

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Midt-Norge RHF	3. september 2026

Sak 098-2026

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Stjørdal, 27. august 2026

Jan Frich
administrerende direktør

1. Mediebildet

Det gis en presentasjon av mediebildet i møtet.

2. Helsekartlegging i ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet

De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokument for 2026 i oppdrag å beskrive innretning, innhold og konsekvenser av helsefaglig kartlegging i en ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet. Oppdraget er gitt som oppfølging av Prop. 83 L (2024–2025) om kvalitetsløft i barnevernet. Fristen for leveransen var 1. august 2026.

Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Bufdir. Rapporten (vedlegg 1) er ferdigstilt og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten beskriver en ny modell der helsekartleggingen integreres i spesialisthelsetjenestens ordinære pasientforløp, i stedet for dagens organisering som et eget sakkyndigoppdrag. Det legges opp til én samlet inngang til tjenesten gjennom henvisning fra Bufetat, og kartleggingen gjennomføres som et helhetlig forløp som omfatter både psykisk og somatisk vurdering.

Formålet med den foreslåtte modellen er å sikre bedre identifisering av barns helsebehov, styrke sammenhengen mellom kartlegging og videre behandling, og gi barnevernet et bedre faglig grunnlag for sine beslutninger. Modellen innebærer samtidig en endring fra dagens sakkyndigordning til en ordning der spesialisthelsetjenesten får et tydelig ansvar både for selve helsekartleggingen og for videre oppfølging.

Rapporten er behandlet i møtet mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene 15. juni 2026. De regionale helseforetakene vurderer at den foreslåtte modellen representerer et faglig løft og kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til en særlig sårbar gruppe barn. Samtidig innebærer modellen en betydelig overføring av oppgaver til spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve økt kapasitet, særlig innen psykisk helsevern for barn og unge, tydeligere organisering og klare ansvarsavklaringer, samt videreutvikling av samhandlingen med barnevernet. Foreløpige beregninger tilsier et årlig kostnadsnivå på om lag 35 mill. kroner nasjonalt ved et volum på rundt 1 500 barn, men det er usikkerhet knyttet til både volum og ressursbruk. De regionale helseforetakene vurderer samlet at modellen ikke er gjennomførbar innenfor dagens kapasitets- og finansieringsrammer, og at realisering forutsetter styrket finansiering og økt kapasitet.

Videre oppfølging vil avhenge av nasjonale avklaringer knyttet til finansiering, volum, organisering og tidspunkt for implementering. Modellen er planlagt innført i første halvdel av 2027.

3. Ventetider i Helse Midt-Norge ved utgangen av juli 2026 sammenlignet med øvrige helseregioner

Ventetidsutviklingen i Helse Midt-Norge er fortsatt positiv sammenlignet med øvrige helseregioner. Ved utgangen av juli 2026 hadde regionen gjennomgående bedre resultater enn landsgjennomsnittet for ventetid for ventende pasienter og andel ventende med fristbrudd.

Gjennomsnittlig ventetid til påbegynt helsehjelp var 52 dager i Helse Midt-Norge, sammenlignet med 54 dager på landsbasis. Kun Helse Sør-Øst hadde noe lavere ventetid. For ventende pasienter var gjennomsnittlig ventetid 65 dager, mot 68 dager nasjonalt. Andelen ventende pasienter med fristbrudd var 4,1 prosent, som er lavere enn landsgjennomsnittet på 4,4 prosent og blant de beste resultatene i landet.

Når ventetidene analyseres etter fagområder, fremkommer det et mer sammensatt bilde. Innen somatikken hadde Helse Midt-Norge en ventetid for ventende pasienter på 66 dager, som er lavere enn landsgjennomsnittet på 69 dager og nest best blant helseregionene. Innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) hadde Helse Midt-Norge landets laveste ventetid med 22 dager, sammenlignet med 27 dager nasjonalt.

Innen psykisk helsevern for voksne var ventetiden for ventende pasienter 53 dager, mot 45 dager på landsbasis. For psykisk helsevern for barn og unge var ventetiden 43 dager, mot 40 dager nasjonalt. På begge områdene ligger Helse Midt-Norge høyere enn Helse Sør-Øst og Helse Vest, men lavere enn Helse Nord.

Antallet langtidsventende pasienter med ventetid over 90 dager var 6 607 ved utgangen av juli. Justert for befolkningsstørrelse tilsvarer dette 869 pasienter per 100 000 innbyggere. Helse Midt-Norge ligger dermed betydelig bedre an enn Helse Nord, men noe høyere enn Helse Vest og på omtrent samme nivå som Helse Sør-Øst.

Helse Midt-Norge ligger bedre enn landsgjennomsnittet på alle de sentrale ventetidsindikatorne og har særlig sterke resultater innen somatikk og TSB. Samtidig viser resultatene at psykisk helsevern og reduksjon av antallet langtidsventende pasienter fortsatt bør ha særskilt oppmerksomhet i det videre forbedringsarbeidet.

4. Status anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester

Den 26. juni 2026 mottok Helse Midt-Norge RHF begjæring om midlertidig forføyning fra Unicare Norge AS og Unicare Coperio AS. Rettssaken er berammet til den 7.-9. september 2026. Tilleggsanskaffelsen som var planlagt for å styrke forskningsbasert kompetansemiljø og tilbud innen tverrfaglig og spesialisert kreftrehabilitering, samt opsjonsutløsningen for å styrke døgnbasert tverrfaglig spesialisert rehabiliteringstilbud til pasienter med nevrologiske sykdommer, er utsatt i påvente av rettslig avklaring

5. Salg av Lundavang

Helse Møre og Romsdal HF har gjennomført et salg av den tidligere sykehustomten i Molde (Lundavang). Tomten er blitt forsøkt solgt over lengre tid. Et tosifret antall interessenter har vært kontaktet i forbindelse med salgsprosessen. Helseforetaket avviste våren 2026 et bud på 1 krone fra Molde kommune. The Resource Group (TRG) har kjøpt eiendommen for 100 millioner og kostnader (estimert til 50 millioner kroner) til rivning av det gamle sykehuset kommer til fratrekk.

6. Høring forskrift om tilfluktssteder

Ny forskrift om tilfluktssteder er sendt på høring med frist 15. oktober 2026. Hensikten med forskriften er «at sivilbefolkningen gis et tilfredsstillende vern mot skader ved krigshandlinger og at kritiske virksomheter kan opprettholde nødvendig drift i krigssituasjoner.»

I ny forskrift foreslås det å innføre to typer tilfluktsrom med ulik vernegrad:

- Tilfluktsrom med beskyttelse mot radioaktiv stråling og forurenset luft (CBRNE), jf. dagens forskrift.

- Dekningsrom med lavere krav til beskyttelse og som skal være rimeligere å etablere.

Krigsutsatte kommuner får i ny forskrift ansvar for å utarbeide planer for tilfluktskapasitet og vurdere behovet for nye tiltak. Av kommuner Helse Midt-Norge har sykehus, gjelder dette Namsos, Orkland og Trondheim. For kritiske stedbundne virksomheter, som sykehus, skal staten ved ansvarlig departement vurdere behovet for tilfluktsrom.

På grunn av den sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa er det nødvendig å ha tilstrekkelig dekningsrom på sykehusene som del av helseberedskapen. Helse Midt-Norge legger til grunn at akuttstusykehus må opprettholde driften i krig, og at det derfor vil være nødvendig å sikre tilstrekkelig beskyttelse av pasienter og ansatte mot krigshandlinger.

Det foreslås ikke å gjeninnføre en allmenn plikt til å bygge tilfluktsrom i nybygg over 1000 m². Det vurderes ikke hensiktsmessig at alle nye bygg, uavhengig av om de er plassert i et område hvor det er sannsynlig med luftangrep, skal ha tilfluktsrom. Enkelte utsatte kommuner som trenger flere tilfluktssteder, kan ha behov for å pålegge utbyggere å bygge tilfluktsrom. Hvordan en slik mulighet for kommunene til å innføre byggeplikt skal se ut, vil regjeringen komme tilbake til.

7. Status for prosess samordning og eventuell sammenslåing av Helseplattformen AS og Hemit HF

Generalforsamlingen i Helseplattformen AS fattet 11. juni 2026 følgende vedtak:

- 1. Generalforsamlingen nedsetter en partssammensatt gruppe med tre representanter fra kommunene og tre representanter fra helseforetak/Helse Midt-Norge, som i dialog med styret skal påse at det innen 1. mars 2027 foreligger en evaluering av arbeidet med samordning av Helseplattformen og Hemit, jf. generalforsamlingens vedtak i sak 11 (vedtakspunkt 6) den 4. juni 2025 og generalforsamlingens vedtak i sak 5 (vedtakspunkt 2) den 30. september 2025.*
- 2. Gruppen skal sørge for at det innen 1. mars 2027 foreligger en vurdering av fordeler og ulemper ved en løsning med en fusjon av Helseplattformen og Hemit til et felleseid aksjeselskap.*
- 3. Arbeidsgruppen ledes av representant fra kommunene.*

Den partssammensatte gruppen er nå etablert og har hatt sitt første møte hvor forståelse og tilnærming til oppdraget var tema. Det er gruppens intensjon å levere et helhetlig og faktabasert kunnskapsgrunnlag som i størst mulig grad baserer seg på de grundige utredningene som tidligere er gjort, med oppdateringer på områder hvor ny kunnskap foreligger. Arbeidsgruppen skal ikke legge frem en anbefaling, kun et faktagrunnlag.

Vedlegg:

- Vedlegg 1 Rapport Helsekartlegging i ny modell for tverrfaglig kartlegging av barn som flyttes ut av hjemmet
- Vedlegg 2 Spørsmål til skriftlig besvarelse nr 3464
- Vedlegg 3 Notat til Helse- og omsorgsdepartementet - Spørsmål til skriftlig besvarelse nr 3464
- Vedlegg 4 dok15-202526-3496

Skriftlige spørsmål Stortinget

Følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Midt-Norge RHF og/eller underliggende helseforetak er besvart av helseministeren:

Skriftlig spørsmål nr. 3001 fra Alf Erik Andersen (FrP) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:3001 (2025-2026)****Innlevert: 05.06.2026****Sendt: 08.06.2026****Besvart: 16.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre**

Arkivnr. HMN RHF: 2026/611

Spørsmål

Alf Erik Andersen (FrP): Kan statsråden legge fram en samlet nasjonal oversikt over hvor CT-maskiner som benyttes i akutt slagdiagnostikk er lokalisert, og er statsråden tilfreds med dagens geografiske fordeling av CT-kapasiteten i slagbehandlingen, eller vil det bli vurdert tiltak for å redusere avstanden til diagnostikk for pasienter som bor langt fra slike tilbud?

Begrunnelse

Tidlig CT-diagnostikk er avgjørende for rask behandling ved akutt hjerneslag. Tiden fra symptomdebut til diagnostikk og behandling har stor betydning for prognose og mulighet for trombolyse og trombektomi.

Norge er et langstrakt land med betydelige geografiske forskjeller i avstand til akutte helsetjenester. En samlet nasjonal oversikt over hvor CT-maskiner som brukes i akutt slagdiagnostikk er lokalisert vil gi viktig kunnskap om hvordan den diagnostiske infrastrukturen for slagbehandling er organisert, og om befolkningen har likeverdig tilgang til rask diagnostikk uavhengig av bosted.

Internasjonale retningslinjer understreker betydningen av rask diagnostikk og behandling ved hjerneslag. Kunnskap om dagens struktur vil derfor også være viktig for å vurdere om organiseringen av tjenesten bidrar til best mulig tilgang til livreddende behandling i hele landet.

Svar

Jan Christian Vestre: Norge er et langstrakt land, og lang reisevei er en utfordring for rask slagbehandling i distriktene. Samtidig er norsk slagbehandling av svært høy kvalitet. Ifølge State of Health in the EU (2025) har Norge den laveste mortalitetsraten for hjerneslag i EU. Tall fra Norsk hjerneslagregister (2024) viser også at pasientenes egenrapporterte livskvalitet og funksjonsnivå etter hjerneslag er tilnærmet lik uavhengig av hvilken helseregion man tilhører. Også overlevelsen etter hjerneinfarkt, som utgjør det store flertallet av hjerneslag, er jevnt høy i hele landet.

For å redusere tiden fra symptom til behandling for pasienter med lang reisevei, må vi bruke teknologi for å flytte diagnostikken nærmere pasienten. Jeg er svært positiv til de innovative løsningene vi allerede ser flere steder, for eksempel ved Hallingdal sjukestugu og i Alta. Her brukes desentraliserte CT-maskiner og videoveiledning fra sykehusspesialister, slik at pasienten kan få livreddende behandling lokalt.

Min samlede vurdering er at norsk slagbehandling holder et svært høyt internasjonalt nivå med i stor grad likeverdige resultater for pasientene. Likevel må vi kontinuerlig jobbe for å redusere tidsbruken. I stortingsmeldingen om framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Meld. St. 23) er regjeringen tydelig på at den lokale akuttberedskapen må styrkes. Ute på sykehusene pågår det flere systematiske kvalitetsforbedringsarbeid for å fjerne tidstyver i akuttfasen og forbedre slagbehandlingen, samtidig som nye utviklingsplaner for sykehusene er under utarbeidelse. Om kort tid vil regjeringen legge fram en ny hjernehelsestrategi som skal vise retning for en bedre hjernehelse i årene fremover, og den kommende helsereformen vil se på hvordan sammenhengen i helse- og omsorgstjenesten kan styrkes ytterligere.

Jeg har innhentet følgende informasjon fra de regionale helseforetakene om lokaliseringen:

- Helse Nord RHF: Finnmarkssykehuset HF (Kirkenes sykehus, Klinikk Alta, Hammerfest sykehus). Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Tromsø, Harstad, Narvik, Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms på Finnsnes). Nordlandssykehuset HF (Lofoten/Gravdal, Vesterålen/Stokmarknes, Bodø). Helgelandssykehuset HF (Sandnessjøen, Mo i Rana, Mosjøen, samt Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland i Brønnøysund).
- Helse Midt-Norge RHF: St. Olavs hospital (Trondheim og Orkanger), Helse Nord-Trøndelag (Levanger og Namsos), og Helse Møre og Romsdal (Hjelset, Ålesund og Volda).
- Helse Vest RHF: Nordfjord, Lærdal, Førde, Voss, Haraldsplass, Haukeland, Odda, Stord, Haugesund og Stavanger.
- Helse Sør-Øst RHF: Akershus universitetssykehus (Kongsvinger, Gardermoen, Ski, Nordbyhagen), Oslo universitetssykehus (Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker), Sykehuset i Vestfold (Tønsberg), Sykehuset Innlandet (Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Elverum, Hamar), Sykehuset Telemark (Skien, Notodden), Sykehuset Østfold (Kalnes), Sørlandet sykehus (Flekkefjord, Kristiansand, Arendal), Vestre Viken (Bærum, Drammen, Ringerike, Kongsberg, Hallingdal sjukestugu på Ål), samt Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Skriftlig spørsmål nr. 3107 fra Monica Molvær (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3107 (2025-2026)

Innlevert: 12.06.2026

Sendt: 15.06.2026

Besvart: 23.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Monica Molvær (H): Hvordan vil statsråden sikre forsvarlig økonomisk styring og tilstrekkelig finansiering av Helse Møre og Romsdal, slik at nødvendige innsparinger og omstillinger ikke går ut over pasientsikkerhet, beredskap, kvaliteten på helsetjenestene eller de ansattes arbeidsvilkår?

Begrunnelse

Den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal er svært alvorlig. Foretaket står overfor omfattende omstillingskrav og betydelige innsparinger i årene som kommer. Ansatte, tillitsvalgte og innbyggere uttrykker stor bekymring for konsekvensene for

pasienttilbud, beredskap, rekruttering og arbeidsmiljø.

Tall fra årsrapportene i Helse Midt-Norge viser at Helse Møre og Romsdal i perioden 2015–2025 samlet har hatt et underskudd på om lag 922 millioner kroner.

Ansatte i Helse Møre og Romsdal har gjennom mange år levert omstilling, effektivisering og høy aktivitet. Likevel står foretaket nå overfor innsparingskrav i en størrelsesorden som mange opplever som svært vanskelig å gjennomføre uten konsekvenser for tjenestene. Dyktige fagfolk som hver dag sørger for behandling, beredskap og trygghet for pasientene, opplever stor usikkerhet om framtiden samtidig som kravene til omstilling øker.

Høyre foreslo i sitt alternative statsbudsjett 1,2 milliarder kroner mer til sykehusene enn regjeringen. Samtidig venter sektoren fortsatt på regjeringens varslede gjennomgang av finansierings- og styringssystemet. Mens denne gjennomgangen lar vente på seg, står Helse Møre og Romsdal i en situasjon der omfattende omstillinger, usikkerhet og økonomisk press preger hverdagen til både ansatte og ledelse. Situasjonen i Helse Møre og Romsdal viser at dette arbeidet haster.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg har som representanten Molvær sikkert har fått med seg, nettopp kommet hjem etter to dager i Møre og Romsdal. Formålet med dette besøket var nettopp å få et klarere bilde av situasjonen i fylket, gjennom samtaler med både ledelse, ansatte og tillitsvalgte i helseforetaket, men også med representanter for kommunene og ledelsen i det regionale helseforetaket. Jeg er glad for at situasjonen tas på alvor lokalt, og ser også at enkelte indikatorer peker i positiv retning allerede for noen av de tiltakene som allerede er gjennomført.

Det er imidlertid reelle økonomiske utfordringer i helseforetaket, og jeg har merket meg at Helse Møre og Romsdal HF har vedtatt å gå videre med sitt utredningsarbeid knyttet til fremtidig struktur for sykehusene, og vurdering av mulige kutt. Dette ble enstemmig vedtatt i styremøtet 17. juni 2026.

Det er styrets ansvar å se på ulike tiltak for å tilpasse driften til de tilgjengelige økonomiske ressursene, og det er viktig at tiltakene man setter inn får reell effekt på økonomien. Samtidig har jeg under mitt nevnte besøk vært tydelig på at det ligger noen krav fra min side til pasienttilbudet i fylket. Jeg har i to foretaksmøter stilt klare krav om at SNR Kristiansund skal videreutvikles. Det er også uaktuelt å svekke føde- og akutt-tilbudet i Volda.

Jeg oppfatter at også Helse Midt-Norge RHF følger situasjonen i Møre og Romsdal tett, og at de tar høyde for at sykehuset kan gå med underskudd i flere år framover, innenfor regionens samlede økonomiske rammer. Dette for å legge til rette for en forsvarlig drift. Selv om situasjonen oppleves som krevende, så må selvfølgelig også Helse Midt-Norge RHF forholde seg til de vedtatte økonomiske rammer i statsbudsjettet.

Helse Midt-Norge RHF har tidligere gjort en rekke økonomiske tiltak for å tilrettelegge for det nye sykehuset på Hjelset, og for å sikre forsvarlig drift i Helse Møre og Romsdal HF. Helse Midt-Norge RHF har gitt helseforetaket lån til å dekke egenkapitalandelen på Hjelset, de har tilført likviditet i flere omganger og de har gitt ekstraordinær inntektsstøtte utover fordelingen i regionens inntektsmodell.

Helse Midt-Norge RHF vurderer fortsatt ulike grep for å redusere trykket fra den totale lånebelastningen til helseforetaket. Dette kom frem i deres styremøte 18. juni. Jeg oppfatter

også at Helse Midt-Norge RHF tar på alvor de bekymringer man har i Møre og Romsdal om den interne inntektsfordelingen i regionen, og merker meg at det er igangsatt en evaluering av inntektsmodellen i regionen.

Oppsummeringsvis vil jeg igjen bare slå fast at det er reelle økonomiske utfordringer i Helse Møre og Romsdal HF, og dette følges opp på en konstruktiv måte med tiltak både i helseforetaket og hos deres eier Helse Midt-Norge RHF. Dette er imidlertid tiltak som fortsatt er i prosess, og det er for tidlig å konkludere. Jeg forutsetter imidlertid at pasientsikkerhet, beredskap, kvaliteten på helsetjenesten og ansattes arbeidsvilkår er sentrale tema i de videre vurderinger som gjøres både lokalt og regionalt.

Avslutningsvis vil jeg nevne at den bebudede gjennomgangen av spesialisthelsetjenestens finansieringsmodell for store investeringer, som kjent, vil skje i forbindelse med helsereformen.

Skriftlig spørsmål nr. 3109 fra Yngve Sætre (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3109 (2025-2026)

Innlevert: 12.06.2026

Sendt: 15.06.2026

Besvart: 23.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/305

Spørsmål

Yngve Sætre (H): Vil statsråden sørge for at finansieringsmodellen som i dag benyttes for å finansiere de spesialiserte rehabiliteringstilbudene i de regionale helseforetakene blir evaluert?

Begrunnelse

I dag finansieres pasienters opphold i rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtaler med de regionale helseforetakene over budsjettet til det lokalsykehuset som pasienten tilhører. Dette gjelder uavhengig av om pasientene henvises fra fastlegene, manuellterapeuter eller direkte fra sykehusene. Det kan hevdes at dette gir et dårlig incitament for faglig samarbeid mellom sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene om pasientenes behov for rehabilitering, og at det hemmer faglig utvikling og forskningsarbeid innen rehabiliteringsfeltet. Det ligger også i dagens finansieringsmodell at sykehusene vil spare penger på at bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner reduseres. Det i seg selv vil kunne påvirke de faglige vurderingene.

Rehabilitering i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner er ofte ulik hva angår kompetanse, grad av tverrfaglighet/ tverrsektoriell samhandling, hvordan bygningsmessige fasiliteter og omgivelser utnyttes og hvordan fagmiljøene er bygd opp og jobber sammen. Dette er fordi de er rigget for ulike stadier i pasientenes rehabiliteringsforløp. De er med andre ord komplementære tilbud. Pasientene er derfor avhengig av tilbud både fra sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene for å lykkes i sin rehabiliteringsprosess.

Det er viktig at vi har et finansieringssystem gir incitamenter for faglig samarbeid, utvikling og forskning mellom sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene. Slik det er i dag kan det hevdes at finansieringsmodellen virker motsatt. Første skritt i en mulig ny finansieringsmodell på dette området bør være en evaluering av dagens modell.

Svar

Jan Christian Vestre: De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som bor eller oppholder seg i regionen tilbys spesialisthelsetjenester. Helseforetaksloven § 2a sier at det regionale helseforetaket skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv. Statens finansiering av de regionale helseforetakene påvirkes ikke av om tjenestene leveres av egne helseforetak eller gjennom avtaler med private leverandører. Det er det regionale helseforetaket som har sørge-for-ansvaret og gjør vurderinger av om tjenestene skal ytes gjennom egne helseforetak eller kjøp fra private.

I likhet med alle anskaffelser av privat behandlingsskapasitet i de regionale foretakene, gjennomføres anskaffelser av privat rehabilitering på bakgrunn av en samlet behovsvurdering med utgangspunkt i det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar. Helseregionene inngår avtale med de private leverandørene.

Helseregionene fordeler inntekter til helseforetakene gjennom sin regionale inntektsmodell. Inntektene til helseforetakene er basert på fordelingskriterier som demografi og sosioøkonomiske forhold som beskriver befolkningen i helseforetakenes opptaksområder. Inntektsmodellen legger med det til rette for at helseforetakene kan tilby gode og likeverdige spesialisthelsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetakenes forskjellige kostnadsmessige forutsetninger. Tjenester som kjøpes fra private leverandører er likestilt med de tjenester som helseforetakene selv gir.

Når et regionalt helseforetak har kjøpt privat kapasitet, og pasienten benytter seg av dette, trenger ikke helseforetaket tilby den samme tjenesten. Helseforetaket avregnes for kostnadene ved bruk av privat kapasitet, og det betyr at midlene følger pasienten.

Det er et grunnleggende prinsipp at medisinskfaglige vurderinger av den enkelte pasientens behov skal være styrende for hvilke rehabiliteringstilbud som gis. De regionale helseforetakene benytter ulike metoder for å innrette tjenestene best mulig, slik som fagplaner, behovsvurderinger og anskaffelser. Verktøyene som benyttes skal samlet bidra til kunnskapsbaserte, helhetlige og riktig dimensjonerte tilbud.

Fagplaner, for eksempel for rehabilitering, angir overordnet retning og prioriteringer for fagområdet. Behovsvurderinger konkretiserer hvilke tjenester det er behov for, og hvordan disse bør fordeles mellom helseforetakene og private leverandører. Anskaffelser benyttes for å sikre nødvendig kapasitet og kvalitet i de tjenestene som kjøpes fra private leverandører.

Fagplaner inneholder blant annet tiltak for å fremme samarbeid og sammenhengende pasientforløp på tvers av kommunehelsetjeneste, private leverandører og helseforetak.

Slike fagplaner og behovsvurderinger er viktige planleggingsverktøy. Behovsvurderingene får fram det samlede behovet for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering, hva helseforetakene selv tilbyr, og hvilke tjenester som bør anskaffes fra private leverandører. Behovsvurderingene peker samtidig på behovet for nødvendig modernisering og videreutvikling av tjenesteområdet rehabilitering, i tråd med utviklingen i helsetjenesten ellers.

Jeg forutsetter at fagplaner og behovsvurderinger er utarbeidet med bred involvering av representanter fra en rekke fagmiljøer som helseforetak, tillitsvalgte, kommuner og brukere, herunder også private leverandører som har avtale med det regionale helseforetaket innen rehabilitering.

I februar 2026 gjorde Stortinget en rekke vedtak ved behandlingen av Representantforslag om ei ny og offensiv satsing på arbeidsretta rehabilitering. Vedtak 452 og 453 dreier seg om

anbudsprosessene innen rehabilitering og hvorvidt disse i tilstrekkelig grad ivaretar kvalitet og behovet for kontinuitet.

Jeg tar sikte på å følge opp vedtakene overfor Stortinget i 2027.

Skriftlig spørsmål nr. 3114 fra Sylvi Listhaug (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3114 (2025-2026)

Innlevert: 14.06.2026

Sendt: 15.06.2026

Besvart: 23.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Sylvi Listhaug (FrP): Mener statsråden at det er akseptabelt at Møre og Romsdal som eneste norske fylke allerede i 2023 lå blant de dårligste regionene i Europa når det gjelder andelen av befolkningen som har under 15 minutters reisevei til sykehus, og hvordan kan statsråden akseptere at sykehustilbudet i fylket bygges ned slik at flere får enda lenger vei til sykehus- og akuttjenester?

Begrunnelse

Møre og Romsdal er det eneste fylket i Norge der under 50 prosent av befolkningen bor innen 15 minutters kjøretid fra et sykehus, ifølge en artikkel publisert av Eurostat.

For Møre og Romsdal har kun om lag 46 prosent av befolkningen under 15 minutters kjøring til sykehus i 2023. Dette er bekymringsfullt, særlig sett i lys av at sykehustilbud og akuttfunksjoner nord i fylket i ettertid er blitt ytterligere sentralisert. For mange innebærer dette betydelig lengre reisevei til sykehus enn tidligere.

Nærhet til sykehus og akuttberedskap er avgjørende for trygghet, beredskap og likeverdige helsetjenester. Når innbyggere i Møre og Romsdal får stadig lengre vei til sykehus, reiser det spørsmål om regjeringen ivaretar målet om gode og likeverdige helsetjenester.

Helse Møre og Romsdal står i en svært krevende økonomisk situasjon. De neste fire årene må helseforetaket spare om lag 600 millioner kroner, til tross for at foretaket har fått en krisepakke fra Helse Midt-Norge. Allerede inneværende år er det varslet kutt på rundt 400 millioner kroner.

Dette rammer ikke bare pasientenes trygghet og tilgang til helsetjenester, men også de ansatte som hver dag står i krevende situasjoner for å gi pasientene nødvendig behandling og omsorg. Sykehusdirektøren i Helse Møre og Romsdal har pekt på at det må vurderes større strukturelle grep for å oppnå tilstrekkelige innsparinger.

Blant tiltakene som er omtalt, er utredning av omfattende kutt ved sykehusene i Volda og Kristiansund, vurdering av organiseringen av tilbudet ved SNR Kristiansund, nedbygging av døgntilbudet innen psykiatri, vurdering av barnetilbudet i Sykehuset Møre og Romsdal, fremtidig organisering av akuttkirurgi, ortopedi og fødetilbud i Volda, samt kutt i ambulansetjenesten.

En ytterligere sentralisering av helsetilbudet i Møre og Romsdal vil kunne føre til enda

lengre reisevei for pasientene i fylket. I et fylke med store avstander, kan dette få alvorlige konsekvenser for tryggheten, beredskapen og tilgangen til nødvendige helsetjenester.

Svar

Jan Christian Vestre: Møre og Romsdal har en særskilt geografi som må tillegges vekt når sykehustilbud og akuttberedskap til befolkningen vurderes. Reisetid og avstand til sykehus er viktig for innbyggerne. Samtidig er det viktig å være presis på at Eurostats indikator og den aktuelle artikkelen det refereres til, ikke i seg selv er et mål på kvalitet, pasientsikkerhet eller tilgjengelighet. Den sier heller ikke alene noe om befolkningens samlede tilgang til akutt helsehjelp.

Regjeringens mål er gode, trygge og likeverdige spesialisthelsetjenester i hele landet. Dette er mål i Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027 som ligger til grunn for regjeringens politikk. Det innebærer at eventuelle endringer i tilbudet i Møre og Romsdal må være faglig forsvarlige og bygge på grundige vurderinger av konsekvensene for pasientsikkerhet, beredskap og tilgjengelighet.

Jeg har nylig besøkt alle sykehus i Møre og Romsdal og møtt både ansatte, ledere og lokale representanter som er opptatt av situasjonen i sykehustilbudet. Jeg forstår at mange er engasjert og bekymret. Helse Møre og Romsdal står i en krevende økonomisk situasjon, og det er viktig at både ansatte, tillitsvalgte, kommuner og innbyggere blir lyttet til i arbeidet. Som jeg også har uttalt i forbindelse med mine besøk er det ikke aktuelt å legge ned fødetilbudet i Volda eller SNR Kristiansund.

Samtidig er det helt nødvendig med omstilling. Helse Møre og Romsdal står i en krevende økonomisk situasjon. Helse Midt-Norge har allerede bidratt med flere tiltak for å understøtte forsvarlig drift og nødvendige investeringer, samt igangsatt en evaluering av inntekts-modellen i regionen. Jeg legger til grunn at helseforetaket arbeider bredt med tiltak for å bedre økonomien og bærekraften, og at eventuelle større strukturelle endringer bare vurderes etter grundige faglige prosesser og med god involvering av ansatte og berørte. Regjeringen arbeider med en helsereform der målet er en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, med bedre pasientforløp, tydeligere ansvar og finansiering som understøtter riktige tjenester på riktig nivå. Helsereformutvalget skal bidra til å belyse hvordan ansvar, organisering og finansiering bør utvikles framover.

Skriftlig spørsmål nr. 3120 fra Kristian August Eilertsen (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3120 (2025-2026)

Innlevert: 14.06.2026

Sendt: 15.06.2026

Besvart: 18.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Kristian August Eilertsen (FrP): Kan statsråden redegjøre for hvor utbredt det er at helseforetak som gjennomfører større investeringer blir nødt til å ta opp betydelige likviditetslån fra eget RHF for å håndtere løpende drift, og mener statsråden det er i tråd med Stortingets intensjon at helseforetak i en presset økonomisk situasjon må betale renter for slike interne likviditetslån, selv når midlene i utgangspunktet stammer fra statlige bevilgninger til sykehusdrift?

Begrunnelse

Helse Møre og Romsdal (HMR) er i en svært krevende økonomisk situasjon, og har derfor vært nødt til å ta opp likviditetslån på om lag 900 millioner kroner fra Helse Midt-Norge RHF. Dette må ses i sammenheng med store investeringsprosjekter, som Sjukehuset Nordmøre og Romsdal og AIO-prosjektet, som påfører foretaket årlige kapitalkostnader på om lag 700 millioner kroner.

Midlene som lånes fra RHF-et er opprinnelig bevilget av Stortinget til sykehusdrift, men forvaltes gjennom ordninger der regionale helseforetak fungerer som internbank.

Statsråden bes redegjøre for om en slik praksis er i tråd med gjeldende regelverk, og om dette er i tråd med Stortingets intensjon med midlene som bevilges over statsbudsjettet til sykehusdrift.

Situasjonen illustrerer hvordan dagens finansieringsmodell kan gi betydelige likviditetsutfordringer i kjølvannet av større sykehusutbygginger, til tross for opparbeidet egenkapital.

Svar

Jan Christian Vestre: De regionale helseforetakene med underliggende helseforetak har et helhetlig ansvar for drift og investeringer og likviditet innenfor de rammene som Stortinget stiller til disposisjon i de årlige budsjettene. I tillegg til dette kan det søkes om lån til investeringer over 500 mill. kroner.

Alle de fire regionale helseforetakene bruker et konsernkontosystem for likviditetsstyring. Behov for ekstra likviditet for å dekke egenkapitalkravet i store investeringer regnes som interne lån som rentebelastes. Mer kortsiktig behov for likviditet utover det som stilles til disposisjon i de årlige budsjettene kan enten gis som interne lån eller bruk av intern driftskredittramme som rentebelastes. Det er mindre forskjeller mellom helseregionene i hvordan samlet likviditet styres og følges opp lokalt.

Formålet med rentebelastning er ikke inntjening, men å skape riktige økonomiske insentiver slik at helseforetakene ikke «overforbruker» likviditet og synliggjør at økonomisk ubalanse og underskudd på driften har en kostnad i form av tapt alternativt bruk.

Regjeringen kommer i forbindelse med helsereformen til å vurdere finansieringsmodellen ved store investeringer. Uavhengig av hvordan investeringer finansieres framover vil utviklingen i bemanning og bemanningskostnadene være den største kostnadsdriveren i helseforetakene. Det er forståelig at det i tillegg er krevende å håndtere økte kostnader med nye bygg. Økte kostnader er imidlertid en realitet uansett valg av finansieringsmodell for store investeringer.

Skriftlig spørsmål nr. 3157 fra Amalie Gunnufsen (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3157 (2025-2026)

Innlevert: 16.06.2026

Sendt: 17.06.2026

Besvart: 24.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/408, 2026/601

Spørsmål

Amalie Gunnufsen (H): Hvordan tenker statsråden at vi i fremtiden skal ha nok kapasitet til å levere på den lovfestede retten til tidlig ultralyd på Sørlandet sykehus?

Begrunnelse

I følge Helsenorge.no:

«Alle gravide skal få tilbud om en ultralydundersøkelse i uke 11 til 14. Tilbudet er etablert i alle helseregioner, gis gjennom den offentlige helsetjenesten, og er gratis. De fleste vil få tilbudet ved sitt lokalsykehus.»

Jeg har blitt informert om at Sørlandet Sykehus Kristiansand fra 22. juni til 14. august har begrenset kapasitet til rutine ultralyd 1. trimester grunnet høye fødselstall og ferieavvikling. Kun pasienter som skal ha NIPT på grunn av medisinske tilstander eller grunnet alder vil så langt det er mulig få tilbudet om rutine ultralyd 1. trimester.

Øvrige pasienter må forvente å avstå fra undersøkelsen eller benytte private tilbydere.

Jeg har stor forståelse for at sykehusene må prioritere knappe ressurser, samtidig var statsråden selv for å lovfeste retten til tidlig ultralyd, det krever flere kompetente jordmødre over hele landet. Samtidig har utdannelsestilbudet av ultralydjordmødre over tid vært under press.

For 2026 tvinges ultralydutdanningen for jordmødre ved NTNU til å kutte studieplasser fra 20 til 12.

4. mai ble det klart at Helse Midt-Norge (HMN) og de tre andre regionale helseforetakene har besluttet å ikke bevilge midler for å opprettholde ultralydutdanningen for jordmødre på Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. I stedet skal St. Olavs hospital overta ansvaret. Det nye opplegget er fortsatt ikke på plass.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg er opptatt av at kvinner i hele landet skal ha tilgang til et trygt, faglig godt og likeverdig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Det innebærer også at vi må sikre god og tilstrekkelig utdanning av jordmødre med ultralydkompetanse.

Ifølge informasjon Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt fra Helse Sør-Øst RHF, har Sørlandet sykehus HF, som flere andre sykehus, en betydelig økning i antall fødsler i sommerperioden. Når aktivitetstoppen på en fødeavdeling sammenfaller med avvikling av lovpliktig ferie, oppstår det utfordringer med samlet kapasitet innen føde/barsel.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF arbeider Sørlandet sykehus HF systematisk med å planlegge ferieavvikling og omprioritere kapasitet for sommerperioden 2026, slik at de i størst mulig grad dekker retten til tidlig ultralyd for alle fødende.

Det er i dette arbeidet også en pågående dialog om delte stillinger mellom Sørlandet sykehus HF Kristiansand og Kristiansand kommune for å få best mulig bruk av felles ressurser innen fødselsområdet.

På tross av denne innsatsen er det i en begrenset tidfestet periode nødvendig å prioritere ultralyd 1. trimester og/eller NIPT til pasienter med særskilte medisinske tilstander eller grunnet alder.

Representanten Gunnufsen tar i sin begrunnelse opp ultralydutdanningen for jordmødre.

Helse Midt-Norge RHF fikk i 2025 i oppdrag å vurdere en varig løsning på utdanningstilbudet i ultralyd for jordmødre. Stortinget har ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett fattet følgende verbalvedtak:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at dagens ultralydutdanning for jordmødre videreføres med fortsatt akademisk forankring og kvalitet på dagens nivå, innenfor en modell som sikrer større grad av sambruk av kompetanse og utstyr mellom universitets- og sykehusmiljøet, og at utdanningskapasiteten ikke reduseres i overgangsperioden.»

Helse- og omsorgsdepartementet vil gå i dialog med Kunnskapsdepartementet med formål å finne en bærekraftig og robust løsning for utdanningstilbudet, samtidig som kvaliteten i utdanningen ivaretas. Jeg vil komme tilbake til Stortinget på egnet tidspunkt.

Helse- og omsorgsdepartementet har med bakgrunn i ovennevnte bedt Helse Midt-Norge RHF om å stille det pågående arbeidet med oppfølging av nevnte oppdrag i bero, samt sørge for at utdanning av jordmødre i ultralyd videreføres med fortsatt akademisk forankring.

Skriftlig spørsmål nr. 3193 fra Kathy Lie (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3193 (2025-2026)

Innlevert: 18.06.2026

Sendt: 19.06.2026

Besvart: 26.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Kathy Lie (SV): Korleis vil helseministeren sikre at sjukehuset i Volda består som eit fullverdig sjukehus, når styret i føretaket no går i gang med å utgreie kutt og nedlegging av akutt- og traumefunksjonen ved sjukehuset?

Begrunnelse

Helseministeren besøkte nyleg sjukehusa i Møre og Romsdal, og forsikra at fylket skal halde fram med å ha tre fullverdige sjukehus (Volda, Ålesund og Hjelset), og at Volda skal bestå som akuttsjukehus. Den alvorlege økonomiske situasjonen som er påført Helse Møre og Romsdal, pressar likevel fram nye inngripande og irreversible kutt i pasienttilbodet. Problemet ligg ikkje i drifta, men i dei økonomiske rammene og fordelingsnøklane til helseføretaket. Styret i føretaket gjorde vedtak 17.06.26. om å utgreie nedlegging av akutt- og traumefunksjonen ved sjukehuset i Volda. Utan akutt- og traumefunksjon, vil sjukehuset heller ikkje ha ei fullverdig fødeavdeling. Det vil rett og slett ikkje lenger kunne kallast eit lokalsjukehus.

Sjukehuset i Volda er lokalsjukehus for 50.000 innbyggjarar på Søre Sunnmøre og

Nordfjord, og har kring 500 fødsler i året. Geografien på Sunnmøre med fjordar, fjell og ferjer gjer det medisinsk uforsvarleg å svekkje Volda som akuttsjukehus. Det held ikkje å berre frede fødeavdelinga, utan å samstundes behalde akutt- og traumefunksjon.

Svar

Jan Christian Vestre: Helse Møre og Romsdal HF er i en krevende økonomisk situasjon, og ser behov for å vurdere ulike sider av tjenestetilbudet ved ulike sykehus i fylket. Slik det også opplyses om i begrunnelsen for spørsmålet, har jeg nylig besøkt de ulike sykehusene i fylket og har blitt godt orientert om situasjonen og ulike tiltak som er til vurdering – inkludert tiltak fra Helse Midt-Norge RHF sin side.

Jeg legger til grunn at lokalsykehuset i Volda skal bestå, føringene som følger av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 står ved lag og det er ikke lagt opp til endringer i akutttilbudet. Som jeg også har uttalt ved andre anledninger kan det imidlertid være gode grunner for å vurdere hvordan lokalsykehusene kan brukes på en enda bedre måte i tiden fremover – dette gjelder også sykehuset i Volda.

Jeg legger til grunn at det gjøres grundige vurderinger i arbeidet som nå pågår og at omstillingsarbeidet gjennomføres i tråd med gjeldende krav og rammer, med god involvering av ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg og relevante samarbeidspartnere, slik også styret i Helse Møre og Romsdal HF har forutsatt.

Skriftlig spørsmål nr. 3216 fra Monica Molvær (H) til helse- og omsorgsministeren Dokument nr. 15:3216 (2025-2026)

Innlevert: 20.06.2026

Sendt: 22.06.2026

Besvart: 26.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Monica Molvær (H): Helse Møre og Romsdal har vedtatt nedlegging av ambulansestasjoner og vurderer ytterligere kutt i viktige helsetjenester. Samtidig viser regnskapene at Helse Midt-Norge har økonomisk handlingsrom. Innbyggerne opplever at sentrale helse- og beredskapstilbud bygges ned, selv om ressursene finnes i regionen.

Mener statsråden at dagens fordeling av midler og investeringer gir Møre og Romsdal et rettferdig tilbud, og hvilke tiltak vil statsråden ta for å sikre at helseberedskap og pasienttilbud ikke svekkes?

Begrunnelse

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg viser til mitt svar på spørsmål nr. 3107 fra representanten Molvær om situasjonen i Møre- og Romsdal og vil igjen slå fast at det er reelle økonomiske utfordringer i Helse Møre og Romsdal HF. Dette følges opp på en konstruktiv måte med vurderinger og tiltak både i helseforetaket og hos deres eier Helse Midt-Norge RHF.

Jeg oppfatter også at Helse Midt-Norge RHF tar på alvor de bekymringer man har i Møre og Romsdal om den interne inntektsfordelingen i regionen og balansen mellom regional og

lokal økonomi. Jeg merker meg at det er igangsatt en evaluering av inntektsmodellen i regionen. I styremøte 18. juni fremkommer det videre at Helse Midt-Norge RHF vurderer ulike grep for å redusere trykket fra den totale lånebelastningen til helseforetaket.

Det er imidlertid reelle økonomiske utfordringer i helseforetaket, og jeg har merket meg at Helse Møre og Romsdal HF har vedtatt å gå videre med sitt utredningsarbeid knyttet til fremtidig struktur for sykehusene, og vurdering av mulige kutt. Dette ble enstemmig vedtatt i styremøtet 17. juni 2026. Det er styrets ansvar å se på ulike tiltak for å tilpasse driften til de tilgjengelige økonomiske ressursene, og det er viktig at tiltakene man setter inn får reell effekt på økonomien. Samtidig har jeg vært tydelig på at det ligger noen krav fra min side til pasienttilbudet i fylket. Jeg har i flere foretaksmøter stilt krav om at SNR Kristiansund skal videreutvikles, og at lokalsykehuset i Volda skal bestå. Styret forutsetter at omstillingsarbeidet gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav og rammer, og med god involvering av ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg og relevante samarbeidspartnere.

Skriftlig spørsmål nr. 3233 fra Anne Grethe Hauan (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3233 (2025-2026)

Innlevert: 22.06.2026

Sendt: 22.06.2026

Besvart: 29.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/673

Spørsmål

Anne Grethe Hauan (FrP): Menneske med migrene, klasehodepine og andre alvorlege hodepinesjukdomar skal ofte leva med sjukdomen resten av livet.

Vil statsråden ta initiativ til å etablera eit rehabiliteringstilbod som gir desse pasientane kunnskap om sjukdomen, meistringstrategiar og hjelp til å handtera kvardagen?

Begrunnelse

Mange med alvorlege hodepinesjukdomar opplever at rehabilitering ikkje berre handlar om behandling. Det handlar om å bli teken på alvor, møta fagfolk med kompetanse på sjukdomen og få hjelp til å leva best mogleg med ein kronisk tilstand.

I dag finst det ikkje noko etablert rehabiliteringstilbod for denne pasientgruppa, sjølv om behovet har vore kjent lenge. Personar med andre kroniske sjukdomar får ofte tilbod om rehabilitering som gir kunnskap, meistring og støtte. Menneske med alvorlege hodepinesjukdomar står i stor grad utan eit tilsvarande tilbod.

På denne bakgrunnen er det naturleg å spørja om statsråden vil ta initiativ til å etablera eit rehabiliteringstilbod som også omfattar denne pasientgruppa.

Svar

Jan Christian Vestre: Personer som lever med migrene, klasehodepine og andre alvorlige hodepinesykdommer kan ha store og langvarige plager som påvirker både funksjonsevne, livskvalitet og deltakelse i arbeid og hverdagsliv. Jeg har derfor stor forståelse for at representanten løfter behovet for god oppfølging, økt kunnskap om egen sykdom og hjelp til mestring i hverdagen.

Jeg har innhentet opplysninger fra de regionale helseforetakene som informerer om

følgende.

«Det foreligger i dag begrenset dokumentasjon for at kortvarige rehabiliteringsopphold alene gir varig gevinst for denne pasientgruppen. Erfaringer tyder på at effekten av slike opphold er begrenset dersom det ikke samtidig finnes et strukturert og tilgjengelig behandlingstilbud lokalt som kan følge opp pasienten over tid.

Fagmiljøene Norsk Senter for Hodepineforskning - NorHead og Nasjonalt Kompetansenettverk for Hodepine peker i stedet på behovet for å styrke de tverrfaglige hodepinetjenestene, i tråd med internasjonale anbefalinger. Dette innebærer blant annet etablering av:

- tverrfaglige hodepinepoliklinikker ved nevrologiske avdelinger som et spesialisert tilbud på sekundærnivå
- et tydelig tertiært tilbud for pasienter med særlig komplekse og behandlingsresistente tilstander

Slik strukturert oppfølging, med involvering av ulike faggrupper og med vekt på både behandling, pasientopplæring og mestring, vurderes som mer hensiktsmessig for å redusere sykdomsbyrden på sikt. Forskningsbaserte data viser at tverrfaglig, polikliniske tilbud fører til betydelig reduksjon i både sykefravær og hodepinefrekvens når pasientene får systematisk, tverrfaglig oppfølging over tid. Dette underbygger behovet for å bygge opp slike tjenester fremfor å etablere døgnbaserte rehabiliteringsopphold som et første tiltak.

Vi vil derfor legge til grunn at utviklingen av helsetilbudet til denne pasientgruppen i første omgang bør prioritere oppbygging av strukturerte, tverrfaglige behandlingstilbud. Dette bør suppleres med lærings- og mestringstilbud, herunder kurs og tverrfaglige gruppetilbud, i tilknytning til de relevante fagmiljøene.»

Jeg er opptatt av at pasienter med alvorlige hodepinesykdommer skal møtes med gode og relevante tilbud. Nettopp derfor er det viktig å støtte seg på oppdatert kunnskap om hvilke tiltak som gir varig nytte, og å prioritere videre utvikling av strukturerte, tverrfaglige behandlingstilbud og lærings- og mestringstilbud for denne pasientgruppen.

Skriftlig spørsmål nr. 3252 fra Geir Inge Lien (Sp) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3252 (2025-2026)

Innlevert: 24.06.2026

Sendt: 24.06.2026

Besvart: 30.06.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Geir Inge Lien (Sp): Kva konkrete tiltak vil statsråden setje i verk for å sikre at Helse Møre og Romsdal får økonomiske rammer som hindrar irreversible kutt i pasienttilbod, beredskap og fagmiljø, og som sikrar innbyggjarane i fylket eit likeverdig spesialisthelsetenestetilbod?

Begrunnelse

Situasjonen i Helse Møre og Romsdal blir no omtalt som så alvorleg at ordførarar og fylkesordføraren átvarar mot ei økonomisk styrt nedbygging av helsetilbodet i fylket. Dei meiner dei økonomiske rammene har blitt så tronge at ein no vurderer irreversible kutt i

pasienttilbod, fagmiljø og beredskap. Samstundes blir det peika på at dette ikkje skuldast ineffektiv drift, men langvarig økonomisk belastning knytt til investeringar, renter, IKT-kostnader og regionale fordelingsmekanismar.

Kommunane i fylket åtvarar og mot at konsekvensane av kutta blir skyvde over på kommunale tenester som allereie er pressa. Redusert kapasitet i spesialisthelsetenesta vil kunne føre til svekka akuttberedskap, større avstand til helsehjelp og utfordringar med rekruttering av fagfolk. Brevet frå kommunane understrekar at innbyggjarane i Møre og Romsdal har krav på eit trygt og likeverdig sjukehusstilbod, og ber Helse Midt-Norge og regjeringa gripe inn før skadane blir varige.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg viser til mitt svar på spørsmål nr. 3107 og 3216 fra representanten Molvær om den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal HF.

Som det vises til i spørsmålet er det reelle økonomiske utfordringer i Helse Møre og Romsdal HF. Dette følges opp på en konstruktiv måte med vurderinger og tiltak både i helseforetaket og hos deres eier Helse Midt-Norge RHF.

Jeg oppfatter også at Helse Midt-Norge RHF tar på alvor de bekymringer man har i Møre og Romsdal om den interne inntektsfordelingen i regionen og balansen mellom regional og lokal økonomi. Jeg merker meg at det er igangsatt en evaluering av inntektsmodellen i regionen. I styremøte 18. juni fremkommer det videre at Helse Midt-Norge RHF vurderer fortsatt ulike grep for å redusere trykket fra den totale lånebelastningen til helseforetaket.

Det er imidlertid reelle økonomiske utfordringer i helseforetaket, og jeg har merket meg at Helse Møre og Romsdal HF har vedtatt å gå videre med sitt utredningsarbeid knyttet til framtidig struktur for sykehusene, og vurdering av mulige kutt. Dette ble enstemmig vedtatt i styremøtet 17. juni. Det er styrets ansvar å se på ulike tiltak for å tilpasse driften til de tilgjengelige økonomiske ressursene, og det er viktig at tiltakene man setter inn får reell effekt på økonomien. Samtidig har jeg vært tydelig på at det ligger noen krav fra min side til pasienttilbudet i fylket. Jeg har i to foretaksmøter stilt krav om at SNR Kristiansund skal videreutvikles. Det er også uaktuelt å svekke føde- og akutt-tilbudet i Volda. Styret forutsetter at omstillingsarbeidet gjennomføres i tråd med gjeldende lovkrav og rammer, og med god involvering av ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg og relevante samarbeidspartnere.

Skriftlig spørsmål nr. 3328 fra Anne Grethe Hauan (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3328 (2025-2026)

Innlevert: 29.06.2026

Sendt: 30.06.2026

Besvart: 07.07.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/694

Spørsmål

Anne Grethe Hauan (FrP): Kva krav gjeld til lysbehandlingsutstyr hos avtalespesialistar som behandlar pasientar med psoriasis på vegne av den offentlege spesialisthelsetenesta, og meiner statsråden at dagens krav sikrar eit likeverdig behandlingstilbod, mellom anna tilgang til lyskam for pasientar med psoriasis i hovudbotnen?

Begrunnelse

For mange med psoriasis er lysbehandling ei god og effektiv behandling som reduserer betennelse i huden og gir god og langvarig effekt. Lysbehandling blir ordinert av hudlege og er ofte aktuell når smørjebehandling ikke har god nok effekt, eller for dei som av ulike grunner ikke kan bruke annan systemisk behandling.

Sjølvsom mange har god effekt av lysbehandling, får Psoriasis- og eksemforbundet stadig tilbakemeldingar om at det er vanskeleg å få gjennomført behandlinga.

Lysbehandling blir som regel tilbydd i hudlegekontora si opningstid. For mange betyr det lange reisevegar, fråvær frå jobb eller skule og fleire timar til reise og venting, sjølvsom sjølve lysbehandlinga ofte berre tek nokre få minutt. I tillegg tilbyr ikkje alle hudlegekontor lysbehandling.

Tidlegare lånte Psoriasis- og eksemforbundet ut lysbehandlingsutstyr til pasientar som hadde fått lysbehandling ordinert av hudlege. I juni 2022 tok Direktoratet for strålevern og atomsikkerheit kontakt med Psoriasis- og eksemforbundet for å avklara regelverket. Direktoratet presiserte at det ikkje er tilstrekkeleg at hudlegen har ansvaret for lysbehandlinga. Lysbehandlinga må òg gjennomførast av autorisert helsepersonell, jf. strålevernforskrifta § 48 bokstav g. Dette har avgrensa tilgangen til lysbehandling for mange pasientar.

Psoriasis- og eksemforbundet får ofte spørsmål om kvar pasientar kan få lysbehandling, og har derfor laga ei oversikt over behandlingstilboda. Samtidig opplever mange at hudlegar ordinerer lysbehandling utan å tilby lysbehandling sjølvsom. Pasientane må då sjølvsom undersøkje kvar dei kan få gjennomført lysbehandling.

Forbundet får òg tilbakemeldingar om at det sjølvsom i Oslo er vanskeleg å finna tilbod om lyskam for pasientar med psoriasis i hovudbotnen, og at pasientar blir sende frå den eine hudlegen til den andre. Etter det Psoriasis- og eksemforbundet kjenner til, stiller dei regionale helseføretaka ikkje krav om at avtalespesialistar skal tilby denne typen utstyr. Det er derfor opp til den enkelte hudlegen kva utstyr som blir kjøpt inn og kva behandlingstilbod pasientane får.

Svar

Jan Christian Vestre: Det foreligger ikke nasjonale eller regionale krav som spesifiserer at avtalespesialister i hudsykdommer skal tilby lysbehandling eller hvilke typer utstyr som skal være tilgjengelig.

Avtalespesialistene er selv ansvarlige for den faglige kvaliteten på tjenestene som ytes, og er pålagt å følge nasjonale og internasjonale retningslinjer for utredning og behandling innen sitt fagområde. Tilbudet er i hovedsak basert på den enkelte avtalespesialists faglige vurderinger og prioriteringer innenfor gjeldende regelverk og krav til forsvarlighet.

For å svare på spørsmålet har jeg innhentet informasjon fra de regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at de har 53 avtalespesialister innenfor fagområdet hudsykdommer, hvorav 50 oppgir at de tilbyr lysbehandling. Rammeavtalen med avtalespesialistene forutsetter at det inngås samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og helseforetak om blant annet behandlingstilbud, ventelistearbeid, med mer. Helse Sør-Øst RHF har ikke spesifikke krav til utstyr eller behandlingstilbud i de individuelle avtalene som er inngått med den enkelte spesialist, men viser til rammeavtalen mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening; Legen skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling innen sin spesialitet og i henhold til lov, forskrift, nasjonale, regionale planer og

gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Legen skal organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF initieres lysbehandling av hudlege og skal gjennomføres under tilsyn av helsepersonell i tråd med strålevernsregelverket, noe som oftest innebærer gjennomføring innenfor ordinær åpningstid. Det finnes flere behandlingsformer (smalspektret UVB, bredspektret UVB, vanlig UVA og langbølget UVA) og tekniske løsninger, fra helkroppskabinetter til mer målrettet utstyr. Tilgjengeligheten av slikt utstyr varierer mellom praksiser. Helse Sør-Øst RHF viser til at behovet for lysbehandling er redusert over tid som følge av nye behandlingsalternativer, noe som påvirker dimensjonering og prioritering av tilbudet. Kapasiteten i regionen vurderes samlet sett som tilstrekkelig, men tilgjengeligheten kan variere. Helse Sør-Øst RHF påpeker at hva som er nødvendig utstyr og behandlingsopplegg, må vurderes ut fra pasientenes behov, faglig utvikling og tilgjengelige behandlingsalternativer. Ifølge Helse Sør-Øst RHF vil det forhold at enkelte typer utstyr ikke er tilgjengelig ved alle behandlingssteder, ikke nødvendigvis innebære at pasientene ikke mottar et likeverdig helsetilbud.

Helse Vest RHF opplyser at avtalespesialister kun finnes i opptaksområdene til Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF. I tillegg foretas det lysbehandling ved de respektive helseforetakene i regionen. Hudavdelingen i Helse Bergen HF gjennomfører om lag 16 000 behandlinger årlig, også for barn fra to års alder. Lyskam er tilgjengelig, men bruken er ifølge helseforetaket begrenset grunnet utfordringer med hygienisk forsvarlig utstyr. Seks av åtte avtalespesialister i opptaksområdet opplyser at de tilbyr lysbehandling, men det framgår ikke om dette inkluderer lyskam. Helse Stavanger HF opplyser at lysbehandling tilbys til utvalgte pasienter med psoriasis, men at aktiviteten har falt betydelig etter innføringen av biologiske legemidler. Ifølge Helse Stavanger HF har det vært en reduksjon på om lag 60–70 % i bruken av lysbehandling de siste ti årene og lyskam har ikke vært tilbudt ved Helse Stavanger HF siden tidlig på 2000-tallet. Det er tre avtalespesialister i opptaksområdet til Helse Stavanger HF, og samtlige tilbyr lysbehandling. Helse Vest RHF har ikke fått informasjon om avtalespesialistene tilbyr lyskam.

Helse Midt-Norge RHF stiller ingen spesielle krav til sine avtalespesialister utover at behandlingen skal være faglig forsvarlig, medisinsk indisert og utført med godkjent medisinsk utstyr. Det vises til at hudleger i avtalepraksis har ulik innretning på praksisen sin og at et generelt krav om spesifikt lysutstyr kan derfor være dårlig tilpasset det faktiske pasientbehovet i den enkelte praksis. I Helse Midt-Norge har alle avtalespesialistene innen hudsykdommer tilbud om lysbehandling for pasientene sine.

Helse Nord opplyser at det er to hudavdelinger i regionen; ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og ved Nordlandssykehuset Bodø. I tillegg er det polikliniske tilbud ved flere av sykehusene, der det også tilbys lysbehandling, samt hos de tre avtalespesialistene i regionen. Avtalespesialistens rettigheter og plikter er i all hovedsak regulert i rammeavtaler og individuelle avtaler inngått med Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF viser til at avtalespesialistene i regionen samarbeider om opplæringen, og arrangerer blant annet heldagskurs minst hvert 5. år. Helse Nord RHF stiller ikke spesifikke krav til hvilket utstyr avtalespesialistene skal ha. I oppfølgingsmøtene de har med hver spesialist er utstyrsbeholdningen tema, samt hvordan internkontroll som gjelder utstyr, rutiner/prosedyrer og oppbygging og vedlikehold av kompetanse ivaretas. Status hos avtalespesialistene er at alle tilbyr lysbehandling, både helkropp og spesifikk behandling av hender og føtter, underliv og perianalt, og behandling av hodebunn med lyskam. Kapasiteten

i regionen opplyses som god, og ventetiden fra indikasjon er stilt til behandlingsstart er svært kort.

Jeg viser til svarene fra de regionale helseforetakene der det framgår at rammeavtalen mellom Legeforeningen og de regionale helseforetakene gir føringer for hvilke krav som stilles til avtalepraksis generelt. Ifølge de regionale helseforetakene stilles det ikke spesifikke krav til utstyr eller behandlingstilbud i avtalene med den enkelte hudlegespesialist, da hva som er nødvendig utstyr og behandlingsopplegg, må vurderes ut fra pasientenes behov, faglig utvikling og tilgjengelige behandlingsalternativer.

Skriftlig spørsmål nr. 3336 fra Lill Harriet Sandaune (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3336 (2025-2026)

Innlevert: 30.06.2026

Sendt: 30.06.2026

Besvart: 07.07.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/697

Spørsmål

Lill Harriet Sandaune (FrP): Hvordan vurderer statsråden at vesentlig informasjon om kriterier fremstår som ulik mellom helseforetakene i parallelle anskaffelser av rehabiliteringstjenester i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, og hvilke konsekvenser mener statsråden dette kan ha for et likeverdig pasienttilbud?

Begrunnelse

Det har vært store forskjeller mellom konkurransen i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst for anskaffelse av rehabiliteringstjenester.

Mens Helse Sør-Øst har vært åpne fra start når det gjelder minstevolum per lokasjon og vektning mellom pris og kvalitet har Helse Midt-Norge ikke opplyst tilbyderne om noen av kriteriene. Begge deler er vesentlige for hvordan tilbyderne innretter sine tilbud i anskaffelsen.

Volum er avgjørende for prissetting av rehabiliteringstjenester. Faste kostnader, lokaler, utstyr og grunnbemanning må fordeles på antall pasienter. Høyt volum gir lav enhetspris, lavt volum gir høy enhetspris.

Til tross for dette måtte tilbyderne i Helse Midt-Norge oppgi bindende priser uten å vite hvilket totalvolum lokasjonen samlet sett ville få. Uten kjennskap til totalvolumet er det umulig for tilbyderne å prise tilbudene forsvarlig. Til sammenligning kunne leverandørene i Helse Sør-Østs parallelle anskaffelse prise totalvolum per sted basert på et egendefinert minstevolum.

I konkurransen til Helse Midt-Norge fikk ikke tilbyderne informasjon om hvordan tildelingskriteriene ville vektet. Først etter begjæring om innsyn ble det klart at pris var vektet 70 % og kvalitet kun 30 %.

Behandlingstilbudets "innhold og organisering" (det mest sentrale kvalitetskriteriet) utgjorde bare 6–7 % av totalvurderingen. Til sammenligning fikk tilbyderne i Helse Sør-Øst parallell informasjon om vektingen på prosentnivå allerede i konkurransegrunnlaget.

Manglende informasjon om vektingen ble ekstra problematisk fordi Helse Midt-Norge foretok en rekke endringer i konkurranseparameterne underveis i konkurransen. Blant annet besluttet Helse Midt-Norge å bare evaluere på ett av prisparameterne i prisskjemaet: forløpspris.

Forløpslengden skulle fastsettes av den enkelte tilbyder. Forløpslengde er antall dager eller timer hver pasient skal motta behandling. Lengden påvirker prisen direkte: Kortere behandlingstid gir lavere pris. Til sammenligning hadde Helse Sør-Øst i sin parallell informasjon fastsatt forløpslengdene i konkurransegrunnlaget. Dette ga tilbyderne forutsigbarhet og forhindret at de konkurrerte på å kutte behandlingstid.

Svar

Jan Christian Vestre: Departementet har i forbindelse med dette spørsmålet bedt Helse Midt-Norge RHF om innspill. De understreker innledningsvis at de to aktuelle regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester i hver sin region. Befolkningsgrunnlaget i Sør-Øst er fire ganger større enn befolkningsgrunnlaget i Midt-Norge. Regionale anskaffelser av spesialisthelsetjenester vil dessuten måtte legges til grunn ulikheter i eksisterende tilbud i helseforetakene, samtidig som geografi, befolkningsgrunnlag og infrastruktur vil bidra til at anskaffelser kan få ulik innretning. Det enkelte regionale helseforetak sine behov for fleksibilitet i slike anskaffelser vil også kunne variere. Helse Midt-Norge RHF opplyser at på grunn av disse ulikhetene så vil rammer og kriterier for evaluering og tildeling i slike anskaffelser kunne variere, uten at dette innebærer at det samlede behandlingstilbudet ikke er likeverdig.

Helse Midt-Norge RHF opplyser at de har valgt å gjennomføre en anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester i henhold til del IV i anskaffelsesforskriften. Del IV kan anvendes for anskaffelse av helse- og sosialtjenester, og disse tjenestene omfattes av særskilte regler. For helseforetak betyr det at det fortsatt skal være konkurranse og likebehandling av leverandører, men at reglene er mer fleksible enn ved andre typer vare- og tjenestekjøp etter del III som er anskaffelser over EØS-terskelverdier. Oppdragsgiver har dermed større frihet til å utforme konkurransen etter del IV enn etter del III.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har i forbindelse med rehabiliteringsanskaffelsen involvert fagpersoner fra regionene, og har dessuten samarbeidet tett om behovsvurderinger og det faglige innholdet i tjenestene som skal anskaffes. Hensikten med dette samarbeidet har vært å legge til rette for et enda mer likeverdig tilbud, basert på et oppdatert kunnskapsgrunnlag. Helse Midt-Norge RHF har dessuten, for å supplere tilbud som ikke er tilgjengelig i regionen, gjennomført en anskaffelse med tilbydere med spesialiserte tilbud i andre regioner.

Skriftlig spørsmål nr. 3345 fra Marius Langballe Dalin (MDG) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3345 (2025-2026)

Innlevert: 30.06.2026

Sendt: 01.07.2026

Besvart: 07.07.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/704

Spørsmål

Marius Langballe Dalin (MDG): Det har stor verdi for mennesker med funksjonsnedsettelse, varig funksjonstap og komplekse utfordringer at mulighetsfokus og livskompetanse opprettholdes også når de passerer 30 år.

Hva mener helseministeren om at pasienter som skal få tilbud ved landsdekkende kompetansemiljøer og institusjoner som leverer sammensatte, tverrfaglige og spesialiserte tilbud i universelt utformede fasiliteter, helsesport og med samhandlingsmodeller med lokalmiljøet, i betydelig grad kan bli styrt av pasientens alder og adresse?

Begrunnelse

Mulighetene for å få rehabiliteringsopphold for blant annet blinde og svaksynte er allerede blitt redusert, og det ser ut til å bli enda vanskeligere fra 1. november 2026. Slik vi oppfatter det vil det da være alder og bosted som vil avgjøre om du får anledning til å søke om et opphold på for eksempel Beitostølen Helsesportsenter.

Vi legger til grunn at det er enighet om at alle med behov for nødvendig helsehjelp innen rehabilitering bør få tilgang til tverrfaglig habilitering og rehabilitering, med helsesport, aktivitetshjelpemidler og livsmestring som sentrale virkemidler - uavhengig av alder, diagnose, geografisk tilhørighet eller sosioøkonomiske forhold. Dette vil fremme likeverdige helsetjenester i hele landet - og ikke minst bidra til deltakelse i utdanning, muligheten til å stå i arbeid og til å leve et aktivt samfunnsliv. Det er viktig for å gi den enkelte et bedre liv - og det er bra for samfunnet som helhet.

Endringene som trer i kraft 1. november, bryter - så vidt vi kan se - med dette. For pasienter over 30 år som tilhører Helse Midt-Norge og Helse Sør Øst, er det per i dag ingen avtale om et videre tilbud om denne typen rehabilitering, slik vi forstår det. Bortfallet av rehabiliteringstilbudet gjelder voksne med alle typer komplekse diagnoser/funksjonsnedsettelse, herunder også blinde og svaksynte.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg er helt enig med representanten Langballe Dalin i at mennesker med funksjonsnedsettelse med behov for nødvendig helsehjelp, skal ha tilgang til tilbud om habilitering og rehabilitering, uavhengig av alder og geografisk tilhørighet. For å svare mer konkret på spørsmål om rehabiliteringstilbud til blinde og svaksynte i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF, har jeg innhentet nærmere informasjon fra disse to regionene.

Helse Sør-Øst RHF viser til at rehabiliteringsanskaffelsen bygger på en styrevedtatt fagplan og gjennomført behovsvurdering. De opplyser at de fire regionene innretter anskaffelser noe ulikt blant annet på grunn av ulike tilbud i egne sykehus og ulike behov. Det er derfor naturlig at det er variasjon både i volum og avgrensning for målgrupper.

I anskaffelsen som Helse Sør-Øst RHF tildelte 28. oktober 2025, ble det ikke spesifikt etterspurt tilpasning av aktivitetshjelpemidler. Tilbydere med dette tilbudet ble imidlertid vurdert på lik linje med øvrige tilbydere i konkurransen. Tildelingen er basert på en samlet vurdering av kvalitet og pris, og Beitostølen Helsesportsenter nådde ikke opp i konkurransen på denne delytelsen. Helse Sør-Øst RHF vil understreke at en vesentlig del av rehabiliteringsoppholdene består av fysisk aktivitet og livsmestring. Arbeid som mål skal

være inkludert i alle rehabiliteringsforløp for de pasienter det er aktuelt for. Helse Sør-Øst RHF kan informere om at det pågår dialog med de som er tildelt ny avtale, slik at tilbud, som for eksempel tilpasning av behandlingshjelpemidler, kan ivaretas også i det videre.

Sansetap var et prioritert område i siste anskaffelse, men Helse Sør-Øst RHF mottok ingen tilbud på synsrehabilitering. Helse Sør-Øst RHF er imidlertid ikke kjent med at private avtaleparter ikke tar imot pasienter som er blinde/svaksynte. Kriteriet er at de må kunne nyttiggjøre seg rehabiliteringstilbudet, og ha med seg ledsager hvis de har behov for assistanse. I de nye avtalene innen rehabilitering er det et døgntilbud til pasienter innen delytelse M - sanseforstyrrelser. Målgruppen er pasienter som er døve eller døvblinde og som har redusert funksjon eller sykdom/skade, uavhengig av diagnose. Tilbudet er for unge voksne 18-30 år og voksne over 30 år. Helse Sør-Øst RHF viser også til at det er kommunen som har ansvar for at du får rehabilitering og opplæring innen grunnleggende ferdigheter når du har redusert syn.

Norges Blindeforbund har også tilbud til synshemmede. Norges Blindeforbunds rehabiliteringsavdeling kan hjelpe med å kontakte ulike instanser og gi informasjon og veiledning. De tilbyr også hjemmebesøk av rehabiliteringskontakter/ likepersoner som kan gi nyttig informasjon til dem som har fått nedsatt syn. Rehabiliteringskontakter finnes over hele landet. De har selv erfaring med å se dårlig og har god oversikt over lokale tilbud, rettigheter og muligheter. De har fire rehabiliteringsavdelinger i Norge. Nærmere informasjon finnes på hjemmesiden til Norges Blindeforbund.

Helse Sør-Øst RHF vurderer totalt sett at pasientene i regionen fortsatt skal få gode og relevante rehabiliteringsopphold tilpasset den enkelte målgruppe og pasientenes behov.

Helse Midt-Norge RHF er i sin tilbagemelding klar på at det er et udekt behov for diagnoseuspesifikke opphold innen tilpasset fysisk aktivitet for pasienter over 30 år. Helse Midt-Norge RHF opplyser at de skal gjennomføre en tilleggsanskaffelse av dette og kommer til å utlyse anbudskonkurranse innen kort tid. Anbudsdokumenter er klare, men prosessen har blitt forsinket på grunn av andre anskaffelsesprosesser.

Basert på den informasjonen jeg har mottatt, sørger de to regionene for at det finnes et rehabiliteringstilbud, eller de er i gang med en tilleggsanskaffelse slik at de aktuelle pasientgruppene med behov for nødvendig helsehjelp, får dette. Det er også verdt å nevne at både kommunen og Norges Blindeforbund har tilbud til synshemmede.

Skriftlig spørsmål nr. 3351 fra Grunde Almeland (V) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3351 (2025-2026)

Innlevert: 30.06.2026

Sendt: 01.07.2026

Besvart: 03.07.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Grunde Almeland (V): Statsråden har nå offentlig erkjent at helsehjelpen til transpersoner ikke har vært og ikke er god nok.

Vil statsråden la denne erkjennelsen følges av konkrete midler og et tydelig oppdrag som setter de regionale sentrene for kjønnsinkongruens i stand til å starte hormonbehandling av voksne, slik at de varslede tiltakene ikke begrenser seg til møter, gjennomganger og redegjørelser uten budsjettmessige konsekvenser?

Begrunnelse

Undertegnede etterspurte i tidligere skriftlig spørsmål, besvart 24. mars 2026, at de regionale sentrene for kjønnsinkongruens (RSKi) får midler og rammer til å gi hormonell

behandling til voksne uten krav om psykiatrisk utredning. Statsråden viste da til et planlagt pilotprosjekt ved Akershus universitetssykehus og St. Olavs hospital, og til en klinisk anbefaling som skulle utarbeides i løpet av våren.

Under markeringen av 25. juni erkjente statsråden offentlig at helsehjelpen til transpersoner ikke har vært og ikke er god nok. I etterkant er det varslet tre tiltak: et møte med sentrale fagaktører etter sommeren, en faglig gjennomgang i Helsedirektoratet og en redegjørelse fra Helse Sør-Øst RHF. I svar på Dokument nr. 15:3285 (2025–2026), besvart 30. juni 2026, opplyser statsråden at formålet med møtet er å få informasjon om status og diskutere forbedringer.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje fra 2020 anbefaler et desentralisert tilbud og slår fast at psykiatrisk eller psykologisk utredning ikke er en betingelse for kjønnsbekreftende behandling. Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026) slår fast at tilbudet over tid har vært mangelfullt. Erkjennelsen statsråden nå gir uttrykk for, er dermed ikke ny.

Statsråden kan allerede i dag gi Helsedirektoratet i oppdrag å sørge for at retningslinjen faktisk implementeres, slik at de regionale sentrene gir utredning, behandling og oppfølging, og ikke bare kartlegging. Kompetansen finnes allerede ved flere av RSKi-ene. Statsråden kan på samme måte instruere de regionale helseforetakene om å etablere hurtigteam gjennom ekstra stillinger, innleie og kjøp av tjenester der fagteam ennå ikke er komplette, på linje med ventetidsløftet de samme instansene allerede er pålagt.

Ved å sette i gang strakstiltak der ressursene allerede finnes, kan tilbudet styrkes nå, samtidig som det gir erfaring inn i det videre arbeidet. Det som mangler, er verken hjemmel, verktøy eller kompetanse, men at erkjennelsen omsettes i konkrete instruksjoner og bevilgninger.

Svar

Jan Christian Vestre: De regionale helseforetakene har sørge for-ansvar når det gjelder behandling til personer med kjønnsinkongruens, og helseforetakene ansvar for å tilby tjenester, på samme måte som for andre som har behov for spesialisthelsetjenester. Midlene bevilges også på samme måte gjennom rammebevilgningen til sykehusene.

I 2023 fikk vi på plass regionale sentre for kjønnsinkongruens i alle landets regioner. Dette representerer et strukturelt løft både regionalt og lokalt. Sentrene er viktige ikke bare for pasienter og pårørende, men også som faglig ressurs og samarbeidspartner for lokale helseforetak og kommunale helsetjenester. Arbeidet med å avklare hvilket behandlingstilbud som skal kunne tilbys regionalt og hvilke oppgaver som skal ligge til den nasjonale behandlingstjenesten pågår. Spørsmålet om hormonbehandling er ikke et økonomisk spørsmål, men et helsefaglig og medisinsk spørsmål. Dette er ikke noe departementet skal ta stilling til.

Jeg skal like over sommeren ta initiativ et møte med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, Statens helsetilsyn, de regionale sentrene for kjønnsinkongruens og Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo om hvordan behandlingstilbudene kan styrkes og tillit bygges hos de berørte pasientgruppene.

Jeg viser ellers til mitt svar på spørsmål 3285 som også omhandler helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens.

Skriftlig spørsmål nr. 3416 fra Erlend Svardal Bøe (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3416 (2025-2026)

Innlevert: 03.08.2026

Sendt: 04.08.2026

Besvart: 11.08.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Erlend Svardal Bøe (H): Hva er budsjettavviket til de respektive helseforetakene så langt i 2026, og hvor stort blir et eventuelt merforbruk i helseforetakene?

Begrunnelse

Ønsker svar strukturert på samme måte som svar på budsjettspørsmål 723 fra Finanskomiteen/Høyres fraksjon av 22.10.2025.

Svar

Jan Christian Vestre: Siste rapportering om den økonomiske situasjonen fra de regionale helseforetakene ble mottatt av Helse- og omsorgsdepartementet i slutten av juni. Rapporteringen omfattet regnskapstall og økonomisk status for perioden januar til og med mai 2026. Rapporteringen for juni og juli har frist 19. august.

Nedenfor følger tabeller som viser de vedtatte årsbudsjettene for helseforetakene i 2026, akkumulert resultat per mai og budsjettavvik per mai. Budsjettavvikene er i forhold til helseforetakenes egne periodiserte budsjetter.

tall i mill. kr

Helse Sør-Øst Budsjettresultat for 2026 Resultat per mai 2026 Budsjettavvik per mai 2026

Akershus universitetssykehus HF 33,0 15,7 1,9

Oslo universitetssykehus HF 717,0 255,6 -43,1

Sunnaas sykehus HF 10,0 2,1 -2,0

Sykehusapotekene HF 0,0 -18,0 34,2

Sykehuset i Vestfold HF 116,0 48,8 0,5

Sykehuset Innlandet HF 104,0 -12,5 -55,8

Sykehuset Telemark HF 64,0 25,8 -0,9

Sykehuset Østfold HF 110,0 45,9 0,0

Sykehuspartner HF 49,0 -32,3 -36,0

Sørlandet sykehus HF 117,0 59,1 10,3

Vestre Viken HF -632,0 -322,5 -59,2

Helse Sør-Øst RHF 1 497,0 761,3 93,2

Sum Helse Sør-Øst 2 185,0 829,0 -56,8

tall i mill. kr

Helse Vest Budsjettresultat for 2026 Resultat per mai 2026 Budsjettavvik per mai 2026

Helse Stavanger -440,0 -422,9 -239,2

Helse Fonna 50,0 -105,1 -125,9

Helse Bergen 100,0 -92,2 -137,0

Helse Førde -45,0 -49,9 -31,1

Sjukehusapoteka Vest HF 9,0 -7,0 -4,4
Helse Vest IKT 1,0 2,7 4,0
Helse Vest Morselskap 350,0 277,4 131,6
Sum Helse Vest 25,0 -396,9 -402,1

tall i mill. kr

Helse Midt-Norge Budsjettert resultat for 2026 Resultat per mai 2026 Budsjettavvik per mai 2026

St Olavs Hospital HF 240,0 143,8 40,6
Helse Møre og Romsdal HF -400,0 -237,8 -71,1
Helse Nord-Trøndelag HF -35,0 -48,2 -22,2
Sykehusapotekene Midt-Norge -10,0 -4,2 6,4
Hemit HF 0,0 -3,2 -2,8
Helse Midt-Norge RHF 390,0 180,6 17,6
Trøndelag ortopediske verksted 8,5 2,8 3,3
Sum Helse Midt-Norge ekskl Helseplattformen 193,5 33,8 -28,2
Helseplattformen 44,5 -1,1 -3,6
Sum Helse Midt-Norge inkl Helseplattformen 238,0 32,7 -31,8

tall i mill. kr

Helse Nord Budsjettert resultat for 2026 Resultat per mai 2026 Budsjettavvik per mai 2026

Finnmarkssykehuset 20,0 5,5 1,3
Universitetssykehuset Nord-Norge 10,0 -17,3 -27,8
Nordlandssykehuset 25,0 -56,8 -61,0
Helgelandssykehuset 10,0 -23,2 -31,5
Sykehusapotek Nord 1,0 1,5 1,1
Helse Nord RHF/felles 0,0 46,3 -0,3
Helse Nord IKT 113,0 -3,2 4,6
Sum Helse Nord 179,0 -47,3 -113,6

Pr. mai oppgir de regionale helseforetakene følgende:

- Helse Sør-Øst RHF anslår et årsresultat på 2 310 mill. kroner.
- Helse Vest RHF anslår et negativt årsresultat på om lag 600 mill. kroner.
- Helse Midt-Norge RHF oppgir et forventet positivt årsresultat på 163 mill. kroner.
- Helse Nord RHF har foreløpig rapportert en årsprognose lik budsjettert resultat på 179 mill. kroner.

Jeg gjør oppmerksom på at rapportering basert på tall pr mai innebærer at det fortsatt er betydelig usikkerhet både om effekt av igangsatte tiltak og årsprognoser.

Skriftlig spørsmål nr. 3456 fra Kristian August Eilertsen (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3456 (2025-2026)

Innlevert: 08.08.2026

Sendt: 10.08.2026

Besvart: 18.08.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Kristian August Eilertsen (FrP): Hvordan vil statsråden sikre at pasienter med migrene får tilgang til et dokumentert, rimelig og anbefalt behandlingsalternativ som Candesartan når både Direktoratet for medisinske produkter og Helfo avslår refusjonssøknader, samtidig som patentet er utløpt og ingen legemiddelprodusent har økonomisk interesse av å søke om refusjonsgodkjenning?

Begrunnelse

Flere nevrologer og fastleger har over lengre tid uttrykt frustrasjon over at søknader om individuell stønad til Candesartan som forebyggende behandling mot migrene som hovedregel avslås av Direktoratet for medisinske produkter og Helfo.

Dette skjer til tross for at Candesartan er omtalt som et aktuelt forebyggende behandlingsalternativ i faglige anbefalinger, og at det høsten 2025 ble publisert en dobbeltblind, randomisert studie fra St. Olavs hospital med om lag 500 deltakere som viste at Candesartan 16 mg hadde signifikant bedre effekt enn placebo ved migreneforebygging.

Ettersom patentet på legemidlet for lengst er utløpt, har legemiddelprodusentene begrensede økonomiske insentiver til å søke om utvidet indikasjon eller refusjonsgodkjenning. Konsekvensen er at pasienter i stedet kan måtte behandles med betydelig dyrere alternativer, som CGRP-hemmere eller Botulinumtoksin, samtidig som spesialister bruker tid på å sende søknader de på forhånd forventer vil bli avslått. Dette reiser spørsmål om effektiv bruk av helsepersonells tid og en samfunnsøkonomisk fornuftig ressursbruk.

Svar

Jan Christian Vestre: Kandesartan brukes i behandling av høyt blodtrykk og hjertesvikt, men har ikke markedsføringstillatelse i Norge for forebyggende bruk ved migrene. Bruk utenfor godkjent indikasjon, såkalt off-labelbruk, kan som hovedregel ikke innvilges forhåndsgodkjent refusjon etter gjeldende regelverk. Det kan innvilges individuell stønad etter blåreseptforskriften § 3 for off-labelbruk av legemidler, men det stilles da særskilte krav til at legemiddelet har en vitenskapelig godt dokumentert og klinisk relevant virkning for den aktuelle sykdommen.

Dette vilkåret er konkretisert i rundskriv til blåreseptforskriften § 5-14: Det kan bare gis stønad for legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i EØS eller Storbritannia for det aktuelle bruksområdet når legemiddelet har en vitenskapelig godt dokumentert og klinisk relevant virkning for den aktuelle sykdommen på gruppenivå. Som hovedregel kreves det at det foreligger randomiserte og kontrollerte studier av en viss størrelse. For behandling av vanlige sykdommer/tilstander med mange pasienter stilles det som hovedregel krav til større studier, det vil si med flere inkluderte pasienter, enn for mindre forekommende sykdommer/tilstander. Der aktuell studie viser særlig god og klinisk relevant effekt, kan Helfo senke kravet til studiepopulasjonens størrelse. Kravet kan også anses som oppfylt hvis den aktuelle legemiddelbehandlingen er anbefalt i nasjonale faglige retningslinjer utarbeidet eller godkjent av Helsedirektoratet. Retningslinjer fra andre aktører (f.eks. spesialistmiljøer eller andre land) vektlegges som hovedregel ikke. For bruk av legemidler til barn kan også andre anerkjente faglige retningslinjer enn de fra Helsedirektoratet vektlegges som effektdokumentasjon. Søkende lege skal legge ved relevant dokumentasjon om effekt av behandlingen med legemidlet det søkes om individuell stønad til. Helfo vurderer publisert vitenskapelig dokumentasjon basert på dokumentasjon i søknaden samt egne søk i tilgjengelige databaser. Vurderingen til Helfo vektlegger

studiedesign, studiestørrelse og resultater/effekter.

Helfo har vurdert at kravet om vitenskapelig dokumentasjon av effekt ikke er oppfylt for forebyggende behandling av migrene hos voksne med kandesartan. Studien fra Norge, publisert i Lancet i oktober 2025, er også inkludert i denne vurderingen. Helfo har vurdert at denne studien ikke endrer opprinnelig vurdering som følge av at studien er en fase-2 studie, inkluderer for få personer (gitt en svært hyppig forekommende sykdom), har kort varighet og at aktiv behandling (kandesartan) sammenlignes kun med placebo. For dokumentasjon av behandling av en hyppig forekommende sykdom som migrene, så forventes det randomiserte og kontrollerte fase-3 studier med større pasientpopulasjoner og lengre varighet. Behandling med kandesartan av voksne pasienter med migrene er heller ikke omtalt med anbefaling i nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet. Det gis imidlertid individuell stønad til forebyggende behandling av migrene med kandesartan til barn under 18 år, da behandlingen er omtalt i generell veileder i pediatri fra Barnelegeforeningen.

Jeg vil påpeke at et avslag etter effektdokumentasjonskravet i blåreseptforskriften § 3 ikke nødvendigvis betyr at legemiddelet ikke har effekt ved den aktuelle bruken. Helfos vurdering er kun en vurdering av om effekten er vitenskapelig dokumentert i tråd med kravene fastsatt i blåreseptregelverket.

Et avslag om individuell stønad etter blåreseptforskriften betyr heller ikke nødvendigvis at pasientene må dekke utgiftene til legemiddelet selv. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å dekke utgifter til legemidler som ikke oppfyller blåreseptforskriftens krav til vitenskapelig dokumentasjon av effekt, dersom de tilbyr slik behandling, jf. Rammeverk for legemiddelbehandling utenfor godkjent indikasjon i spesialisthelsetjenesten.

Skriftlig spørsmål nr. 3493 fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3493 (2025-2026)

Innlevert: 14.08.2026

Sendt: 14.08.2026

Besvart: 20.08.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden gjøre rede for hvordan regjeringen konkret følger opp flertallets enighet i revidert nasjonalbudsjett, om at pasienter som er på dagbehandling med opphold innen rehabilitering, skal få dekket opphold i helgene, når de har behov for og ønsker det?

Begrunnelse

Senterpartiet har vært uenig i regjeringens ønske om omfattende nedlegging av døgnplasser innen rehabilitering og omgjøring til en helt ny kategori plasser som innebærer opphold med dagbehandling uten overnatting. Vi mener at den ikke har vært faglig begrunnet, men økonomisk. Ved Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett ble det enighet mellom partiene, der man slo fast at pasienter på slike opphold skal få dekket opphold i helgene, når de har behov og ønsker det. For Senterpartiet er det viktig at dette nå blir synliggjort inn i avtalene mellom helseforetakene og tilbydere på rehabiliteringsfeltet, og det dette også blir finansiert. Det er svært viktig at vi kan se en reell endring etter budsjettforliket, slik at det faktisk er pasientene som er på rehabilitering som selv får bestemme om dette er et behov og ønske, og ikke at behovet skal defineres og bestemmes helseforetakene.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg er enig i at pasienter på dagbehandling med opphold innen rehabilitering også skal få dekket opphold i helgene når det er behov for det og pasientene ønsker det. Vi har fulgt opp enigheten i revidert nasjonalbudsjett.

Helse Midt-Norge RHF har bekreftet at de allerede følger dette opp som del av konkurransegrunnlaget i sine anskaffelser innen rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF er i tilleggskdokument 2026 etter Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025-2026) bedt om at pasienter som er på dagbehandling med opphold, også skal få dekket opphold i helgene. Jeg har fått følgende informasjon fra Helse Sør-Øst RHF om hvordan nevnte oppdrag følges opp:

«Det er allerede etablert praksis at mange pasienter reiser hjem i helgene, og det er i hovedsak denne pasientgruppen som framover vil henvises til dag med overnatting. Pasienter med lang reisevei, og som av hensyn til utbytte av rehabiliteringsoppholdet har behov for overnatting i helgene, vil få det dekket. Helse Sør-Øst RHF ser på hvordan en slik ordning skal innrettes, jf. også Tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025-2026). Det vil spesielt være aktuelt for opphold der det vil være lang reisetid for pasienten, eller for eksempel for pasienter med utmattelsessyndrom og smerteproblematikk som ikke vil få et fullverdig utbytte av rehabiliteringen ved å måtte reise hjem i helgene. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn, både av hensyn til pasienten og leverandøren, at overnatting som blir dekket av oppdragsgiver, er avklart i forkant av oppholdet.»

Skriftlig spørsmål nr. 3496 fra Erlend Svardal Bøe (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3496 (2025-2026)

Innlevert: 14.08.2026

Sendt: 14.08.2026

Besvart: 24.08.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: foreligger ikke

Spørsmål

Erlend Svardal Bøe (H): Viser til spørsmål 15:1122, stilt 12.01.2026:

Hvor mange pasienter er avvist eller har fått avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten i perioden 2021 - juli 2026, og vurderer statsråden at den økonomiske situasjonen ved sykehusene påvirker andelen avviste henvisninger og dermed måloppnåelsen i ventetidsløftet?

Begrunnelse

Ber om at oversikten er fordelt per regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) og tertial/år. Ber om at bevarelsen kommer i tre ulike Excel-dokument.

Svar

Se vedlagte pdf-fil for svaret fra Jan Christian Vestre på spørsmål 3496.

Merk at det her vises til excel-dokumenter som ikke ligger ute på stortinget.no.

Skriftlig spørsmål nr. 3510 fra Kristian August Eilertsen (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3510 (2025-2026)

Innlevert: 16.08.2026

Sendt: 17.08.2026

Besvart: 25.08.2026 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Arkivnr. HMN RHF: 2026/747

Spørsmål

Kristian August Eilertsen (FrP): Kan statsråden redegjøre for status for arbeidet med å etablere et nasjonalt koordinert, tverrfaglig og tilstrekkelig bemannet oppfølgingstilbud for overlevende etter barnekreft, herunder om alle regionale helseforetak nå har etablert et reelt tilbud for voksne barnekreftoverlevende, om Helse Nord har fått på plass et tilbud i egen region, og hvilke konkrete tiltak statsråden vil iverksette dersom tilbudet fortsatt er ulikt mellom helseregionene?

Begrunnelse

Viser til statsråden svar på Dokument nr. 15:187 (2025-2026). I svaret opplyste statsråden at Helse- og omsorgsdepartementet våren 2025 hadde bedt de regionale helseforetakene om status for arbeidet med å bygge opp regional kompetanse og tilbud for seneffekter etter kreft hos barn og voksne.

Tilbakemeldingene viste variasjon mellom helseregionene. Statsråden viste blant annet til at Helse Sør-Øst arbeidet med å etablere strukturerte oppfølgingstilbud, at enkelte helseforetak hadde planlagt eller igangsatt polikliniske tilbud, og at det var etablert et nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for seneffekter etter kreftbehandling.

Samtidig fremgikk det at Helse Nord, på grunn av mangel på barneonkologer, ikke hadde hatt et tilbud for barnekreftoverlevende i regionen de siste to årene, og at pasienter med mer komplekse behov måtte henvises til Oslo universitetssykehus.

Oppfølging av barnekreftoverlevende er avgjørende fordi senskader kan oppstå mange år etter avsluttet behandling og påvirke fysisk, psykisk og sosial fungering. Manglende eller varierende oppfølging kan derfor få store konsekvenser for en sårbar pasientgruppe.

Nå har det snart gått ett år siden spørsmålet ble stilt, og det er derfor behov for en oppdatert status på om arbeidet statsråden viste til faktisk har ført til et mer systematisk, likeverdig og tverrfaglig oppfølgingstilbud i hele landet.

Svar

Jan Christian Vestre: I henhold til årsrapporter for Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft får om lag 200 barn og ungdom en kreftdiagnose før fylte 18 år. Med dagens behandling er 5-års overlevelsen tett opp mot 90%. Forskning viser at så mange som to av tre som gjennomgår en kreftsykdom i ung alder lever med minst én kronisk helsetilstand som følge av sin kreftbehandling, og omtrent 25 prosent av disse har en eller flere seneffekter som klassifiseres som alvorlige. Det er derfor viktig å sikre en god oppfølging av disse barna.

For å svare på spørsmålet har jeg bedt om innspill fra de regionale helseforetakene. I tilbakemeldingen fra de regionale framgår følgende status for oppfølgingstilbud for overlevende etter barnekreft:

Helse Sør-Øst RHF viser til at Oslo universitetssykehus HF leder Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for seneffekter etter kreftbehandling, som ble etablert i 2024. Nettverket skal bidra til kompetanseoppbygging, fagutvikling og samordning av oppfølgingstilbud for kreftoverlevende med seneffekter. Som en del av dette arbeidet er det etablert regelmessige nasjonale møter mellom fagmiljøene, og det pågår revisjon av nasjonale faglige råd på området. Oslo universitetssykehus HF har også ledet et regionalt

arbeid i Helse Sør-Øst for å styrke organiseringen av tilbud til kreftoverlevende med senefeffter. Arbeidet har vært forankret i regionalt faglederforum for kreft og har hatt deltakelse fra samtlige helseforetak i regionen. Målet er å bidra til at pasienter i størst mulig grad kan få oppfølging nær bostedet, samtidig som Oslo universitetssykehus HF ivaretar funksjoner for pasienter med komplekse problemstillinger og bidrar med kompetanse, fagutvikling og forskning.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus HF etablert et tilbud til kreftoverlevende med senefeffter etter kreftbehandling. Dette omfatter også personer som er behandlet for kreft i barne- og ungdomsalder. Poliklinikk for senefeffter tilbyr tverrfaglig utredning og oppfølging av pasienter med komplekse eller sammensatte senefeffter og er etablert samarbeid med en rekke medisinske spesialiteter og rehabiliteringsmiljøer. Barn og ungdom som behandles for kreft ved Oslo universitetssykehus HF følges systematisk opp gjennom barne- og ungdomsperioden. Det pågår regionalt arbeid for å videreutvikle den systematiske langtidsoppfølgingen og overgangen fra barne- til voksenhelsetjenesten.

Ved de øvrige helseforetakene i regionene rapporteres det følgende status:

Ved Akershus universitetssykehus HF følges barn og unge med kreft opp i tett samarbeid med Oslo universitetssykehus HF. Oppfølging av senefeffter følges som en integrert del av det polikliniske tilbudet. Helseforetaket har et pågående prosjekt som skal utvikle og etablere et mer komplett senefefftstilbud som en integrert del av kreftomsorgen og skal se spesielt på overgangen fra barne- og ungdomstjenesten til voksentilbudet. Sykehuset Østfold HF har siden 2019 hatt et tilbud til voksne kreftoverlevende med senefeffter etter kreftbehandling. Dette omfatter også personer som er behandlet for kreft i barne- og ungdomsalder.

Ved Sykehuset Innlandet HF behandles og følges barn og unge med kreft i samarbeid mellom helseforetakets to barne- og ungdomsavdelinger og Oslo universitetssykehus HF fram til 18 års alder. De følges tett ved sykehusene gjennom behandlingsforløpene, og de fleste også i flere år etter avsluttet behandling. Sykehuset Telemark HF har etablert en tverrfaglig senefefftpoliklinikk som har vært i drift siden 2025. Også voksne overlevende etter barnekreft kan henvises til tilbudet. Ved Vestre Viken HF følges barn og unge som har gjennomgått kreftbehandling, opp i henhold til gjeldende faglige anbefalinger og i samarbeid med relevante spesialistmiljøer. Vestre Viken HF arbeider med videreutvikling av tilbudet for barnekreftoverlevende, blant annet med særlig oppmerksomhet på overgangen fra barn til voksen. Ved Sykehuset i Vestfold HF inngår arbeidet med tilbud til kreftoverlevende med senefeffter i helseforetakets videre oppfølging av regional kreftplan. Ved Sørlandet Sykehus HF er tilbud til kreftoverlevende foreløpig ikke satt i drift. Sunnaas sykehus HF gir tilbud til overlevende etter barnekreft som henvises for symptomrettet rehabilitering. I tillegg til sykehusets tilbud for barn og ungdom med kreft er det årlig mellom 10 og 20 innleggelser av voksne pasienter som har hatt kreft som barn.

Helse Vest RHF opplyser at fram til fylte 18 år gis det tilbud ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssykehus HF, som har en tverrfaglig poliklinikk for oppfølging av barn med kreft ca. en gang per måned – i samarbeid mellom barneonkolog og barneendokrinolog, der andre relevante subspecialister deltar etter behov. I tillegg følges alle barn og ungdom etter gjennomgått kreftbehandling (uavhengig av senefefftprofil) poliklinisk av barneonkologer eller barneonkologiske sykepleiere. Barn med hjernesvulster og betydelige senskader henvises til Habiliteringstenesta for barn og unge (HABU) og deres tilbud for barn med ervervet hjerneskade. Alle barn med en hjernetumor over skolealder får nevropsykologisk utredning og oppfølging ved diagnose, etter 1 og 5 år i henhold til nasjonale retningslinjer.

Helse Bergen tilbyr barn og unge over en viss alder (helst >10 år) med behov, opphold på «Mestringsuka» i grupper med andre barnekreftoverlevende som arrangeres to ganger per år, i samarbeid med Energisenteret. Det foreligger et regionalt tilbud på Røde Kors Hauglandsenteret for rehabiliteringsopphold etter behandling for kreft i barne- og ungdomsalder. Det er også mulig å henvise barn og ungdom med seneffekter etter gjennomgått kreftbehandling til rehabilitering ved Cato-senteret.

I Helse Vest blir barn med kreft behandlet i Helse Bergen. Videre blir disse barna fulgt tett opp i helseforetakene. Alle barn som gjennomgår kreftbehandling i barnealder blir fulgt til 18 års alder ved spesialistpoliklinikk, der det er fokus på vekst, pubertet, psykisk helse og sosial fungering. Det er bare spesialister med erfaring fra barneonkologi som følger disse pasientene. Helse Bergen HF har siden midten av 2025 hatt en dedikert poliklinikk for seneffekter etter kreftbehandling som skal dekke Helseregion Vest. Kreftoverleverne må være fylt 18 år, men kan ha vært behandlet som barn. Tilbudet er primært for de med sammensatte og kompliserte seneffekter, og yngre pasienter prioriteres. Fra og med 2025 er det etablert et regionalt fagledernettsverk for onkologisk kreftbehandling i regionen som blant annet skal bidra med faglig forankring av regionale pasientforløp som gjelder onkologisk behandling, og behandling av seinskader etter kreftbehandling, henvisningsrutiner mv. Helse Vest RHF viser til at det regionale fagnettsverket bidrar til ytterligere å forsterke det regionale samarbeidet innen kreftbehandling i regionen. Her inngår også oppfølging av pasienter med seinskader.

Helse Midt-Norge opplyser at de har tilbud til voksne barnekreftoverlevende, og at tilbudene er organisert ulikt i helseforetakene.

Ved St. Olavs hospital er det etablert en poliklinikk for seneffekter hos voksne som også tar imot voksne barnekreftoverlevende fra hele Helse Midt-Norge. Helse Møre og Romsdal HF har etablert en egen poliklinikk for seneffekter etter kreftbehandling ved Ålesund sjukehus med fylkesdekkende funksjon. Poliklinikken følger også opp voksne som har gjennomgått kreftbehandling i barne- og ungdomsalder. Helse Nord-Trøndelag HF har ikke etablert en egen poliklinikk for denne pasientgruppen, men oppfølgingen ivaretas gjennom ordinær drift og eksisterende kliniske tjenester, inklusive seneffektpoliklinikken ved St. Olavs hospital. Helseforetaket opplyser at det er bygget opp kompetanse og etablert god oversikt over pasientgruppen gjennom blant annet hjemmesykehus og palliativt team for barn og unge.

Helse Nord RHF opplyser at de per i dag ikke har en barneonkologisk ressurs ved Kreftseneffektpoliklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), men at det vil bli innledet dialog mellom ledelsen ved Medisinsk klinikk og Kreftseneffektpoliklinikken for å vurdere alternative løsninger for oppfølging av pasientgruppen.

Kreftseneffektpoliklinikken tilbyr kartlegging og vurdering av komplekse og sammensatte seneffekter for voksne kreftoverlevende, i nært samarbeid med kommuner og andre avdelinger på sykehuset.

Jeg viser til svaret fra de regionale helseforetakene. Som det går fram av tilbakemeldingene er det utviklet gode tilbud til kreftoverlevende og overlevende etter barnekreft mange steder i landet. Det framgår også at det er et pågående arbeid for å gjøre dette tilbudet enda bedre. Jeg legger til grunn at det arbeidet som gjøres i helseforetakene vil gi et godt tilbud til overlevende etter barnekreft i tråd med nasjonale faglige råd. Det nasjonale kvalitets- og kompetansenettsverket som er etablert skal bidra til økt kompetanse, fagutvikling og samordning av oppfølgingstilbud for kreftoverlevende med seneffekter i hele landet.

Bestillinger fra styret i Helse Midt-Norge RHF (utover vedtak)

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
Sak 156-2025 Resultater av medarbeiderundersøkelse – ForBedring 30. oktober 2025	Styret ønsker en orientering om oppfølging av ForBedring	Dette gis som orienteringssak i oktobermøtet	Under oppfølging
Sak 054-2026 Utlysning av regionale forskningsmidler fra Helse Midt-Norge i 2026 30. april 2026	Styret pekte på at forskning er en viktig lovpålagt oppgave, og ber om at styret får en sak som viser satsningen på forskning som helhet i regionen.	Dette gis sammen med utdanning i et seminar i tilknytting til arbeid med delstrategi forskning/innovasjon og delstrategi utdanning.	Under oppfølging
Sak 088-2026 Status for aktuelle saker knyttet til Helseplattformen 18. juni 2026	Styret ønsker en statusoppdatering om Helseplattformen i løpet av høsten	Det planlegges en egen sak i møtet 29. oktober	Under oppfølging
Sak 090-2026 Plan for arbeid med beredskapsoppdrag 18. juni 2026	Styret ønsker en sak som viser hva dette plan for arbeidet med beredskapsoppdrag betyr i praksis for Helse Midt-Norge	Det planlegges en egen sak i møtet 1. oktober	Under oppfølging
Sak 092-2026 Valgt løsning for Disaster Recovery, tidsplan og kostnader 18. juni 2026	Styret ber om en ny sak i november	Det planlegges en styresak 19. november	Under oppfølging