



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2026/4835

Vår ref
26/1368-

Dato
17. april 2026

Dokument 8:192 S (2025-2026) Representantforslag om å gjennomføre en ekstern evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite datert 26. mars 2026 vedlagt representantforslag fra stortingsrepresentantene Ole Herman Sveian og Kjersti Toppe om å gjennomføre en ekstern evaluering av sykehusplaner og sykehusbygging i Norge – Dokument 8:192 S (2025–2026).

Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

- *Stortinget ber regjeringa sørge for ei ekstern evaluering av nye sjukehusbygg som er ferdigstilte dei siste ti åra, og like eins av sjukehusbygg som er under planlegging, for å lære av feil og sikre gode offentlege sjukehus bygg i framtida. Evalueringa må skje med deltaking frå tilsettes og pasientars organisasjonar, og gjennomgangen må vurdere sjukehusbygg i eit beredskapsperspektiv.*

Svar:

Nye sykehusbygg skal ha tilstrekkelig kapasitet, legge til rette for gode arbeidsforhold og ivareta pasientsikkerhet og beredskap. Norge står overfor store demografiske og samfunnsmessige endringer, med flere eldre, knappere tilgang på arbeidskraft og rask teknologisk utvikling. Dette stiller nye krav både til driften og til utformingen av sykehusene. Som samfunnskritisk infrastruktur må sykehus kunne fungere over tid, også under ekstraordinære belastninger og i krisesituasjoner.

Representantene viser til enkeltprosjekter hvor det har oppstått utfordringer etter åpning, og generaliserer ut fra dette at norske sykehus ikke bygges med tilstrekkelig kapasitet. Det vises også til at finansieringsmodellen gir insentiver til å redusere areal, og at læring og

kompetanseoverføring ikke ivaretas godt nok. Etter min vurdering er det viktig å se helheten. De siste årene er det realisert flere moderne sykehus som har økt kapasiteten, erstattet foreldet bygningsmasse og gitt bedre løsninger for moderne pasientbehandling, blant annet gjennom flere enerom med bad og oppgraderte tekniske løsninger.

Helseforetakene har ansvar for å sikre gode og forsvarlige spesialisthelsetjenester, herunder å planlegge for og gjennomføre investeringer i nye sykehusbygg. Planlegging, bygging og oppfølging av sykehusbygg er allerede underlagt omfattende krav til kvalitetssikring, evaluering og brukermedvirkning. Jeg vil også understreke at jeg i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2026 har stilt tydelige krav om at medarbeidernes behov skal ivaretas når sykehus planlegges eller renoveres. Dette gjelder blant annet pauserom, garderober og gode arbeids- og vaktrom. I styringsdialogen er det dessuten gitt klare føringer om at medarbeidere, vernetjeneste og tillitsvalgte skal involveres aktivt på alle nivåer, med reell medvirkning i planlegging og endringsprosesser.

Eksisterende krav til kvalitetssikring og evaluering

Planlegging, bygging og oppfølging av sykehusbygg er underlagt omfattende krav til kvalitetssikring og evaluering. Alle sykehusprosjekter med en styringsramme over 500 mill. kroner skal gjennomføres i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Prosjektmodellen er inndelt i klare faser med obligatoriske beslutningspunkter mellom hver faseovergang for å sikre kvalitet, modenhet og god styring.

Ekstern kvalitetssikring gjennomføres enten parallelt med konseptfasen eller etter avsluttet konseptfase, men alltid før beslutning om å gå videre til forprosjekt. Dette innebærer at planene gjennomgås av en uavhengig tredjepart med bred erfaring fra utvikling av sykehusbyggeprosjekter. Ansatte, brukere, tillitsvalgte og vernetjeneste medvirker systematisk i planleggingen i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk, og føringene i veilederen.

Helse- og omsorgsdepartementet har også stilt krav om evaluering av sykehusbyggprosjekter. Det foreligger en egen veileder for slik evaluering, sist revidert i 2025. Større prosjekter skal evalueres før, under og etter gjennomføring, inkludert vurderinger av plan- og byggeprosess. Evalueringene kan gjennomføres internt, eksternt eller i kombinasjon.

Om påstanden om at det bygges for små sykehus

Akershus universitetssykehus (Ahus) og Sykehuset Østfold Kalnes blir brukt som eksempler på sykehus som ble for små. Dette var prosjekter som ble planlagt og gjennomført før Sykehusbygg HF ble etablert. Her ble det gjort endringer i forutsetninger underveis. Ahus fikk ved innflytting et utvidet opptaksområde som ikke var en del av den opprinnelige planleggingen. For Sykehuset Østfold ble en betydelig del av den opprinnelig planlagte

døgnkapasiteten i Moss ikke etablert som forutsatt. Evalueringen viste at foretakets samlede sengekapasitet dermed ble redusert med om lag 90 døgnplasser sammenlignet med opprinnelig plan. Sykehuset på Kalnes ble i tillegg planlagt med en høy beleggsprosent. På bakgrunn av erfaringene vedtok Helse Sør-Øst RHF i 2018 at alle sykehusprosjekter i regionen skal planlegges med en beleggsprosent på 85 prosent.

Jeg vil ellers vise til at de nye sykehusene i Stavanger og Drammen, som representantene viser til, har økt sengekapasitet. Nye Stavanger universitetssjukehus er planlagt med 667 senger i 2025, mens faktisk antall liggedøgn i 2024 tilsier et behov på 530 senger. Tilsvarende har nytt Drammen sykehus 378 senger, mens aktiviteten i 2024 tilsier et behov på 296 senger. Det bør derfor være tilgjengelig sengekapasitet ved begge disse sykehusene.

Modell for utbygging og læring

Helseforetakene har ansvar for å prioritere, planlegge og gjennomføre sine investeringsprosjekter. De regionale helseforetakene bruker en felles framskrivningsmodell som benyttes som en del av helseforetakenes generelle planarbeid, og som grunnlag for dimensjonering av nye sykehusbygg. Erfaringene viser sterk vekst i poliklinisk aktivitet og dagbehandling, og dette hensyntas i planleggingen. Modellen ble sist revidert i 2024. Jeg viser til mitt svar til Dokument 8:103 S (2025-2026) for nærmere omtale av denne modellen.

Representantene viser også til Sykehusbygg HF. Sykehusbygg HF ble etablert i 2014 og eies av de fire regionale helseforetakene. Formålet var å samle og videreutvikle nasjonal kompetanse om sykehusplanlegging og -bygging, og å sikre bedre erfaringsdeling, kvalitet og mer ensartet praksis på tvers av regionene. Før etableringen av Sykehusbygg HF ble denne kompetansen kjøpt inn prosjektvis fra private leverandører. Det var dermed de private virksomhetene som satt på kompetansen og erfaringene fra de ulike prosjektene. Bygg og infrastruktur i sykehus er viktige ressurser som påvirker organisering og bemanning. Etableringen av Sykehusbygg HF var derfor viktig for å samle nasjonal kompetanse innen sykehusplanlegging og -bygging, og for å sikre systematisk erfaringsdeling, kvalitet og mer ensartet praksis på tvers av regionene. Helseforetakenes ansvar for planlegging og utbygging av investeringsprosjekter ble ikke endret ved etableringen.

Sykehusbygg HF sammen med helseforetakene, arbeider systematisk med læring fra prosjekt til prosjekt. Informasjon og erfaringer innhentes gjennom forskning, evalueringer av sykehusbygg i drift og gjennom nasjonale og internasjonale fagmiljøer. Denne kunnskapen systematiseres og omsettes til råd, veiledere og kunnskapsgrunnlag for nye prosjekter. Erfaringer fra blant annet Sykehuset Østfold Kalnes er allerede fulgt opp gjennom anbefalinger knyttet til utforming av sengeområder, arbeidsstasjoner, robusthet og samlokalisering.

Helseforetakene understreker også i sin tilbakemelding til meg at man må være oppmerksom på at det ofte går 8–10 år fra planleggingen starter til et nytt sykehus står ferdig. I løpet av denne perioden utvikles både behandlingsformer, teknologi, logistikk og arbeidsprosesser. Det innebærer at løsninger som framsto som riktige på planleggingstidspunktet, i ettertid kan

vurderes annerledes. Ett eksempel er akuttmottak, hvor det tidligere var sterkere vekt på rask gjennomstrømning, mens det nå legges større vekt på diagnostikk og behandling i mottaket. Et annet eksempel er ny teknologi som muliggjør digital oppfølging og gir endrede pasientforløp og andre rombehov.

Store og komplekse byggeprosjekter innebærer krevende avveininger mellom funksjonalitet, kapasitet, økonomi og langsiktig utvikling. Det er derfor et kontinuerlig behov for læring og forbedring. Helseforetakene opplyser at arealet i nyere sykehus har økt etter evalueringer som er gjennomført de siste årene. Det betyr at sykehus som planlegges og bygges nå, har mer areal enn de som ble planlagt for noen år siden. I sengeområder anbefales det nå blant annet mer areal til dokumentasjonsplasser for ansatte, samt økt areal til lager og øvrige støttearealer. Samtidig gir større arealer også større avstander, noe som må avveies mot behovet for mer kompakte bygg.

Gode arbeidsvilkår for ansatte er en viktig del av planleggingen av nye sykehus. Dette omfatter blant annet garderobefasiliteter, pauserom, arbeidsrom og vaktrom. Jeg viser her til mitt svar på Dokument 8:192 S (2025-2026), hvor det er opplyst at det med bakgrunn i erfaringene fra pandemien er utarbeidet nye standarder for garderober, med økt areal. Videre har Helse Sør-Øst RHF, som nå har fem prosjekter i forprosjektfasen, utviklet en standard for sengeområder som blant annet legger større vekt på de ansattes behov, inkludert økte arealer til pauserom.

Finansiering

Helseforetakenes årlige bevilgninger skal dekke alle foretakenes kostnader, også kostnader til investeringer og avskrivninger. Midler til dette ligger innbakt i basisrammen.

Sykehusinvesteringer betales løpende mens det bygges eller kjøpes, mens kostnadene regnskapsføres over de årene investeringene er i bruk. Avskrivninger er derfor en ikke-betalbar størrelse i regnskapet. Midlene i basisrammen som skal dekke disse kostnadene er frie midler som kan benyttes til nye investeringer, avdrag på lån eller sparing. Dersom disse midlene brukes til ordinær drift, vil helseforetaket gå med underskudd.

Videre prisjusteres helseforetakenes inntektsrammer årlig for å ta høyde for økte kostnader til lønn, legemidler mv. Avskrivningskostnader baseres på historiske kostnader. Dette innebærer at det må settes av noe midler knyttet til den årlige rammen for å kunne gjøre nye investeringer i framtiden og kunne håndtere økte kostnader etter gjennomføring av nye prosjekter. Finansieringsopplegget tilsier at investeringer derfor ikke skal gå på bekostning av driften.

Når det vises til behandlingen av Innstilling 102 S (2025–2026) om ny finansieringsmodell, følger regjeringen dette nå opp ved å utrede hvordan drift og investeringer kan skilles, og hvordan finansieringsmodellen kan forbedres. Regjeringen har varslet en helsereform, og Helsereformutvalget vil innen 1. november i år legge fram ulike alternative modeller for finansiering, styring og organisering av helsetjenesten. Det vil også kunne omfatte spørsmål om hvordan sykehus bør bygges og finansieres framover.

Erfaringer fra ibruktakelse og drift

Nye sykehusbygg er teknisk komplekse og forutsetter innføring av nye og framtidsrettede behandlings- og arbeidsprosesser, noe som innebærer betydelige endringer i arbeidshverdagen for de ansatte. Det går imidlertid mange år fra planlegging til byggene tas i bruk. Dette innebærer at enkelte utfordringer først avdekkes når sykehuset er i ordinær drift, og at justeringer kan være nødvendige i ettertid. Noen utfordringer er midlertidige og kan løses gjennom tilpasning av rutiner, mens andre kan kreve større justeringer av arbeidsprosesser eller bygningsmessige tilpasninger. Slike erfaringer tas på alvor og følges opp.

Moderne bygg, nye tekniske løsninger og oppdaterte arbeidsformer krever tid før alt fungerer optimalt. Erfaringene etter åpningen av nye sykehus viser at slike utfordringer ikke er uvanlige i nye og komplekse bygg. Det avgjørende er at utfordringer fanges opp, vurderes og følges opp, og at læringen tas med videre i nye prosjekter.

Beredskap

Beredskap er et sentralt hensyn i planleggingen av sykehusbygg. Dette ivaretas allerede som en integrert del av prosjektarbeidet gjennom nasjonale krav til samfunnssikkerhet og beredskap, regionale og lokale beredskapsplaner og vurderinger av fleksibilitet, reservekapasitet og robusthet i byggeprosjektene.

Etter min vurdering er det grunn til å framheve at mange av sykehusene som er bygget de siste ti årene, gjennomgående er bedre rustet til å håndtere kriser og ekstraordinære situasjoner enn eldre bygningsmasse. Samtidig er det viktig å understreke at beredskap i sykehus omfatter langt mer enn selve byggene. Det handler også om strømforsyning, vann, elektronisk kommunikasjon, transport, legemidler, personell, evne til omstilling, evakueringsplaner og samlet sivil og militær beredskap. I den sikkerhetspolitiske situasjonen vi nå står i, er dette spørsmål regjeringen prioriterer høyt.

Vurdering av forslaget

Jeg mener at intensjonen bak forslaget er god. Det er viktig at staten og helsetjenesten lærer av erfaringer fra nye sykehusbygg, og at vi sikrer at framtidige bygg har tilstrekkelig kapasitet, gode løsninger for pasientbehandling, et godt arbeidsmiljø for medarbeiderne og nødvendig robusthet i møte med kriser og ekstraordinære hendelser.

Samtidig er det allerede etablert et omfattende system for kvalitetssikring, evaluering, medvirkning og læring. Ferdigstilte prosjekter evalueres, erfaringer systematiseres, og

kunnskapen brukes aktivt i videre utvikling av nye prosjekter. Medarbeidere, vernetjeneste, tillitsvalgte og pasientrepresentanter deltar allerede i planleggingen.

Det kan være at utfordringer i nye sykehusbygg i stor grad handler om overgang til drift, endrede forutsetninger underveis eller behov for justeringer i komplekse bygg, heller enn systematiske feil ved hele modellen for sykehusbygging.

Sykehusene som er bygget de siste ti årene er gjennomgående bedre rustet for kriser og krig enn mange eldre sykehusbygg. Jeg kan derfor ikke se hensiktsmessigheten av at det bare er disse prosjektene som særskilt skal evalueres i et beredskapsperspektiv. Dersom det skal gjennomføres en slik gjennomgang, må det også være klart hvilke kriterier som skal legges til grunn. Beredskap kan ikke reduseres til spørsmål om antall pasientrom eller areal til ansatte alene.

Det er vel kjent at det ikke er bygget nye tilfluktsrom i norske sykehus etter etableringen av Rikshospitalet på Gaustad. Regjeringen arbeider samtidig med å legge fram et regelverk for tilfluktsrom. Jeg vil også understreke at vurderinger av sykehusutbygging i et beredskapsperspektiv reiser spørsmål som ikke uten videre egner seg for å settes ut til en ekstern aktør. På enkelte områder vil hensynet til sikkerhet og skjermingsverdig informasjon sette naturlige grenser for hvor langt en slik ekstern gjennomgang bør gå.

På denne bakgrunn framstår det ikke som formålstjenlig å igangsette en bred og generell ekstern evaluering av alle sykehusbygg ferdigstilt de siste ti årene og alle prosjekter som er under planlegging. En slik gjennomgang vil være svært omfattende og ressurskrevende, og vil i betydelig grad kunne overlappe med eksisterende evalueringer og oppfølgingssystemer. Det er vanskelig å se at dette vil gi en merverdi som står i forhold til ressursbruken.

Med hilsen



Jan Christian Vestre