

Avtale om nasjonal helse- og sykehusplan mellom Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre

Nasjonal helse- og sykehusplan skal legges frem for Stortinget hvert fjerde år. Den skal informere Stortinget om status og utfordringer i spesialisthelsetjenesten, og gjøre det mulig for Stortinget å ta de viktigste beslutningene om hvordan sykehusene skal utvikles.

Vi er opptatt av å skape trygghet for befolkningen i alle deler av landet, vi ønsker at sykehusplanen skal konkretisere krav til innhold i sykehus. Planen legger til rette for en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge, med en «rygggrad» av akutt sykehus. Planen inneholder regjeringens anbefaling til Stortinget om hva slags type sykehus vi bør ha i fremtiden, og hvordan de skal inngå i en nasjonal sykehusstruktur.

Tettere samarbeid mellom sykehus

Vi er opptatt av den viktige rollen mindre sykehus spiller for å gi trygghet og gode tjenester til befolkningen. Vi vil at planen skal bidra til å fjerne usikkerhet for fremtiden til mindre sykehus nettopp ved å anerkjenne deres verdi, og tydeliggjøre krav til innhold i disse.

I den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

De små sykehusene kan spesialisere seg og bli fyrtårn for enkeltområder ut i fra kompetanse og pasientenes behov. Med fritt behandlingsvalg og en mer mobil befolkning vil dette gi sykehusene spennende fagmiljøer, utviklingsmuligheter og økt mulighet for å bli en viktig aktør innenfor det samlede sykehusstilbudet. Vi er opptatt av å styrke samarbeid og oppgavedeling mellom store og små sykehus, herunder tildeling av enkeltområde fra de større sykehusene, samt hospitering og rotasjonsordninger. Det er viktig at de små sykehusene sikres økonomi til en slik utvikling.

Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at i pasientens helsetjeneste tar man spesielt hensyn til ungdom og eldre. For ungdom er det avgjørende at man blir behandlet som ungdom, og at overgangene fra barn til voksen blir gode.

Ved barne- og ungdomsmedisinske avdelinger skal barn og unge med kroniske tilstander sikres tilgang på nødvendig psykologkompetanse.

Eldre lever lenger og oftere med lidelser som medfører økt medisinerings. Det er viktig med kunnskap om sykdomsbilder hos eldre og riktig medisinerings og god samhandling med de kommunale tjenestene som følger pasientene til daglig. Store akutt sykehus skal ha geriatrik kompetanse for å møte disse utfordringene.

Scenariene som er beskrevet i planen vil ikke være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har vedtatt planen

Akuttsykehus

Partiene slutter seg til forslaget til definisjon av de fire ulike typer sykehus som er foreslått i planen: regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.

Akuttsykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Vi mener at akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Akuttsykehusene vil etter som lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.

Sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud vil fortsatt ha dette når hensynet til pasientenes behov gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Mange av sykehusene vil ha spesialkompetanse innenfor ulike områder. Det er for eksempel flere av sykehusene som vil ha både planlagt virksomhet og andre kirurgiske akuttfunksjoner. Noen sykehus vil ha akutt ortopedi, men tar ikke imot pasienter med f. eks blindtarmbetennelse eller tarmslyng. Disse pasientene blir sendt videre til nærmeste sykehus som har dette tilbudet. Noen av sykehusene tar i dag ikke imot akuttkirurgiske pasienter, men har kirurg i beredskap som kan bistå i vurderingen av akutte pasienter. Flere sykehus uten akuttkirurgi har skadepoliklinikk som kan behandle brudd og sårskader. Endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Styrking av prehospitaltjenester

Det er viktig å sikre de prehospitaltjenestenes dimensjonering og kvalitet. NOU 2015:17 *Først og fremst*, om akuttjenester utenfor sykehus, beskriver den akuttmedisinske kjede til å omfatte befolkningens evne til å yte førstehjelp i akutte situasjoner, frivillig sektor, akutthjelpere fra kommunale brann- og redningsetater, legevakt, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste.

Det er viktig at alle disse aktørene sees i sammenheng og at de er samtrente. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal fungere som felles planleggingsverktøy. En eventuell endret oppgavedeling mellom sykehus må føre til en samtidig gjennomgang av kapasitet i ambulansetjenesten.

Utviklingsplaner

Alle helseforetak (HF) skal i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører utarbeide utviklingsplaner. Utviklingsplanene for de ulike HF må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. De regionale helseforetakene har, slik ordningen er i dag, sørge-for-ansvaret for sin region. Det er under utarbeiding en veileder for hvordan arbeidet med utviklingsplanene skal gjennomføres. Vi mener veilederen må beskrive hvilke krav som må stilles til dialog med kommunene og andre aktuelle aktører for å sikre gode og sammenliknbare prosesser, og krav til utredning av konsekvensene av eventuelle foreslåtte endringer. Når planen er vedtatt vil regjeringen holde Stortinget orientert om vesentlige endringer som er løftet til foretaksmøte, det vil si vesentlige endringer i henhold til foretaksloven.

Den foreslåtte avtalen mellom HF og kommuner om prehospitaltjenester skal være en del av de lovpålagte avtalene mellom sykehus og kommuner, og derved en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.

Ny styringsmodell

Vi ønsker ny styringsmodell for spesialisthelsetjenesten, der de regionale helseforetakene ikke inngår. Styringsmodellen skal endres etter at nasjonal helse- og sykehusplan er vedtatt og virker. Vi ser frem til Kvinnsland-utvalgets utredning om alternative styringsmodeller for sykehusene. Utvalget skal levere sin innstilling 1. desember 2016.

Stedlig ledelse

Innspill fra høringer i Nasjonal helse- og sykehusplan og ellers, viser at det er behov for stedlig ledelse ved sykehusene. Det er argumentert for viktigheten av god kommunikasjon og behov for nærhet til leder. Lovens krav til ledelse i helseforetakene er at det skal være enhetlig ledelse på alle nivåer for å ivareta klare ansvarsforhold. Vi støtter prinsippet om stedlig ledelse, slik det for eksempel er på Ringerike Sykehus i Vestre Viken. Det må tas hensyn til at sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse.