



STORTINGET

Representantforslag 133 S

(2025–2026)

frå stortingsrepresentantane Marius Langballe Dalin, Arild Hermstad, Julie E. Stuestøl, Siren Julianne Jensen, Oda Indgaard og Ingrid Liland

Dokument 8:133 S (2025–2026)

Representantforslag frå stortingsrepresentantane Marius Langballe Dalin, Arild Hermstad, Julie E. Stuestøl, Siren Julianne Jensen, Oda Indgaard og Ingrid Liland om utvikling av mindre sjukehus, desentralisering av polikliniske tenester og kortare reiseveg for å få helsehjelp

Til Stortinget

Bakgrunn

Mykje av utviklinga av helsetenesta har vore dominert av dei største sjukehusa. Nokre faglege behov har med rette sentralisert nokre typar behandling, samtidig som fascinasjonen for den mest spesialiserte medisinen i betydeleg grad har dreidd ressursar frå dei mindre til dei større sjukehusa. Dei mindre sjukehusa har i liten grad fått definert rolla si, og gradvis har oppgåver forsvunne, utan at ein samtidig har analysert kva for roller som det kan vere aktuelt å tilføre eller styrke. Behovet for akuttfunksjonar må sjåast opp mot moglegheita for å tilby fagleg gode tenester, nok erfaring for personale på vakt og økonomi. Med aukande grad av spesialisering og ressurs- og kompetansekreivjande akuttbehandling på mange område har mange mindre sjukehus mista mange av dei viktigaste akuttfunksjonane sine dei siste tiåra, kostnadene per pasient går opp, og erfaringa hos legane på vakt vert mindre. Forslagsstillarane meiner det er viktig å sørge for god generalistkompetanse og meiner det er klokt å sjå på ulike verkemiddel som samarbeid mellom første- og andrelinete-

nesta, spesialistutdanninga og ulike incentiv for å få den breidda i kompetansen som trengst.

Det er på høg tid å få på plass ein plan for kva som skal vere kvart lokalsjukehus sin funksjon og oppgåve, og sjå på korleis ein kan styrke fagmiljø og tilbod til pasientane slik at dei kan få så mykje som mogleg av helse-tenestene sine lokalt, utan at det går på bekostning av kvalitet.

Poliklinikk

Det dei fleste pasientane treng, er oftast polikliniske tenester, altså utgreiing, kontroll eller behandling der dei kan reise heim same dag. Nokre tenester er særst utstyrskreivjande og vil vere sentralt plasserte, medan dei fleste er råd å ha ved mindre sjukehus. Det vil vere til det beste for pasientane om mest mogleg av slike tenester er tilgjengelege ved deira eige lokalsjukehus. Sidan det redusere reisekostnadene og fråvær frå arbeid med meir, er truleg samfunnsøkonomien i dette relativt god og. Forslagsstillarane sitt mål er å ha lokalsjukehus med så breitt tilbod av tenester som råd utan å gå på bekostning av kvalitet og kompetanse, gjerne i ein kombinasjon mellom fysiske og digitale tenester.

Akuttfunksjonar

Mange akuttfunksjonar som krev innlegging, har vorte sentraliserte på fagleg grunnlag. Krava til kvalitet, pasienttryggleik og spesialisering har auka, og det har vorte for krevjande å ha nok kompetanse for ei lang rekke oppgåver ved små lokalsjukehus. Men ein god del oppgåver kan framleis løysast best lokalt, som å ha siste del av eit lengre sjukehusopphald, å få antibiotika for ein lungebetennelse og å få observasjon for dei som er for sjuke til å vere heime. Ein kan og sjå føre seg fleire

ulike akuttilbud avhengig av lokale behov og føresetnader, frå det tradisjonelle «tredelte» sjukehuset med vaktordning for indremedisin, gynekologi/obstetrikk og generell kirurgi/ortopedi, via rein indremedisinsk vakt med støtte av anestesi som i Lærdal og på Nordfjordeid, til ordningar i samarbeid mellom indremedisinarar/akutt- og mottaksmedisinaren og allmennlegar som ein slags mellomting mellom kommunal akutt døgneining og dagens lokalsjukehus. Forslagsstillarane meiner det trengst ein gjennomgang av kva for modell som vil vere mest tenleg på dei forskjellige lokalsjukehusa i framtida, og at det vert laga ein plan for dette.

Blod

God tilgang på blodprodukt kan vere avgjerande ved lang transport til næraste sjukehus som kan stoppe blødingar, og det vil vere ein viktig funksjon ved dei mindre sjukehusa også i distrikta. Sjukehus som ikkje er ein del av traumesystemet, bør likevel vere ein del av forsyningskjeda for blodprodukt. Ein ber om at det vert greidd ut om tilbodet av blodprodukt er godt nok ved dei mindre sjukehusa, og kva forbetringar som kan styrke tilbodet og kjøpe tid for pasienten under transport til eit sjukehus med traumefunksjon. Ein bør analysere behovet for fullblod, 0/Rh-blod, plasma, erytrocyttkonsentrat og blodplater.

Ambulanseteneste

Det har vore ein trend med omleggingar frå heimevakt til kasernert vakt i ambulansetenesta. Desse omleggingane har bidrege til kortare utrykkingstid frå basen og ein profesjonalisering av tenesta. Samstundes har omleggingane ført til at mange ambulansetader har vorte lagde ned, og dermed lengre responstid i bygdene langt frå basane. Forslagsstillarane ynskjer å få greidd ut ein kombinert ambulanseteneste. Ein kan til dømes sjå føre seg å ha «møteambulansar» der ein har heimevakt, kan hente pasienten heime og køyre i møte med ambulansepersonell frå basen som overtar pasienten og køyrer ambulanse og pasient heilt fram. Eit samarbeid med det lokale brannvernet bør vurderast. Ein vil då ha ei teneste som har mindre pasientfagleg kompetanse, men som bidreg til at pasienten kjem raskare i kontakt med det kompetente teamet frå basen. Dette forslaget bør ikkje avgrense utgreiinga av moglege modeller for raskare responstid med berekraftig ressursbruk.

Det trengst ein analyse av responstidsmåla, i kva grad dei er oppnådde, og om det trengst endringar i utforming og oppfølging.

Ressursar og fordelingsnøkkel

Det har vore ein trend at nokre fleire krevjande pasientar har vore overførte frå dei små helseføretaka til dei større, i tråd med nyare behandlingsprinsipp, og dermed har pasientbetalinga følgt med. Det er derimot ikkje lett å korrigere for dette, ettersom beredskapen vil vere den same. I tillegg har nye krav til ambulansetenesta med kasernert vakt gjort det endå dyrare å drifte ambulansetenesta i distrikta. Krevjande tider, med høge byggekostnader og auka kostnader til personale og IT, rammar dei mindre sjukehusa ekstra hardt. Slik forslagsstillarane ser det, vert det ei underfinansiering av helseføretak med mange grisgrendte område utan store sjukehus. Forslagsstillarane meiner dette må analyserast, og ein må kome fram til ein fordelingsnøkkel som sikrar at dei mindre sjukehusa og ambulansetenesta har ressursar til å løyse dei oppgåvene dei får.

Samarbeid over føretaksgrenser

Det er ei utfordring med modellen ein har i dag, at det vert «konkurranse» mellom helseføretaka der dei har grense mot kvarandre, spesielt grensene mellom regionhelseføretaka. Internfakturering mellom føretak er unødig byråkratisering og eit særskild uheldig utslag av føretaksmodellen. Det gjer det vanskeleg å utvikle samarbeidet mellom sjukehusa for å gje eit mest mogeleg komplett tilbod til pasientane i regionen. Forslagsstillarane ber om at det vert greidd ut endringar som reduserer byråkrati og ressursbruk knytt til samarbeid på tvers av føretaksgrenser. Det bør verte lett å utvikle samordna tilbod mellom sjukehus over grensa, både med tanke på felles arbeidsavtaler og at ein har supplerande tilbod der det er relevant.

Lokalsjukehus, nærsjukehus, sjukestove og kommunal akutt døgneining

Forslagsstillarane ynskjer ei utgreiing av rolla til kommunal akutt døgnteneste i kommunane, og om det kan vere tenleg med ei ny nemning «nærsjukehus», på nokre av dei tilboda som ikkje har full akuttfunksjon med kirurgi/ortopedi, indremedisin og fødeavdeling. Det finst gode døme på halvannanlineteneste der sjukestove er kombinert med spesialisthelsetenestetilbod. Samstundes er det òg døme der det kan synast som ei unødvendig dubling av tenestene mellom spesialisthelsetenesta og kommunen, utan dei tiltenkte gevinstane. «Full» akuttfunksjon med kirurgi, indremedisin og fødetilbod er ikkje lenger noko som finst på alle lokalsjukehus. Forslagsstillarane ynskjer fleire polikliniske, desentraliserte tilbod frå spesialisthelsetenesta, og då bør ein òg sjå på samarbeid om felles løysingar for å få til dette på best mogleg vis. Det er avgjerande at dei tenes-

tene som vert lagde til lokalsjukehus, nærsjukehus og sjukestover, òg er tilstrekkeleg finansierte.

Med fleire eldre vert det òg behov for fleire sengeplassar. Det kan gjere nytten ved og behovet for lokal-sjukehusa større og trengst å vere med i vurderinga.

Framlegg

På denne bakgrunnen vert det fremma følgjande

f r a m l e g g :

1. Stortinget ber regjeringa legge fram ein plan for kva rolle og kva funksjonar mindre sjukehus skal ha i framtida. Stortinget ber om at regjeringa ser på å auke poliklinisk aktivitet på lokalsjukehusa innan alle relevante spesialitetar, med mål om at ein kan få så mykje som råd av polikliniske tenester nær der ein bur. Ei utgreiing bør vere fagleg tung, med fagfolk frå små og mellomstore sjukehus, og sjå til arbeidet som vert gjort i helsereformutvalet.
2. Stortinget ber regjeringa greie ut om det kan vere aktuelt å opprette ein ny kategori sjukehus under nemninga «nærsjukehus», der ein har avgrensa akuttberedskap, til dømes i samarbeid mellom kommunehelsetenesta og indremedisinarar, og med velutvikla poliklinisk tilbod innan mange spesialitetar, til dømes der det i dag er kommunalt akutt døgntilbod, sjukestove eller små sjukehus. Det skal òg greiast ut kva kompenserande tiltak som bør vere tilgjengelege der ein ikkje har full kirurgisk beredskap, til dømes auka tilgjenge på blodprodukt.
3. Stortinget ber regjeringa greie ut korleis ambulansetenesta bør organiserast i distrikta, mellom anna sjå på heimevakt, møteordning og kombinasjon med kommunale tenester som brann, og kome tilbake til Stortinget med ei sak og om nødvendig forslag til lov- og forskriftsendringar.
4. Stortinget ber regjeringa greie ut endringar i fordelingsnøkkelen for helseføretaka som sikrar at dei mindre sjukehusa og ambulansetenesta har ressursar til å løyse dei oppgåvene dei får, i planen for dei mindre sjukehusa.

25. februar 2026

Marius Langballe Dalin

Arild Hermstad

Julie E. Stuestøl

Siren Julianne Jensen

Oda Indgaard

Ingrid Liland

