29 e gjelder tilsvarende.

Myndigheten etter første ledd kan delegeres til underordnet forvaltningsorgan eller legges til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

§ 32 første ledd og andre ledd første punktum skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget til-

tak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av *taushetsplikt*.

Uten hinder av *taushetsplikt skal* helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

§ 33 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal uten hinder av *taushetsplikt melde* fra til barnevernstjenesten uten ugrunnet opphold

- a. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,
- b. når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling,
- c. når det er grunn til å tro at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring,
- d. når et barn har vist alvorlige atferdsvansker ved å begå alvorlige eller gjentatte lovbrudd, ved problematisk bruk av rusmidler, eller ved å ha vist annen form for utpreget normløs atferd,
- e. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.

Ny § 34 b skal lyde:

§ 34 b *Adgang til å gi opplysninger i forbindelse med sviktende dyrehold*

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi melding til Mattilsynet eller politiet når det er grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorligsvikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig.

§ 45 og § 45 a oppheves.

§ 62 a første og andre ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn kan ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning pålegge helsepersonell å levere inn sitt pasientjournalarkiv til *Nasjonalarkivet*.

Hvis det ved vedtak om tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for alltid etter § 57 andre ledd ikke er aktuelt å overføre pasientjournalarkivet til et bestemt helsepersonell eller til en bestemt virksomhet, skal helsepersonellet straks levere inn sitt pasientjournalarkiv til *Nasjonalarkivet*.

§ 67 skal lyde:

§ 67 *Straff*

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelse i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Overtredelse av § 21 om taushetsplikt straffes etter straffeloven § 209, likevel slik at også medvirkning straffes.

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer forbudet i § 21 andre ledd bokstav c mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger, straffes med bøter eller fengsel i inntil ett år.

Grov urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger straffes med fengsel i inntil tre år. Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen er grov, skal det særlig legges vekt på

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

II

I lov 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning skal § 3 andre ledd bokstav a lyde:

- a. *virksomhetens avkastning på premiereserve og bufferfond forvaltet av tjenstepensjonsleverandør for den andel som tilskuddsordningen dekker, fratrukket administrative kostnader*

III

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

IV

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 5-3 skal lyde:

§ 5-3 *Rett til å motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger i journal*

Pasienten og brukeren kan motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger i journal i samsvar med helsepersonelloven § 29 og pasientjournalloven § 17.

Opplysningene kan heller ikke tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren vil motsette seg det ved forespørsel.

Tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

§ 6-4 skal lyde:

§ 6-4 *Barns rett til opplæring og spesialpedagogisk hjelp i helseinstitusjon*

Barn i *opplæringspliktig* alder har rett til *grunnskoleopplæring* under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Ungdom har rett til *videregående opplæring* under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av opplæringslova.

Barn under *opplæringspliktig alder* har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av *barnehageloven*.

V

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. oppheves § 5-10.

VI

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp gjøres følgende endringer:

§ 7 andre ledd bokstav g skal lyde:

- g. *informasjonssikkerhet, logg og internkontroll, jf. §§ 22, 22 a og 23.*

§ 7 tredje ledd skal lyde:

Virksomheten skal ta hensyn til behovet for effektiv samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine behandlingsrettede helseregistre.

Nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 13 fjerde ledd fjerde punktum skal lyde:

Ved unntak fra samtykke gjelder helsepersonelloven § 25 første ledd og § 29 tilsvarende.

§ 17 første ledd bokstav a skal lyde:

- a. *helseopplysninger i et behandlingsrettet helseregister etablert med hjemmel i §§ 8 til 10 gjøres tilgjengelige for helsepersonell etter § 19, jf. helsepersonelloven § 29 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3,*

§ 18 første ledd skal lyde:

Pasienten eller brukeren har rett til informasjon og innsyn i henhold til § 22 a, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 tredje ledd og § 5-1 og til personvernforordningen artikkel 13 og 15.

§ 19 første og andre ledd skal lyde:

Innenfor rammen av taushetsplikten *etter helsepersonelloven* skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitets sikre *helsehjelp*. *Personellet kan innenfor rammene av*

denne taushetsplikten behandle opplysningene så langt det er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp.

Med mindre annet er fastsatt i lov eller i medhold av lov, skal den dataansvarlige bestemme på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.

Ny § 22 a skal lyde:

§ 22 a Dokumentasjon av tilgjengeliggjøring

Tilgjengeliggjøring av helseopplysninger etter denne loven og helsepersonelloven skal dokumenteres i en logg eller i pasientens journal. I logg skal det minst dokumenteres informasjon om:

- a. identiteten og den organisatoriske tilhørigheten til den som får helseopplysningene
- b. grunnlaget for tilgjengeliggjøringen
- c. tidsperioden for tilgjengeliggjøringen
- d. hvilke opplysninger eller dokumenter som blir tilgjengeliggjort.

Den registrerte har rett til innsyn i dokumentasjonen.

Dersom oversikten viser at noen urettmessig har hentet frem journalopplysninger, skal virksomheten opplysningene er hentet fra og den registrerte varsles, jf. personvernforordningen artikkel 33 og 34.

Departementet kan gi forskrift om dokumentasjon av tilgjengeliggjøring av helseopplysninger.

§ 30 skal lyde:

§ 30 Straff for brudd på taushetsplikt

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

§ 30 a skal lyde:

§ 30 a Straff for urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

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

Grov urettmessig tilegnelse av helseopplysninger straffes med fengsel i inntil tre år. Ved avgjørelsen av om den urettmessige tilegnelsen av helseopplysninger er grov, skal det særlig legges vekt på

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

VII

I lov 20. desember 2024 nr. 96 om abort gjøres følgende endringer:

§ 9 overskriften skal lyde:

§ 9 Gravide som mangler beslutningskompetanse

§ 9 første ledd første punktum skal lyde:

Dersom den gravide mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd, og har en verge eller fremtidsfullmektig som har et mandat som omfatter bistand i spørsmålet om abort, kan vergen eller fremtidsfullmektigen kreve abort på den gravides vegne.

VIII

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen blei samrøystes vedteken.

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

V o t e r i n g :

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

Presidenten: Lovvedtaket vil bli sett opp til andre gongs behandling i eit seinare møte i Stortinget.

Votering i sak nr. 3, debattert 6. januar 2026

Innstilling fra næringskomiteen om Samtykke til ratifikasjon av konvensjon om skiping av ein mellomstatleg organisasjon for utvikling og utnytting av digitale havsystem og informasjonstenester (Mercator internasjonale senter for havet) av 23. april 2025 (Innst. 66 S (2025–2026), jf. Prop. 5 S (2025–2026))

Komiteen hadde tilrådd Stortinget å gjera følgjande

v e d t a k :

Stortinget samtykker i ratifikasjon av konvensjon om skiping av ein mellomstatleg organisasjon for utvikling og utnytting av digitale havsystem og informasjonstenester (Mercator internasjonale senter for havet) av 23. april 2025.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen blei samrøystes vedteken.

Sak nr. 4 [15:05:01]

Referat

Presidenten [15:05:03]: Det ligg ikkje føre noko referat.

Dermed er kartet for i dag ferdig handsama. Ber nokon om ordet før møtet blir heva? – Møtet er heva.

Møtet slutt kl. 15.06.

