



STORTINGET

Innst. 447 S

(2025–2026)

Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:10 (2025–2026)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens si undersøkning av helsetenes- tenes samhandling om eldre

Til Stortinget

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

I åra framover vil ein stadig større del av innbyggjarane i Noreg vere eldre. Mange pasientar, særleg eldre, kronikarar og psykisk sjuke, har og vil få behov for tenester frå både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta. Desse pasientgruppene har ofte store og samansette behov.

Stortinget har i mange år streka under behovet for god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Dette skal bidra til at alle pasientar får eit godt og likeverdig tilbod, og at ressursane blir utnytta effektivt.

Stortinget har vidare lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på det lågaste effektive omsorgsnivået, i tråd med det såkalla LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det betyr at pasientane berre skal få behandling på sjukehus når ikkje kommunane kan gi eit forsvarleg tilbod. For å sikre berekraftige helse- og omsorgstenester framover er ein avhengig av at fleire tenester blir gitt på eit lågast mogleg tenestnivå, innanfor rammene av det som er forsvarleg, og lokale tilpassingar.

I 2012 blei samhandlingsreforma innført. Reforma la vekt på at oppgåver skulle flyttast frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Eit av hovudgrepa i reforma var

og at kommunane skulle få nye oppgåver. Kommunane skulle utvikle nye tenestetilbod og dessutan ta over oppgåver frå spesialisthelsetenesta.

Det er godt kjent og dokumentert at det har vore vedvarande svakheiter i samhandlinga om pasientar som treng tenester frå både kommunen og spesialisthelsetenesta, etter at reforma blei innført. Resultatet er at pasientar blir «kasteballar i systemet» og i mange tilfelle ikkje får eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp. I mange tilfelle er ressursbruken lite effektiv og, fordi pasienten blir behandla på feil nivå.

Framskrivingsmodellane til SSB viser at talet på eldre over 80 år vil doble seg frå 2024 til 2045. Allereie i 2033 vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 prosent samanlikna med 2024. Mange i denne aldersgruppa får helsetenester frå både sjukehusa og kommunen. For å sikre ei berekraftig helseteneste blir det derfor avgjerande at kommunane og sjukehusa samarbeider godt om pasientforløpa til desse pasientane.

1.2 Mål og problemstillingar

Målet med undersøkinga er å kaste lys over samhandlinga om eldre pasientar mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, årsaker til svakheiter i samhandlinga mellom nivåa og eventuelle konsekvensar av svakheiter i samhandlinga.

1. I kva grad har ein større del av behandlinga av eldre pasientar blitt overført frå spesialisthelsetenesta til dei kommunale helse- og omsorgstenestene?

For å svare på denne problemstillinga beskriv Riksrevisjonen utviklinga i kapasitet og aktivitet i dei kommunale helse- og omsorgstenestene og i spesialisthelsetenesta. Riksrevisjonen har undersøkt om utviklinga er

berekraftig ved å berekne den forventta bruken av spesialisthelsetenester fram mot 2040 dersom bruken held fram som i dag. Vidare beskriv Riksrevisjonen skilnader i bruken av spesialisthelsetenester mellom kommunane i same opptaksområde, og i kva grad kapasiteten og organiseringa i kommunane kan forklare skilnadene.

2. I kva grad samhandlar tenestenivåa ved å overføre og ta imot eldre pasientar mellom seg?

Riksrevisjonen har svart på problemstillinga ved å beskrive og vurdere overføringa og mottaket av eldre pasientar mellom sjukehusa og kommunane, inkludert kommunane si evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa. Riksrevisjonen har òg sett nærmare på kva konsekvensar svak samhandling har for sjukehuspasientane, dei tilsette og drifta av sjukehusa. Vidare har Riksrevisjonen undersøkt kva styringsinformasjon om samhandling leiinga i kommunane og sjukehusa bruker for å planleggje tenestene.

3. I kva grad samhandlar tenestenivåa om eldre pasientar på ein gjensidig og forpliktande måte for å utnytte dei samla ressursane best mogleg?

Denne problemstillinga har Riksrevisjonen i hovudsak sett på ved å sjå nærmare på samhandlinga mellom helseføretaka og kommunane gjennom arbeidet i helsefelleskapa.

4. I kva grad bidreg statlege verkemiddel til samhandling mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene og spesialisthelsetenesta, heilskapelege pasientforløp og ei berekraftig utvikling av tenestene?

For å svare på problemstillinga har Riksrevisjonen undersøkt sentrale statlege verkemiddel som skal bidra til at helseføretaka og dei kommunale helse- og omsorgstenestene samhandlar betre på overordna nivå / systemnivå.

Revisjonskriteria som ligg til grunn for undersøkinga, er utleidde frå mellom anna

- lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), jf. Prop. 91 L (2010–2011)
- Innst. O. nr. 65 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

1.2.1 METODISK TILNÆRMING

Undersøkinga byggjer på ein kombinasjon av kvalitative og kvantitative metodar og kjelder: registerdata, spørjeundersøkingar, dokument og intervju.

Undersøkinga bruker registerdata for perioden frå 2015 til 2024 og inkluderer dei 20 helseføretaka som driv med pasientbehandling, private avtalespesialistar og alle dei private, ideelle sjukehusa som har driftsavtale med dei regionale helseføretaka. Spørjeundersøkinga blei gjennomført i 2025. Dokumentanalysane og intervju blei i hovudsak gjennomført i 2025.

I analysane av registerdata har Riksrevisjonen brukt aggregert statistikk frå Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet (Norsk Pasientregister og Kommunalt pasientregister). Riksrevisjonen sende spørjeundersøkingar til leiarane for helse- og omsorgstenestene i alle kommunane i landet, samhandlingssjefane i alle helseføretaka, leiarane for akuttmottaka og eit utval leiarar for medisinske avdelingar ved alle sjukehusa i landet.

Vidare har Riksrevisjonen analysert relevante dokument i helsefelleskapa, helseføretaka og kommunane, som samarbeidsavtalar, handlingsplanar, økonomiplanar, utviklingsplanar, styresaker og tertialrapportar.

Riksrevisjonen har intervju representantar for Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og dei fire regionale helseføretaka. I tillegg har Riksrevisjonen intervju leiarar i to helsefelleskap, sekretariatet i desse to helsefelleskapa, leiarar på ulike nivå i to helseføretak og fire leiarar for helse- og omsorgstenestene i kommunane.

1.2.2 AVGRENSINGAR

- Spesialisthelsetenesta blir delt inn i somatikk og psykisk helse/tverrfagleg spesialisert rusbehandling. I undersøkinga har Riksrevisjonen sett på samhandling innanfor somatikk mellom spesialisthelsetenesta (helseføretaka) og dei kommunale helse- og omsorgstenestene på systemnivå.
- Riksrevisjonen har størst merksemd på eldre over 80 år. Denne aldersgruppa utgjer ein stadig større del av folketallet og står for eit stort volum av bruken av helsetenester både i kommunane og på sjukehusa. Å få til god samhandling for denne gruppa og sørje for at ho i størst mogleg grad blir behandla på lågaste effektive omsorgsnivå, vil derfor vere svært viktig. Riksrevisjonen inkluderer òg pasientar over 67 år der det er relevant.
- I organiseringa av den somatiske delen av helseføretaka skil ein vanlegvis mellom kirurgiske og medisinske avdelingar. I undersøkinga tek Riksrevisjonen i hovudsak føre seg samhandlinga mellom dei medisinske avdelingane på sjukehusa, akuttmottaka og kommunane. Pasientar over 80 år utgjer ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet om lag 20 pst.

av alle liggjedøgn i helseføretaka. Ein stor del av desse liggjedøgna gjeld akutte medisinske liggjedøgn (ikkje-kirurgiske).

- Riksrevisjonen har ei eiga undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre som blir publisert i 2026. Denne har større merksemd på kapasiteten i desse tenestene.

I åra framover vil ein stadig større del av innbyggjarane i Noreg vere eldre med behov for tenester frå både kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta. Allereie om sju år, i 2033, vil talet på eldre over 80 år ha auka med 50 pst. samanlikna med 2024.

Det er godt kjent at det har vore vedvarande svakheiter i samhandlinga mellom tenestenivåa. For å sikre berekraftige helse- og omsorgstenester framover er ein avhengig av betre samhandling og at fleire tenester blir gitt på eit lågast mogleg tenestenivå.

1.3 Konklusjonar

- Spesialisthelsetenesta behandlar i dag i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane.
- Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene i større grad enn i dag blir utførte på lågast moglege omsorgsnivå.
- Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar spesialisthelsetenestar meir enn eldre i andre kommunar
- Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester.
- Leiinga i helsetenestene er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga.
- Styriminga til departementet sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verkemidla for samhandling har fungert.

Konklusjonane vert utdjupa i kapittel 5 i Riksrevisjonens dokument.

1.4 Overordna vurdering

KRITIKKVERDIG

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå. Denne undersøkinga viser at mange kommunar ikkje i stor nok grad følgjer opp ansvaret sitt for å gi innbyggjarane nødvendig helsehjelp. Mange pasientar som kunne vore behandla i kommunane, blir lagde inn på sjukehus, og utskrivingsklare pasientar blir ikkje alltid tekne imot av kommunane. Dette har store konsekvensar for pasientane, dei tilsette og for drifta av sjukehusa.

Dersom bruken av sjukehusa held fram som i dag, truar det berekrafta til spesialisthelsetenestene. For å handtere dei demografiske utfordringane er det avgje-

rande at sjukehusa og kommunane i større grad samarbeider om å planlegge dei samla helsetenestene på lengre sikt. Gode pasientforløp føreset at kapasiteten i dei kommunale og statlege tenestene er tilpassa kvarandre.

Undersøkinga viser vidare at det er store skilnader i bruken av sjukehus mellom kommunane i same opp-taksområde, men styret og leiinga i føretaka har lite merksemd på å følgje opp desse skilnadene.

Dei statlege verkemidla som Helse- og omsorgsdepartementet forvaltar, og som skal bidra til at behandlinga skjer på rett nivå, har ikkje fungert godt nok.

Dette er kritikkverdige.

1.5 Tilrådingar

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet sørgjer for

- at statlege verkemiddel blir innretta på ein slik måte at dei fremjar pasientforløp på lågaste effektive omsorgsnivå. Dette inneber at kommunane må ha ein riktig bruk av kommunalt akutt døgntilbod (KAD) og legevakt, ei god oppfølging av fastlegane sin tilvisingspraksis og at samhandlinga om utskrivingsklare pasientar må bli betre. Det inneber òg at departementet vurderer insentiva for at kommunane tek imot utskrivingsklare pasientar.
- betre styringsdata om samhandling som kan bidra til forbetringar av pasientforløpa i tenestene. Dette inkluderer styringsdata som leiingar i kommunane og sjukehusa kan bruke til å utvikle gode pasientforløp og vurdere om pasientane blir behandla på rett nivå, som for eksempel styringsdata om tilvisingspraksis.
- at dei regionale helseføretaka ivaretek sitt ansvar for å leggje til rette for nødvendig samarbeid med kommunane om å tilby tenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be Helsedirektoratet om å

- undersøkje kvifor innbyggjarar i mange vertskommunar oftare blir behandla i sjukehus enn innbyggjarar i andre kommunar.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be dei regionale helseføretaka om å

- følgje opp skilnader i innbyggjarane sin bruk av sjukehusa i dei ulike kommunane i opptaksområdet til helseføretaka og sjukehusa,
- ha større merksemd i den langsiktige planlegginga på korleis kjenneteikn ved kommunane sine helse- og omsorgstenester, som kapasitet og organisering, påverkar bruken av spesialisthelsetenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i samarbeid med KS

- medverke til at spesialisthelsetenestene og kommunane i større grad bruker helsefelleskapa til å samarbeide om å planleggje og utvikle tenestene i eit meir langsiktig perspektiv.

1.6 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden

Svarbrev av 14. april 2026 frå helse- og omsorgsministeren til Riksrevisjonen følgjer som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

Riksrevisjonen har ingen fleire merknader i saka.

Riksrevisor Rigmor Aasrud har vore inhabil til å delta ved kollegiets behandling av Dokument 3:10 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre, jf. riksrevisjonsloven § 3-2 første og andre ledd. Ho har derfor ikkje delteke i behandlingen av undersøkinga.

Sakens dokumenter er tilgjengelig på sakssiden på stortinget.no.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ronny Aukrust, Sverre Myrli, Kari Baadstrand Sandnes og Lise Selnes, fra Fremskrittspartiet, lederen Per-Willy Amundsen, Pål Morten Borgli, Lars Rem og Aina Stenersen, fra Høyre, Liv Kari Eskeland, fra Sosialistisk Venstreparti, Lars Haltbrekken, fra Senterpartiet, Geir Pollestad, fra Rødt, Hege Bae Nyholt, fra Miljøpartiet De Grønne, Julie E. Stuestøl, og fra Kristelig Folkeparti, Jonas Andersen Sayed, viser til Dokument 3:10 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre.

Komiteen vil trekke frem at Riksrevisjonen viser til at Stortinget i mange år har understreket behovet for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skal bidra til at alle pasientar får et godt og likeverdig tilbud, og at ressursene blir utnyttet effektivt.

Komiteen viser til at Riksrevisjonen trekker frem at Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utføres på det laveste effektive omsorgsnivået, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

Komiteen merker seg at Riksrevisjonen også viser til samhandlingsreformen som ble innført i 2012, og at Riksrevisjonen peker på at det er godt kjent og dokumentert at det har vært vedvarende svakheter i sam-

handlingen om pasienter som trenger tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, etter at reformen ble innført.

Komiteen viser videre til at Riksrevisjonen trekker frem at framskrivingsmodellene til SSB viser at tallet på eldre over 80 år vil doble seg fra 2024 til 2045, og at i 2033 vil tallet på eldre over 80 år ha økt med 50 prosent sammenlignet med 2024. Komiteen merker seg at Riksrevisjonen trekker frem at for å sikre en bærekraftig helsetjeneste, blir det derfor avgjørende at kommunene og sykehusene samarbeider godt om pasientforløpet til disse pasientene.

2.1 Om Riksrevisjonens konklusjoner

Komiteen viser til Riksrevisjonens konklusjoner:

- «- Spesialisthelsetenesta behandlar i dag i mange tilfelle pasientar som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstenesta i kommunane.
- Sjukehusa vil framover bli overbelasta dersom ikkje helsetenestene i større grad enn i dag utføres på lågast moglege omsorgsnivå.
- Eldre i sjukehusa sine vertskommunar brukar spesialisthelsetenestar meir enn eldre i andre kommunar
- Svak samhandling gjer at mange pasientar ikkje får samanhengande tenester.
- Leiinga i helsetenestane er for lite merksam på kjende svakheiter i samhandlinga.
- Styringa til departementet sikrar ikkje god samhandling eller tilstrekkeleg informasjon om verke midla for samhandling har fungert.»

Komiteen viser til at Riksrevisjonen blant annet konkluderer med at dagens bruk av spesialisthelsetjenesten truer bærekraften til sykehusene, og at spesialisthelsetjenestene i mange tilfeller behandler pasienter som heller skulle fått hjelp i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Komiteen merker seg også at Riksrevisjonen trekker frem at en del større kommuner (ofte vertskommuner) har svært lav evne til å ta imot pasienter fra sykehusene, og at utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, skaper utfordringer.

Komiteen vil videre trekke frem at Riksrevisjonen i undersøkelsen viser til at det er flere faktorer som også påvirker bruken av spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen trekker frem at forhold som øker bruken av spesialisthelsetjenesten, blant annet er om legevakten er lokalisert ved sykehus, om det er mange brukere av hjemmetjenester som gir flere akutte innleggelser, samt at det er nærhet til sykehus i vertskommunen. Faktorer som reduserer bruken er blant annet lang reisetid til sykehus, flere leger på legevakten og flere sykehjemsplasser, som samlet gir en svak nedgang. Komiteen vil også trekke frem at Riksrevisjonen viser til at ledere i sykehusene mener at flere eldre skulle blitt håndtert av døgntilbudet i kommunene for akutt hjelp (KAD) eller andre tjenestetilbud i kommunen.

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens konklusjoner.

2.2 Om Riksrevisjonens overordnede vurdering

Komiteen viser til Riksrevisjonens overordnede vurdering:

«Stortinget har lagt til grunn at helsehjelp skal utførast på lågaste effektive omsorgsnivå. Denne undersøkinga viser at mange kommunar ikkje i stor nok grad følgjer opp ansvaret sitt for å gi innbyggjarane nødvendig helsehjelp. Mange pasientar som kunne vore behandla i kommunane blir lagde inn på sjukehus, og utskrivingsklare pasientar blir ikkje alltid tekne imot av kommunane. Dette har store konsekvensar for pasientane, dei tilsette og for drifta av sjukehusa.

Dersom bruken av sjukehusa held fram som i dag, truar det berekrafta til spesialisthelsetenestene. For å handtere dei demografiske utfordringane er det avgjerande at sjukehusa og kommunane i større grad samarbeider om å planlegge dei samla helsetenestene på lengre sikt. Gode pasientforløp føreset at kapasiteten i dei kommunale og statlege tenestene er tilpassa kvarandre.

Undersøkinga viser vidare at det er store skilnader i bruken av sjukehus mellom kommunane i same opptaksområde, men styret og leiinga i føretaka har lite merksemd på å følgje opp desse skilnadane.

Dei statlege verkemidla som Helse- og omsorgsdepartementet forvaltar, og som skal bidra til at behandlinga skjer på rett nivå, har ikkje fungert godt nok. Dette er kritikkverdig.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens kritikk.

2.3 Om Riksrevisjonens anbefalinger

Komiteen viser til Riksrevisjonens anbefalinger:

«Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for:

- at statlege verkemiddel blir innretta på ein slik måte at dei fremjar pasientforløp på lågaste effektive omsorgsnivå. Dette inneber at kommunane må ha ein riktig bruk av kommunalt akutt døgntilbod (KAD) og legevakt, ei god oppfølging av fastlegane sin tilvisingspraksis og at samhandlinga om utskrivingsklare pasientar må bli betre. Det inneber òg at departementet vurderar insentiva for at kommunane tar imot utskrivingsklare pasientar.
- betre styringsdata om samhandling som kan bidra til forbetringar av pasientforløpa i tenestene. Dette inkluderer styringsdata som leiarar i kommunane og sjukehusa kan bruke til å utvikle gode pasientforløp og vurdere om pasientane blir behandla på rett nivå, som for eksempel styringsdata om tilvisingspraksis.
- at dei regionale helseføretaka ivaretek sitt ansvar for å leggje til rette for nødvendig samarbeid med kommunane om å tilby tenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be Helsedirektoratet om å:

- undersøkje kvifor innbyggjarar i mange vertskom-

munar oftare blir behandla i sjukehus enn innbyggjarar i andre kommunar.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i si styring be dei regionale helseføretaka om å:

- følgje opp skilnader i innbyggjarane sin bruk av sjukehusa i dei ulike kommunane i opptaksområdet til helseføretaka og sjukehusa,
- ha større merksemd i den langsiktige planlegginga på korleis kjenneteikn ved kommunane sine helse- og omsorgstenester, som kapasitet og organisering, påverkar bruken av spesialisthelsetenester.

Helse- og omsorgsdepartementet bør i samarbeid med KS

- medverke til at spesialisthelsetenestene og kommunane i større grad bruker helsefellesskapa til å samarbeide om å planleggje og utvikle tenestene i eit meir langsiktig perspektiv.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens anbefalinger.

Komiteen registrerer vidare at statsråden i sitt svarbrev til Riksrevisjonen tar Riksrevisjonens funn og anbefalinger på alvor. Statsråden vil på egnet måte følge opp anbefalingene i det vidare arbeidet til departementet, og vil i styringsdialogen med de regionale helseføretakene be om at de følger opp anbefalingene fra Riksrevisjonen. Komiteen viser til at statsråden bemerker at undersøkelsen stadfester utfordringer som regjeringen allerede har identifisert, og som ligger til grunn for den politiske retningen som er staket ut.

Komiteen registrerer avslutningsvis at Riksrevisjonen viser til at riksrevisor Rigmor Aasrud har vært inhabil til å delta ved kollegiets behandling av Dokument 3:10 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre, jf. riksrevisjonsloven § 3-2 første og andre ledd og derfor ikke har deltatt i behandlingen av undersøkelsen.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at statlige verkemidler innrettes slik at de fremmer behandlingsløp på laveste effektive omsorgsnivå, blant annet ved å vurdere «insentiva for at kommunane tar imot utskrivingsklare pasientar». Her siktes det til overdragsgebyret (dagbøter) som ilegges kommuner når pasienter som er avhengige av vidare kommunal oppfølging, ikke hentes ut ved utskrivning fra sykehus. Disse medlemmer viser til at mange kommuner står i krevende økonomiske situasjoner som vanskeliggjør et adekvat tilbud for oppfølging av utskrevne pasienter. Dette skyldes til dels at det over mange år har skjedd en massiv overføring av ansvar fra sykehusene til kommunene, uten at kommunehelsetjenesten har blitt tildelt ressursene som trengs for å møte dette. Disse medlemmer mener at illeggelse av overdragsgebyr for pasienter som sogner til økonomisk pressede kom-

muner, derfor vil være et lite hensiktsmessig virkemiddel for å frigjøre sykehussenger.

vedtak:

Dokument 3:10 (2025–2026) – Riksrevisjonens si undersøkning av helsetenestenes samhandling om eldre – vedlegges protokollen.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og råår Stortinget til å gjøre følgende

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 9. juni 2026

Per-Willy Amundsen

leder

Aina Stenersen

ordfører

