



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2026/3316

Vår ref
26/1026-

Dato
24. mars 2026

**Dokument 8:133 S (2025-2026) Representantforslag fra
stortingsrepresentantene Marius Langballe Dalin, Arild Hermstad, Julie
E. Stuestøl, Siren Julianne Jensen, Oda Indgaard og Ingrid Liland**

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite 5. mars 2026 med representantforslag om utvikling av mindre sjukehus, desentralisering av polikliniske tenester og kortare reiseveg for å få helsehjelp, fra stortingsrepresentantene Marius Langballe Dalin, Arild Hermstad, Julie E. Stuestøl, Siren Julianne Jensen, Oda Indgaard og Ingrid Liland. Det blir fremmet fire forslag:

- 1. Stortinget ber regjeringa legge fram ein plan for kva rolle og kva funksjonar mindre sjukehus skal ha i framtida. Stortinget ber om at regjeringa ser på å auke poliklinisk aktivitet på lokalsjukehusa innan alle relevante spesialitetar, med mål om at ein kan få så mykje som råd av polikliniske tenester nær der ein bur. Ei utgreiing bør vere fagleg tung, med fagfolk frå små og mellomstore sjukehus, og sjå til arbeidet som vert gjort i helsereformutvalet.*
- 2. Stortinget ber regjeringa greie ut om det kan vere aktuelt å opprette ein ny kategori sjukehus undernemninga «nærsjukehus», der ein har avgrensa akuttberedskap, til dømes i samarbeid mellom kommunehelsetenesta og indremedisinarar, og med velutvikla poliklinisk tilbod innan mange spesialitetar, til dømes der det i dag er kommunalt akutt døgntilbod, sjukestove eller små sjukehus. Det skal òg greiast ut kva kompensierende tiltak som bør vere tilgjengelege der ein ikkje har full kirurgisk beredskap, til dømes auka tilgjenge på blodprodukt.*

3. *Stortinget ber regjeringa greie ut korleis ambulansetenesta bør organiserast i distrikta, mellom anna sjå på heimevakt, møteordning og kombinasjon med kommunale tenester som brann, og kome tilbake til Stortinget med ei sak og om nødvendig forslag til lov- og forskriftsendringar.*
4. *Stortinget ber regjeringa greie ut endringar i fordelingsnøkkelen for helseføretaka som sikrar at de i mindre sjukehusa og ambulansetenesta har ressursar til å løyse dei oppgåvene dei får, i planen for dei mindre sjukehusa.*

Flere av temaene som tas opp i forslaget inngår i Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (NHSaP) og i Meld. St. 23 Fornye, forsterke, forbedre, som begge ligger til grunn for regjeringens politikk. Samtidig erkjenner regjeringen at vi må gjøre mer, og har derfor tatt initiativ til gjennomføring av en reform for framtidens helse- og omsorgstjenester.

Kommentarer til de enkelte forslagene:

1. Plan for rolle og funksjon i mindre sykehus

Jeg er enig i at det kan være behov for å gå gjennom de problemstillingene og målene som forslaget peker på, og jeg mener dette er relevant i sammenheng med den kommende helsereformen. Befolkningen endrer seg og det er behov for å se hvordan vi kan flytte mer av de tjenestene som folk bruker ofte og mye nærmere ut til lokalsykehusene, samtidig som vi må vurdere hvor det er nødvendig å samle kapasitet og kompetanse av hensyn til kvalitet.

De senere årene er det jobbet med sykehus i nettverk, «det utadvendte sykehus», samhandling og helsefellesskap. Helseforetakene arbeider nå med utviklingsplaner for den neste fireårsperioden. Rollen til de mindre sykehusene er viktig. De kan bidra til å løse flere helseutfordringer lokalt – blant annet gjennom planlagte tjenester, diagnostikk, observasjon og etterbehandling, og i mange områder også som en sentral del av den samlede beredskapen – i tett samspill med kommunene, prehospitaltjenester og større sykehus. I arbeidet med helsereform gjennomføres nå flere «prosjekt x» der lokalsykehus og kommunene i opptaksområdet ser på hvordan man kan løse utfordringer i fellesskap.

2. «Nærsykehus» som kategori

Samlokalisering av ulike helse- og omsorgstjenestetilbud, også på tvers av kommuner og mellom kommunale og spesialisthelsetjenester, er utbredt og kommer i ulike former. Det er etablert en rekke distriktsmedisinske- og lokalmedisinske sentre og helsehus. Slike løsninger kan gi innbyggerne nærhet til tjenestene, bidra til sterkere og attraktive fagmiljø og å skape gode arenaer for samarbeid og helhetlige pasientforløp. Dette mener jeg er en framtidrettet utvikling som bør støttes.

Flere steder er kommunale akutt døgneheter (KAD) samlokalisert med spesialisthelsetjenester, også sengetilbud. Kommunene har ansvar for de kommunale tjenestene,

mens de regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ved samlokalisering er det derfor viktig med tydelige ansvarsforhold og gode samarbeidsavtaler.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre en helhetlig utredning av det kommunale akutte døgntilbudet. Dette arbeidet vil være relevant i vurderingen av videre utvikling. Utredningen vil snart foreligge.

Jeg mener representantforslaget reiser interessante problemstillinger, og at innholdet i et eventuelt «nærpsykehus»-konsept kan vurderes i sammenheng med rollen til mindre sykehus og i oppfølgingen av helsereformutvalget.

3. Organisering av ambulansetjenesten i distrikt

Vi har en god og desentralisert ambulansetjeneste. Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli sykehusets forlengede arm. Et eksempel er ambulansetjenestens behandling av akutt hjerteinfarkt, der ambulanspersonell tar EKG på stedet, kommuniserer med spesialist på sykehuset og gir blodproppopløsende medikament intravenøst når det er indisert. Norge har gode resultater for overlevelse etter hjerneslag og hjerteinfarkt. Det tyder på en god akuttmedisinsk kjede. Det er ambulansetjenesten og legevakt som er hjørnesteinen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Vi har også en svært god luftambulansetjeneste som er avgjørende for effektiv transport og behandling ved akutt sykdom og skade. Brannvesenet spiller også en rolle i akuttkjeden.

Utfordringene i de akuttmedisinske tjenestene treffer de ulike delene av landet ulikt, og planlegging og utvikling av tilbudet må skje med utgangspunkt i lokale forhold og muligheter. Helseforetakene har derfor fått i oppdrag å gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere veileder for samarbeidsavtaler om beredskapsavtaler og planer for den akuttmedisinske kjeden. Direktoratet har også fått i oppdrag å lage et kvalitetsindikatorsett for hele den akuttmedisinske kjeden. Aktørene vil kunne bruke dette som grunnlag for planlegging og utvikling av tjenesten. Når det gjelder løsninger med møtekjøring, praktiseres det allerede ved behov, særlig i områder med lang reisevei til sykehus. Helseforetakene kan gjøre unntak fra akuttmedisinforskriftens krav om at ambulansbiler skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag per år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varslings.

Responstid for ambulansetjenesten er grundig utredet av Helsedirektoratet, inkludert en egen modell for grisgrendte strøk. De årlige kostnadene vil øke i en størrelsesorden mellom 780 millioner og 1,26 milliarder kroner ut over dagens nivå. Det vil være behov mellom 700 og 1 200 flere årsverk. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan framgår det at forskriftsfesting av responstid ikke er bærekraftig, men at responstid og reisetid til legevakt er forhold som bør inngå i den felles planleggingen mellom helseforetak og kommuner.

Jeg er opptatt av å finne gode løsninger som gjør at vi kan opprettholde beredskap og et godt akuttmedisinsk tjenestetilbud i hele landet. Det handler om å prøve ut nye tjenestemodeller på tvers av sykehus og kommuner, og bruke teknologi, personell og kompetanse på nye måter. Det finnes eksempler på at kommuner og helseforetak finner løsninger sammen, og utnytter personell bedre for at befolkningen skal få gode akuttmedisinske tjenester. På Hallingdal sjukestugu har ambulanspersonellet fått opplæring i bruk av CT-maskinen. Sammen med radiograf og lege på Ringerike sykehus kan de undersøke pasienter med symptomer på hjerneslag, og kan starte behandling raskere. Slike løsninger er interessante og bør vurderes i oppfølgingen av helsereformutvalget. Andre eksempler er prosjektet Bo trygt hjemme på Lillehammer som viser hvordan kommuner og helseforetak kan samarbeide tverrfaglig og finne gode løsninger sammen for innbyggere og medarbeider. Prosjektet er en del av regjeringens «prosjekt x.».

4. Endringer i fordelingsnøkkelen for helseforetakene

Formålet med statens finansiering av de regionale helseforetakene er å støtte opp under sørge for-ansvaret, samt bidra til et geografisk likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Den samlede finansieringen er en blanding av en fast årlig budsjettramme og en aktivitetsavhengig del – innsatsstyrt finansiering (ISF). Den faste årlige budsjettrammen fordeles mellom regionene etter en fordelingsnøkkel som tar hensyn til regionale forskjeller i behov og kostnadsnivå. Dagens fordelingsnøkkel ble tatt i bruk i 2021 og er basert på NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

De regionale helseforetakene har laget egne inntektsfordelingsmodeller basert på prinsippene og analysene som er gjort i den nasjonale modellen, men med til dels omfattende lokale tilpasninger basert på egne analyser og egne prosesser for å ivareta egen organisering og spesielle forhold. De regionale helseforetakene tilpasser modellen til lokale forhold på ulike måter.

Den nasjonale inntektsmodellen oppdateres normalt om lag hvert tiende år for å sikre en mest mulig riktig og rettferdig inntektsfordeling basert på oppdatert informasjon om forskjeller i behov og kostnader. Dette tilsier en oppdatering av nåværende modell om 2-3 år. Helseregionene vil normalt vurdere sine modeller i forbindelse med dette arbeidet. For å sikre mest mulig legitimitet bør en ny gjennomgang gjøres av et offentlig oppnevnt utvalg, slik det ble gjort i NOU 2008: 2 og NOU 2019: 24. I tillegg bør en slik gjennomgang fange opp endringer som følge av helsereformutvalgets arbeid. En slik gjennomgang krever betydelig analysearbeid og vi må derfor sikre oss at arbeidet baseres seg på et riktig datagrunnlag.

Med hilsen



Jan Christian Vestre