



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

26/667-

12. mars 2026

**Dokument 8:103 S (2025-2026) - Representantforslag fra
stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Erling Sande og Bent-Joacim
Bentzen**

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite datert 11. februar 2026 vedlagt Dokument 8:103 S (2025-2026) representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Erling Sande og Bent-Joacim Bentzen om å sikre tilfluktsrom på norske sjukehus. Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringa straks gje føringar til helseføretaka om at alle nye sjukehus i Noreg skal byggjast med tilfluktsrom, og seinast innan 1. mai 2026 innføre eit klart regelverk om utforming og innhald.
2. Stortinget ber regjeringa straks gje føringar til helseføretaka om at alle eksisterande sjukehus skal sikrast tilfluktsrom, og at dispensasjon som er gitt om dette, skal takast tilbake, og seinast innan 1. mai 2026 innføre eit klart regelverk om utforming og innhald.
3. Stortinget ber regjeringa utgreie og sikre ei særskilt finansiering av tilfluktsrom på sjukehus, for å unngå at dette går ut over drift og pasientbehandling, og informere Stortinget på eigna måte.
4. Stortinget ber regjeringa sikre naudsynte justeringar i Sykehusbygg HF sine modellar for framskriving av aktivitet i sjukehus, slik at framtidige sjukehusbygg får tilstrekkeleg kapasitet til pasientbehandling og naudsynt arbeidsrom og areal for dei tilsette.

Tilfluktsrom ved norske sykehus

I lys av den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen og behovet for robust beredskap i helsetjenesten er tilfluktsrom et viktig tema. Samtidig er det avgjørende at det velges kostnadseffektive løsninger som i størst mulig grad øker den samlede helseberedskapen. Det har vært viktig for meg å gi grundige vurderinger i dette svarbrevet, derfor har jeg måttet be om utsettelse. Det er fortsatt ikke mulig å belyse alle konsekvenser i dette svarbrevet, men regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med et helhetlig svar til hvordan innretningen for tilfluktsrom vil bli for både statlige og kommunale virksomheter.

Regjeringen deler målsettingen om å styrke beskyttelsen ved sykehus, både for pasienter og personell, og om å sikre at kritiske funksjoner kan opprettholdes ved hendelser øverst i krisespekteret. Samtidig er det viktig å skille mellom to formål i arbeidet med tilfluktsrom: (1) beskyttelse av sivilbefolkningen i områder med forhøyet risiko der evakuering ikke er mulig eller hensiktsmessig, og (2) sikring av at kritiske virksomheter kan opprettholde nødvendig drift under angrep. Spesialisthelsetjenesten berøres av begge formål. Spørsmål om krav til tilfluktsrom og andre beredskapsarealer bør inngå i en helhetlig vurdering av helseberedskapen og tjenestens handlingsrom til å yte forsvarlig helsehjelp under angrep og i krig.

Hva regjeringen gjør nå

Justis- og beredskapsdepartementet arbeider med å oppdatere og endre forskriften for tilfluktsrom. Forslaget sendes på høring så snart som mulig. En sentral begrunnelse i totalberedskapsmeldingen er at det legges opp til en mer forholdsmessig og risikobasert modell med to beskyttelsesnivåer, der det ikke nødvendigvis er behov for CBRNE-beskyttelse overalt. I Totalberedskapsmeldingen omtales den lavere beskyttelsesgraden som dekningsrom (uten CBRNE-beskyttelse), mens tilfluktsrom videreføres som kategorien med høyest beskyttelse. Samtidig understrekes behovet for å vurdere de tekniske kravene i lys av dagens trusselbilde og erfaringer fra krigen i Ukraina, hvor blant annet t-banestasjoner og parkeringsanlegg brukes som dekningsrom.

Bakgrunnen for å innføre flere nivåer er at tiltakene skal være kostnadsmessige og forholdsmessige. DSBs anslag i Totalberedskapsmeldingen illustrerer en betydelig forskjell mellom romtypene. Her estimeres en kostnad på om lag 30 000 kroner per tilfluktsromplass, samt årlige vedlikeholdskostnader på ca. 85 kroner per plass. For dekningsrom estimeres kostnaden til om lag 6 000–10 000 kroner per dekningsromsplass for nybygg, med tilnærmet ingen årlige vedlikeholdskostnader. Dette understøtter et differensiert regelverk der beskyttelseskrav kan tilpasses behov og risiko (kilde: Totalberedskapsmeldingen, Meld. St. 9 (2024–2025)). Merk imidlertid at DSB i dette oppgir generelle kostnadsanslag, og det er naturlig å forvente at kostnaden av å etablere tilfluktsrom ved sykehus er vesentlig høyere.

Grove anslag fra sektoren viser en kostnad på 70 000 –100 000 kroner per kvadratmeter tilfluktsrom, avhengig av grunnforhold. Dersom sykehusene skal bygge opp kapasitet som ikke har vært etablert siden 1998, vil det innebære investeringer på flere milliarder kroner.

Jeg mener det ikke er hensiktsmessig å vedta et generelt krav om tilfluktsrom på alle sykehus, før forskriftsarbeidet er ferdigstilt og før vi har innhentet nødvendige vurderinger fra helseforetakene. Et generelt krav, før tekniske krav og regelverk er avklart, kan gi unødvendig store merkostnader og samtidig fortrenge andre viktige helseberedskapstiltak. Sykehusberedskap handler om mer enn romtype: For å kunne yte helsehjelp under angrep må sykehus kunne opprettholde drift (bemanning, strøm, vann, elektronisk kommunikasjon, logistikk og masseskadehåndtering). Det vil være formålstjenlig å prioritere de tiltakene som gir størst effekt for beredskapen først.

Et nytt, generelt krav vil utløse omprosjektering, økt arealbehov og større teknisk kompleksitet, noe som kan forsinke og fordyre pågående byggeprosjekter unødvendig. Planlegging av beskyttelse ved sykehus bør ses i sammenheng med tilgjengelig kapasitet i nærliggende bygningsmasse og andre egnede lokaler.

Som del av oppfølgingen av arbeidet med ny forskrift, og for å sikre et godt beslutningsgrunnlag, har jeg:

- bedt de regionale helseforetakene om en tilstandsvurdert oversikt over eksisterende tilfluktsrom i arealer spesialisthelsetjenesten eier eller disponerer. Denne oversikten er mottatt.
- bedt de regionale helseforetakene gjøre en vurdering av alternative lokaler som kan benyttes for å beskytte pasienter og personell og opprettholde sykehusenes prioriterte virksomhet ved hendelser øverst i krisespekteret. Frist for oppdraget er 27. mars.
- bedt Helsedirektoratet om en faglig vurdering av dagens behov for tilfluktsrom og hvilke tiltak som er nødvendige for å opprettholde prioritert drift under angrep, inkludert anbefalinger om dimensjonering i ulike deler av landet, prioriteringer og forslag til videre oppfølging. Frist for oppdraget er 29. mai.

Jeg vil bruke disse tilbakemeldingene til å vurdere hvilke løsninger som er nødvendige og forholdsmessige i ulike geografiske områder og for ulike typer sykehus, og til å gi mest mulig tydelige føringer for pågående og planlagte prosjekter.

I påvente av endelig regulering og avklarte krav i forskriftsarbeidet, er målet å kunne gi en rask, midlertidig avklaring som reduserer risikoen for unødvendige forsinkelser og merkostnader, samtidig som beredskapshensyn ivaretas på en forsvarlig måte.

En oppdatert og endret forskrift kan utløse finansieringsbehov i flere sektorer. Arbeid med avklaring av ansvar, kostnadsfordeling og praktiske mekanismer for gjennomføring pågår parallelt med forskriftsarbeidet. Spørsmål om finansiering vil regjeringen komme tilbake til Stortinget med gjennom de ordinære budsjettprosessene.

Ny modell for bygging av sykehus

Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre i befolkningen vil prege sykdomsbildet og behovet for helsetjenester i tiårene framover. Riktig sengekapasitet i sykehusene, som representantene er opptatt av, er en del av utfordringsbildet. Tidligere var antall senger en god indikator for å beskrive hvor mange pasienter som ble behandlet på sykehus. Teknologisk utvikling og endringer i behandlingstilbudet har imidlertid påvirket behovet for sykehussenger. Samtidig vil vi med dagens måte å levere helsetjenester på, få en økning i personellbehovet i årene som kommer. Dette vil være hovedutfordringen for den samlede helsetjenesten.

Representantene hevder at norske sykehus bygges for små, og at Norge har høy utnyttning av sengekapasiteten sammenlignet med andre land. Det er imidlertid ulike måter å beregne beleggsprosent på. OECDs definisjon legger til grunn at alle døgnplasser er tilgjengelige hele året, uten hensyn til ferieavvikling, helger eller stengte poster. SSBs definisjon tar høyde for disse forholdene og gir derfor et mer realistisk bilde av kapasiteten. Dette gjør at OECDs beregning gir lavere beleggsprosent enn det som benyttes nasjonalt, og det kan derfor vanskelig å sammenligne.

Videre foreslår representantene at Sykehusbygg sine modeller for framskrivninger av aktivitet i sykehusene justeres. Det er helseforetakene som har ansvar for å planlegge sine investeringsprosjekter. Helseforetakene er byggherre og har ansvar for at nye bygg utformes i tråd med tjenesteutviklingen og innenfor foretakenes økonomiske rammer. Ved større utbyggingsprosjekter skal Sykehusbygg HF engasjeres inn for å sikre bruk av deres spesialkompetanse. Framskrivningsmodellen benyttes sammen med andre kunnskapskilder i forbindelse med analyser for å ivareta helseregionenes sørge-for-ansvar og inngår i utviklingsplaner som oppdateres hvert fjerde år. Her vurderer helseforetakene framtidig behandlings- og kapasitetsbehov, og hvordan dette skal utvikles. Modellen benyttes også ved dimensjonering og planlegging av nye sykehusbygg.

I foretaksmøter i 2019 fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag å revidere framskrivningsmodellene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Helseregionenes arbeid ble forsinket som følge av pandemien og ble ferdigstilt i 2023. Den nye modellen forvaltes av Helse Sør-Øst RHF på vegne av helseregionene. Tidligere framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester ble utviklet i et samarbeid mellom helseregionene og Sintef. Da Sykehusbygg ble etablert i 2014 fikk de ansvar for å forvalte modellen på vegne av de regionale helseforetakene.

Den nye modellen bygger på de samme trinnene som tidligere modell. Behovet for sykehustjenester framskrives gjennom en kombinasjon av befolkningsframskrivninger og ulike endringsfaktorer. Framskrivningen foregår i tre trinn. I første trinn framskrives dagens aktivitet med en forventet demografisk befolkningsutvikling, hvor aktivitetstall fra Norsk Pasientregister med befolkningsframskrivninger fra SSB kobles inn.

Ettersom framtidens behandlingstilbud vil være annerledes enn dagens, justeres framskrivningene i trinn to for å ta hensyn til *modererende* faktorer. Nye skånsomme

behandlinger gjør at pasientene raskere kan skrives ut av sykehus. Det er en kraftig vekst i poliklinisk aktivitet og dagbehandling. I tillegg legger den teknologiske utviklingen til rette for desentralisering av spesialisthelsetjenesten og mer pasientnær behandling. Dette er bra for pasientene og det har betydning for framtidig behov for sengekapasitet.

Den nye modellen skiller seg fra den tidligere ved at effekten av de modererende faktorene, eller endringsfaktorene som det pekes på i representantforslaget, er justert. Forrige modell la til grunn en større reduksjon i liggedøgn, blant annet påvirket av innføringen av samhandlingsreformen. Også bruk av pasienthotell, observasjonsplasser og reduksjon i liggetid hadde større vekt.

I ny modell er effekten av modifierende faktorer lavere og knytter seg til:

Friskere aldring: Det er holdepunkter for at økt levealder er forbundet med flere friske leveår. Det er lagt inn at dette kan bidra til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Kreftsykdom og demens er holdt utenom denne vurderingen. En alternativ tilnærming er vurdering av dødelighet. Med økende levealder forskyves dødelighet mot høyere alder. Siden spesialisthelsetjenesten bruker relativt sett mindre ressurser på de som dør i høyere alder, vil det redusere behov for liggedøgn i sykehus. De to tilnærmingene gir omtrent samme resultat.

Behandling av kreftsykdommer: Behandling av kreftsykdommer er framskrevet særskilt. Om lag 12 pst. av liggedøgn medgår til behandling av kreft, hvorav 1/3 til kirurgisk behandling. Utvikling av kirurgiske teknikker har medført kortere oppholdstid. Nyere medikamentell kreftbehandling er mer skånsom, og mer av behandlingen kan gis poliklinisk eller som dagbehandling. Komplikasjoner kan også i større grad behandles uten døgninnleggelse. Ut fra trender og forventet utvikling er det lagt inn en videre reduksjon i liggedøgnbehovet, men reduksjonen er mindre enn den som har vært de siste årene.

Utskrivningsklare liggedøgn: Det legges til grunn at kommunehelsetjenesten skal kunne ta imot utskrivningsklare pasienter raskere enn i dag. Det krever imidlertid tiltak for at kommunene skal kunne gjøre det. Det beholdes ett liggedøgn per opphold for å sikre gode overganger.

Forbedringsfaktor: Ved å se på variasjon i oppholdstider, innleggelsesmønstre og videre overgang fra døgn til dag- og poliklinisk behandling, er det identifisert områder for forbedring som kan modifisere behovet for liggedøgn. Det er lagt inn en reduksjon svarende til at det oppnås halvparten av det identifiserte potensialet. Effekten fordeles på helseforetakene etter hvilket potensial som er identifisert på de ulike områdene. Teknologisk utvikling med digitalisering kan understøtte dette arbeidet

Ved utbyggingsprosjekter benyttes også ett trinn tre. Her beregnes kapasitets- og arealbehov basert på utnyttelsesgrader og åpningstider. Alle de fire regionale helseforetakene bruker nå middels utnyttelsesgrad med 85 pst. belegg på sengeposter og åttetimers åpningstid på poliklinikker. Jeg vil også legge til at det også ble vedtatt en ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og rus. Modellen legger til rette for økt sengekapasitet.

I arbeidet med ny somatisk framskrivningsmodell ble det også vurdert hvordan den tidligere modellen har truffet i forhold til faktisk utvikling. En slik sammenligning var mulig for Helse Sør-Øst hvor behovet ble framskrevet til 2030 basert på 2012-aktiviteten, basert på et arbeid som ble gjort i 2014. Faktisk aktivitet i 2019 ble sammenliknet med det som var forventet ut fra framskrivningen. Under forutsetning av at aktivitetsøkningen var blitt beregnet lineært, var antall liggedøgn 6,7 pst. lavere i 2019 enn forventet i tidligere modell. Årsakene ble vurdert og var knyttet til en noe mindre befolkningsutvikling enn framskrevet, men at dette sto kun for 0,8 pst. av forskjellen. Resterende effekt skyldes sterkere omstilling, endring av pasientstrømmer, og at det ikke ble tatt høyde for en redusert sykkelighet i befolkningen i perioden. De største forskjellene i utviklingen er relatert til reduksjon av planlagte innleggelser, underestimert overgang fra døgn til dag og reduksjon i oppholdstider. Resultatet viste at endringer har skjedd i større grad enn forventet. Sammenligningen viste også at faktisk poliklinisk aktivitet i 2019 var om lag 3 pst. over fremskrevet verdi, altså en større vekst enn tidligere modell hadde fremskrevet.

Spesialisthelsetjenesten er i stadig endring. Framskrivninger innebærer alltid usikkerhet. De regionale helseforetakene har derfor lagt til grunn en jevnlig oppfølging av modellen med en monitorering hvert andre år og revidering hvert fjerde år. Regjeringens arbeid med helsereform kan innebære endringer i oppgaver mellom sykehus og kommuner, og dette vil kunne endre forutsetningene for framskrivninger og en større revisjon av modellen.

Imidlertid er framskrivningsmodellen justert, hvor endringsfaktoren som representantene viser til i forslaget er tatt ut. Alle nye sykehus bygges også nå med ensengsrom. Dette gir fleksibilitet og bedre utnyttelse av romkapasitet, ved at man unngår å blokkere senger ved infeksjoner, og en slipper utfordringene med at kvinner og menn ikke kan ligge på samme rom. Samtidig høster vi erfaringer underveis, blant annet fra Stavanger HF, som nylig har bygget om enkelte enkeltrom til dobbeltrom. Denne læringen vil vi ta med oss i det videre arbeidet.

Representantene viser til evalueringen av nytt Østfoldsykehus. Dette sykehuset ble planlagt med en utnyttelsesgrad på 90 pst belegg. I tillegg ble det etablert færre senger i Moss enn det som var forutsatt i forprosjektet, og som det var dimensjonert for. At sykehuset ble bygd med færre senger enn planlagt kan derfor ikke tilskrives framskrivningsmodellen, men forutsetningene lagt til grunn ved bruk av modellen. Jeg vil her også legge til at evalueringen pekte på at befolkningen i opptaksområdet for Sykehuset Østfold hadde fått bedre tilgang på gode spesialisthelsetjenester.

Når det gjelder evalueringsrapportens vurderinger knyttet til ansattes arbeidsforhold deler jeg representantenes oppfatning. I vår felles helsetjeneste er fagfolkene vår viktigste ressurs. Ansattes tilbakemeldinger om arbeidsmiljø er en av grunnene til jeg setter i gang medarbeiderløftet, som jeg varslet i Helsetalen i januar i år. I årets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene har jeg satt klare krav til ivaretagelse av medarbeideres behov gjennom utbyggingsprosjekter, slik som pauserom, garderobes og arbeids- og vaktrom. Dette kravet vil jeg følge opp i dialogen med de regionale helseforetakene. Jeg har også i

styringsdialogen med de regionale helseforetakene og foretakene gitt klare signaler om å sørge for at medarbeidere, vernetjenesten og tillitsvalgte involveres aktivt på alle nivåer, og at det legges til rette for reell medvirkning.

Representantene viser også i sitt forslag til at finansieringsordningen må endres slik at en skiller investeringer og drift. Jeg vil i denne forbindelse vise til at Stortinget nylig vedtok anmodningsvedtak jf. behandling av Dok 8:5 S (2025-2026) der regjeringen bes legge frem forslag til en ny helhetlig finansieringsmodell for sykehus som sikrer at sykehusinvesteringer ikke skal gå på bekostning av driften av sykehusene og å utrede kostnader ved og ordninger for at statlige lån til lokale helseforetak gis til kostpris uten rentemargin. Departementet utreder nå disse endringene og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Med hilsen



Jan Christian Vestre