

Vår dato
20-02-2018
Deres dato

Vår referanse

Deres referanse

Teknologidirektør

Høring Utviklingsplan 2035

Prosess/generelt

Målene i U2035/strategiplan ble gjennomgått med avdelingssjefene i klinikken på egen samling 12.12.2017, med bidrag fra plansekretariatet. Avdelingssjefene fikk da i oppdrag å gjennomgå målene og viktige punkt i planen i egen avdeling, for felles gjennomgang i klinikk møtet 13.2.2018. Enhetslederene er også oppfordret til å engasjere seg i planen i enhetsledermøte 13.12.2017. Denne høringsuttalelsen bygger på innspill fra avdelingene.

Klinikken avgir én felles høringsuttalelse.

Avdelingene slutter seg i hovedsak til de overordnede målene. Planen er imidlertid svært omfattende, og en kortversjon er sterkt ønsket.

Kristiansand som det største og mest komplette akutt sykehuset i SSHF

Både SSA og SSK er definert som store akutt sykehus i NHSP. Det er imidlertid viktig at SSK defineres slik det nå er gjort i planen. En tre-sykehusmodell er tidligere vurdert av eksterne rådgivere som ikke økonomisk bærekraftig. Det vil dermed ha avgjørende betydning for å sikre den økonomiske bærekraften i foretaket i årene fremover, at lavvolumfunksjoner og funksjoner som krever et bredt tilfang av spesialiteter og vaktordninger samles ved et sykehus. Det er også viktig å sikre at pasienter med komplekse og kompetansekrevede tilstander som forutsetter et bredt multidisiplinært samarbeid, får dette på Sørlandet. Særlig ved alvorlig akutt sykdom og skade er det vesentlig for pasientsikkerheten at spesialister på flere områder finnes i samme sykehus, og kan tilkalles raskt. SSK er det største somatiske sykehuset, med størst opptaksområde, og med mest omfattende/komplette akutfunksjoner i SSHF.

En rekke spissfunksjoner er samlet i Kristiansand gjennom en årrekke. Samling av oppgaver med lavt volum, som forutsetter særlig spisskompetanse eller som krever særlig bredde av spesialiteter, må fortsette. Det er naturlig å bygge videre på SSK som det mest komplette akutt sykehuset i SSHF.

Ettersom de medisinske fagene utvikler seg videre og krav om spisskompetanse og grenspesialisering øker, blir det stadig vanskeligere å opprettholde akutfunksjoner ved mindre lokalsykehus på en forsvarlig måte. Dette må håndteres på en ryddig og god måte. Pasientsikkerhet og god faglighet må imidlertid være førende prinsipper i SSHF. Det er

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Klinikk for somatikk
Kristiansand
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
03738

Bankkonto
8601.72.47443

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand

Telefon
03738

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no

e-post
postmottak@sshf.no

bekymring for at fragmentering eller opprettholdelse av særlig små fagmiljø kan føre til svak rekruttering og svekket faglig standard.

SSK har – nettopp som største og mest komplette akutt sykehus - en viktig rolle i forhold til de to andre sykehusene i SSHF. Innholdet i begrepet «sykehus i nettverk» må defineres klart, slik at det blir et oppnåelig mål, og slik at SSK kan oppfylle den rollen som forventes.

Da dagens modell for klinikkstruktur ble innført, var føringen fra administrerende direktør at finansieringen av de somatiske klinikkene skulle følge befolkningsgrunnlag og pasientvolum. Denne modellen bør stå fast.

Behov for omfattende investeringer i bygningsmassen i Kristiansand i løpet av få år

SSK trenger nye mottaksfasiliteter i et nytt akuttbygg snarest, for å kunne yte gode og sikre tjenester til befolkningen i eget opptaksområde i årene fremover. Arbeidsforhold og pasientsikkerhet ivaretas ikke tilfredsstillende med dagens arealer. Selv med planlagte ombygginger og arealutvidelse i 2018, vil ikke akutt mottaket i SSK kunne håndtere forventet økt behov fremover. Tilgang til radiologiske modaliteter, tilstrekkelige og store nok undersøkelsesrom og operasjonsstuer i tilknytning til akutt mottak er også av avgjørende betydning i et moderne sykehus.

Arealforholdene knyttet til akuttaksen i SSK er meget utfordrende, og det over flere år sendt svært mange avviksmeldinger knyttet til forhold i akutt mottak og intensiv/intermediærkapasiteten.

Noen forhold knyttet til akutt mottaket er særlig utfordrende:

- Pasientstrømmen er doblet siden 1990: fra 14.000 til 29.000 pasienter årlig. Årlig økning var tidligere ca 500 pasienter, men de siste tre årene har økningen steget til 1.000-1.400 flere pasienter årlig. Økningen er særlig stor når det gjelder kritisk syke, teamkrevende pasienter
- Ved høy aktivitet gir ikke arealene tilstrekkelig oversikt over kritisk syke pasienter. Periodene med særlig høy aktivitet kommer stadig hyppigere, denne vinteren ukentlig
- Det er stor knapphet på undersøkelsesrom og arbeidsrom for vakthavende leger
- Det er generelt små og uhensiktsmessige arealer: Det er lang avstand fra ambulanseinngang til ekspedisjon. Opplysninger fra pasienter og ambulanser gis åpent i venteareal. Kritisk syke pasienter trilles gjennom venteareal til operasjon/intensiv og taushetsplikten brytes daglig. Pasienter legges på steder uten overvåkning eller tilgang til ringesnor. Det er ikke tilgang til lokal CT/MR eller operasjonsstue i akuttsituasjoner

Det er gjennomført mange pasientsikkerhetstiltak opp gjennom årene: Doblet medisinsk LiS-sjikt, flere akutteam, fokus på sepsis inkl. etablering av kirurgisk sepsisteam, bemanningsøkninger, ortoped i skadepoliklinikk på dagtid, egen triagelege kl 11-19 alle hverdager og egen plan for høy aktivitet.

I 2018 er forholdene ved særlig høy aktivitet vurdert som ikke lenger forsvarlige. Tiltak settes inn på kort sikt; Egen brakke for skadepoliklinikk, som gir bedre plassforhold samt skjerming av akuttinnlagte pasienter skal stå ferdig sommeren 2018. I tillegg skal observasjonsarealet bygges om, og det skal anskaffes flere overvåkningsmonitører. Ytterligere tiltak begrenses av arealforholdene. Mulighetene for observasjon av pasienter i akutt mottaket vil over tid bli redusert. Det vil igjen skape ytterligere press på allerede belastede sengeposter.

SSK har allerede for lav intensiv- og intermediærkapasitet, og forventet behov vil øke betydelig de nærmeste årene. Nye funksjoner og behandlingsmetoder og bedret overlevelse for flere pasientgrupper forutsetter bedre tilgang på intensiv-/intermediær plasser. OUS signaliserer også behov for tidligere overføring av hodeskadepasienter (ATBI) til lokale

intensivheter før oppstart av spesialisert rehabilitering. Det ble etablert to nye intermedieerplasser i 2015. Behovet er langt større, og kapasiteten er ved høy aktivitet på grensen av forsvarlighet. To nye plasser etableres derfor i 2018. Kvalitetsrådet i klinikken har i flere år behandlet en jevn strøm av avviksmeldinger knyttet til for lav intermedieærkapasitet og overfylt akuttmottak. Nye intermedieerplasser tar lang tid å opprette, pga kostbare ombygginger av gammel bygningsmasse som ikke er tilpasset moderne behandling. Mindre ombygginger utløser behov for omfattende ny infrastruktur som nødstrøm m.v., fordi lovkravene er endret siden bygget stod ferdig. SSK vil ikke klare seg med dagens intensiv- og intermedieærkapasitet i mange år fremover, og har behov for utvidelse og mer tilpassede arealer i løpet av kort tid.

I 2014 ble det det elektriske anlegget på intensivheten ROS-analysert, og denne analysen ble oppdatert i februar 2018. Noen hovedtrekk fra analysen viser tydelig behovet for oppgraderinger:

- Det er ikke etablert nødstrøm til intensiv eller postoperativ enhet
- Det elektriske anlegget er fra sykehuset ble bygd i 1990, og bygd etter datidens regelverk og behov. Det elektriske anlegget tilfredsstill ikke kravene i dagens regelverk
- Intensivaktiviteten har økt betraktelig, og bruken av medisinsk teknisk og annet elektrisk utstyr har blitt endret og økt i takt med utviklingen
- Det elektriske anlegget er ikke godt egnet til å tilfredsstill dagens krav og behov
- Det er behov for nye medisinske gruppe 2-fordelingstavler med omkoblingsautomatikk og nødstrømsforsyning

Operasjonsstuene i SSK er 30 år gamle, og selv om 1-2 stuer oppgraderes med nye taksøyer årlig, tar oppgraderingen altfor lang tid. Oppgraderinger har også en forventet levetid på maksimalt 10 år. Noen hovedpunkt fra ROS-analyse 2018:

- Taksøyer på op. stue 1,2,5,6,7,8 har høy risiko
- Elektriske anlegg (kapasitet, nødstrøm, belysning) på op. stue 1,2,5,6,7,8 har høy risiko
- Situasjonen er bekymringsfull når det gjelder ventilasjonen på stue 1 og 2 (ortopedi)

SSK mangler akuttoperasjonsstue i tilknytning til akuttmottak. I tillegg mangler sykehuset moderne hybridstue for å utnytte den karkirurgiske og intervensjonsradiologiske kompetansen, og for å kunne innføre nye metoder innenfor intervensjonsradiologi og karkirurgi. Dette må etableres i et nytt akuttbygg, siden aktivitetene må skje i tett tilknytning til akuttmottak.

Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsavdelingen bor i utdatert bygningsmasse, og har få ekspansjonsmuligheter. Nyfødtintensiv har trange og dårlig tilpassede lokaler, og for få familierom, Kvinneklinikken har for få familierom, og klarer ikke å legge til rette for fars tilstedeværelse i tråd med anbefalingene i nasjonal veileder. En rekke ombygginger er gjennomført, men ekspansjonsmulighetene er få. Den polikliniske aktiviteten øker, og det er allerede behov for økte arealer til dette formålet. Virksomheten på fødestuer, operasjonsstuer/sectiostue, nyfødtintensiv og intensiv/intermedieær henger sammen, og det må være korte avstander og god logistikk mellom funksjonene. Det vil være derfor være naturlig å finne løsninger som skaper god pasientsikkerhet i et nytt akuttbygg.

Det er svært vanskelig å se hvordan akuttaksen i SSK skal kunne fungere for en stadig voksende befolkning med tilsvarende økt behov for akuttmedisinske tjenester i ytterligere ti år, uten bedre arealforhold og medisinske fasiliteter. Over tid vil det ikke være plass for

verken det økte pasientgrunnet eller medarbeiderne som skal behandle dem. Bekymringen blant fagfolk ved SSK, som forholder seg til denne situasjonen daglig, er stor.

Dersom SSK i årene fremover fortsatt skal kunne tilby god og sikker utredning og behandling til pasienter med akutt, alvorlig sykdom i eget opptaksområde, må det legges til rette for utvikling i arealer som inneholder velfungerende mottak, intensiv/intermediærbehandling og robuste sengeposter. Konklusjonen er klar: **Kristiansand trenger et nytt akuttbygg innen få år.**

Teknologi og støttetjenester

Det er viktig å satse tilstrekkelig på ny teknologi som muliggjør telemedisin. Dagens pasientoppfølging kan forenkles betydelig. Det vil spare pasientene for belastende reising til sykehus, og frigjøre tid til viktigere oppgaver for helsepersonell. Teknologi kan også gi nye muligheter innenfor ambulans pasientoppfølging.

Programvare som sikrer løpende oversikt over pasientforløp og symptomutvikling bør også satses på (eksempelvis GoTreatIt), fordi det fremmer god og sikker pasientbehandling.

Behovet for radiologiske tjenester forventes å øke ut over befolkningsveksten i årene fremover. Radiologi blir et stadig viktigere diagnostisk hjelpemiddel på stadig flere fagområder.

Økonomiske drivere

Utgifter til høykostmedisin antas å bli en økende utfordring, etter hvert som teknologien gir stadig nye, mer individtilpassede og kostbare behandlingsmuligheter. Det er vanskelig å se hvordan dette skal håndteres, og hvordan driften for øvrig skal kunne nedskaleres tilsvarende for å håndtere disse kostnadene. Veksten i behov forventes å vokse vesentlig brattere enn veksten i økonomiske rammer. Dette stiller helseforetakene overfor helt nye prioriteringsbehov.

Brukermedvirkning og samvalg

Pasienter, brukere og pårørende vil forvente å delta mye mer aktivt i egen utredning og behandling i fremtiden. Brukermedvirkning og samvalg blir derfor viktige satsingsområder.

Transport

Når oppgaver samles innenfor SSHF eller overføres til OUS, oppstår økende behov for pasienttransport. Robuste (intensiv)transportordninger blir avgjørende. Dette kan gjerne organiseres samlet for hele regionen, og gjerne fra Oslo-området. Dersom hvert helseforetak oppretter egne ordninger, vil det være kostbart og kompetansekrevende.

Fra døgn til dag fortsetter

Overgang fra døgn- til dagtilbud og hjemmebehandling antas å fortsette. Det betyr at samhandling med kommunene blir et viktig satsingsområde. Klinikken vil også peke på at inneliggende og dagkirurgiske pasienter på samme operasjonsstue har gitt effektiv bruk av operasjonsstuene. Å skille disse forløpene kan være ressurskrevende utenfor store sykehus.

Kvalitet

For å sikre kvalitet og likeverdige tilbud, er det viktig å legge til rette for at nasjonale veiledere følges. Kvalitet og pasientsikkerhet må overvåkes løpende på tvers av sykehusene, slik at samme kvalitet tilbys på alle lokasjoner. Det er også viktig å få til lik praksis på tvers av lokasjoner. Ulik praksis på sykehusene i SSHF, som fraviker vedtatte retningslinjer, bør ikke aksepteres.

Det er ønskelig at det ikke bare fokuseres på fristbrudd, men også på tid fra første konsultasjon til aktiv behandling – det kan ha stor betydning for pasienter som ikke inngår i definerte pakkeforløp. Omfanget av pakkeforløp for nye pasientgrupper forventes å øke.

Utdanning, opplæring og rekruttering

Opplæring bør systematiseres på nye måter.

Gode virkemidler for rekruttering og satsing på utdanning og spesialisering vil være avgjørende for å rekruttere og beholde gode fagpersoner. Ved internasjonal rekruttering av spesialister, er bistand til familieetablering og hjelp/rådgivning for ofte høyt kvalifiserte ektefeller slik at de finner arbeid i Norge, viktig for å beholde arbeidstakerne.

Gode utdanningsløp for leger i spesialisering må sikres på tvers av sykehusene i SSHF, og opp mot OUS.

Særlig kommentar til s 25 kap 2.5.4: Her står bl.a. «*Det er gjennomført CEN-sertifisering i akuttmottak hvor sykepleiere har deltatt. CEN står for Certified Emergency Nurse, og er en validert sertifisering i USA.*» CEN-sertifiseringen har ikke fungert som ønsket. Få sykepleiere har gjennomført CEN-sertifisering, og det oppleves ikke at sertifiseringen har ført til en vesentlig kompetanseheving i akuttmottaket. Fagmiljøet ønsker derfor i stedet en satsing på utdanning i akuttsykepleie.

Under «*må-kompetanse*» s. 51 (øverste avsnitt) må spesialsykepleiere i nyfødtmedisin/pediatri nevnes sammen med de andre spesialutdanningene.

Særlige innspill fra fagmiljøene

Antall pasienter med behov for hørselstekniske hjelpemidler og hjelp med livsstilssykdommer kommer til å øke. Erfaringer fra andre HF tilsier satsing på desentralisert tilbud til disse pasientene. Det er ikke konsensus i klinikken om hvor tung satsing spesialisthelsetjenesten bør ha på livsstilssykdommer. Flere mener at primærhelsetjenesten må ta et større ansvar for forebyggende arbeid og behandling av livsstilssykdommer.

Den uttalte funksjonsfordelingen innenfor pediatri og barnehabilitering bør også tas med i planen, jf tabell s 20. Oversikt over dagens funksjonsfordeling følger vedlagt. På side 36 bør søsken også nevnes i nest siste avsnitt som pårørende – jf ny lovgivning.

Det vurderes ikke som fremtidsrettet å bygge opp tunge ortopediske tilbud ved tre sykehus i SSHF, ut fra etablerte behov for subspecialisering innenfor faget. Små avdelinger vil i fremtiden vanskelig klare å opprettholde nødvendig kvalitet på bred front. Beskrivelsen av vaktordninger ved SSF på s 66 bør reformuleres («*I dag felles vaktordning for kirurgi/ortopedi. På sikt vurderes egen grenvakt*»). Ortopedi er en hovedspesialitet, ikke en grenspesialitet. Allerede i dag er det svært utfordrende å rekruttere spesialister til en slik kombinert vakt.

Det kommer ikke tydelig frem at planlagt vaksamarbeid mellom SSF og SSK kun gjelder ortopedi, og ikke vekten innenfor generell kirurgi, som skal driftes fra SSF. Kirurgisk avdeling har utdypet sine synspunkt i en egen uttalelse. Denne følger som vedlegg.

Utviklingsplanen er i hovedsak god i beskrivelsen av nevrologi. En feil påpekes: Under pkt 2.2.4. *Pasienttilbud* under avsnittet *Hjerneslag* refereres det til «nye regionale retningslinjer» og vises til referanse 32. Imidlertid er referanse 32 norsk nasjonal retningslinje (ikke regional). Nevrologisk avdeling foreslår at teksten endres til følgende:

Kristiansand er definert som SSHFs slagsenter, i tråd med regionale føringer. Helse Sør-Øst RHF har utredet og vedtatt organisering av slagbehandlingen i HSØ, jf styresak 008-2017: [Regionale føringer for HF`enes arbeid med utviklingsplaner](#). Det legges til grunn en organisering som beskrevet i HSØ rapport "[Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i HSØ, 2016. Sykehus i nettverk](#)". Rapporten anbefaler at det i hvert helseforetak utvikles et HF-slagsenter med overordnet ansvar for slagbehandlingen i sitt opptaksområde, i nettverk med lokalsykehus og det spesialiserte slagsenteret ved OUS - Oslo slagsenter.

Kreftregisteret forventer en 22 % økning av nye kreftpasienter de neste 10 årene. Både økning i antall pasienter, økende levetid for pasientene og økende kompleksitet i

kreftbehandlingen krever egnet struktur av kreftomsorgen og kontinuerlige investeringer. SSHF er, og skal fortsatt være, et kraftsenter i kreftbehandling i Helse Sør-Øst. Kreftkirurgi er et eksempel på en kompleks og kompetansekrevede virksomhet som forutsetter et bredt og nært multidisiplinært samarbeid for å opprettholde kvalitet og effektivitet i behandlingen. Samlokalisering av kreftkirurgi i Kristiansand er vedtatt og gjennomført for all kreftkirurgi, foreløpig med unntak av prostatakreftkirurgi. Samlokalisering av kreftomsorgen i Kristiansand er et overordnet mål i tråd med handlingsprogram for kreftbehandling for SSHF.

Det er viktig å sikre rehabilitering i intermediær- og intensivløpet. Koblingen mellom delplan rehabilitering og utviklingsplanen må tydeliggjøres. Dersom AFR flyttes til Eg, vil det gi nye muligheter for samarbeid med de kliniske avdelingene. Da vil det bli særlig viktig å holde fagmiljøet innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering samlet. Det vises til s 65, der spesialisert rehabilitering er angitt å skje både ved SSA og SSK. Spesialisert rehabilitering er imidlertid samlet i AFR i Kristiansand.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Nina Hope Iversen
klinikkdirektør

Vedlegg:

- Oversikt over funksjonsfordeling BUA Arendal og Kristiansand fra BUA SSK
- Innspill til klinikkledelsen fra Kirurgisk avdeling SSK

Fagområde pediatri	Arendal	Kristiansand	Flekkefjord
Nyfødtintensiv		x	
Onkologi		x	
Kardiologi		x	
Seksuelle overgrep		X	
Intensiv < 12 år		x	
Non-invasiv hjemme ventilasjon		x	
Gastroenterologi inkl spiseteam	x		
Intensiv rehabilitering-regionalt		X	
FASD, barn med ruskkade-regionalt	x		

Høringsuttalelse utviklingsplan 2035

Kirurgisk avdeling - SSHF

Kirurgisk avdeling slutter seg til de store linjene i planen, og til de overordnede målene. Planen er imidlertid svært omfattende, og oppfattes ofte som lite konkret.

Sykehuset i Kristiansand er det største sykehuset i regionen, med en rekke spesialiserte funksjoner – spesielt innen kirurgi. Det er etablert grenvakter i urologi, gastro- og karkirurgi. Det er nært samarbeid med bl.a. Senter for Kreft og intervensjonsradiologi som gjør at man kan gjennomføre avansert kirurgi innenfor blant annet kreft- og traumebehandling. Det vil være svært viktig for sykehuset at man også i fremtiden samler høyspesialiserte funksjoner. U2035 bør derfor fortsatt definere Kristiansand slik det er gjort i høringsutkastet.

Nytt akutt bygg og oppgradering av operasjonsstuene i Kristiansand må ha høyeste prioritet.

Det er i utviklingsplanen eksplisitt angitt dagens driftsform ikke er bærekraftig, men uten at det i planen er skissert løsninger som vil kunne bøte på dette. Hovedutfordringen til sykehuset vil være å oppnå økonomisk balanse og overskudd slik at nødvendige store investeringer kan gjennomføres. Dette går planen ikke nærmere inn på – det savnes.

Spesifikke innspill:

Nåsituasjon (Kap: 2.2)*

Side 15: Kreftkirurgi

- Bra at gode overlevelsesdata trekkes frem og at en sentralisering av kreftkirurgien har vært bidragende.

Side 16: Risikoområder og status

- Fint at man tar opp manglende implementering av pasientsikkerhetsprogrammet.
- Arbeidet i arbeidsgruppen som høsten 2017 så på akuttgastrokirurgi viste at det er feil å si at det har vært utfordrende å få til bedre pasientflyt innen gastrokirurgi mellom SSF og SSK. Det er bemanningen, pasientvolum og manglende radiologitjenester som er risikoområder for akuttkirurgi og gastrokirurgi ved SSF.
- Det er bra at man tar opp bekymringen for pasientvolum som en risiko. Høyspesialiserte funksjoner må derfor sentraliseres for å sikre volum og kvalitet.
- Infeksjoner etter operasjon må reduseres? (**hvorfor har vi ikke hørt om dette?**)

Side 17: Forbedringsarbeid

- Oppfølging og evaluering med tilbakemelding etter omorganiseringer savnes. Og det er bra at det nevnes eksplisitt i rapporten som en nødvendig del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Erfaringen er imidlertid at det settes av for få ressurser til slikt arbeid.

Side 17: Pakkeforløp

- Forsinkelse på diagnose av urologisk kreft og til operasjon for brystkreft. Det har de senere årene vært gjort en betydelig rekruttering av urologer til sykehuset i Kristiansand som nå

setter fagmiljøet i stand til å utrede og behandle populasjonen som tilfaller sykehuset. Bryst og endokrinkirurgisk seksjon står ovenfor betydelig risiko i forhold til bemanning og utredning/behandlingskapasitet. Spesielt er det behov for bedret lokaler til et brystdiagnostisk senter.

Økonomi (Kap 2.7. + kap 4.7)*

Dagens driftsmodell viser seg ikke å være økonomisk bærekraftig. Da må modellen endres. Det er ikke lagt opp til en økonomisk driftsmodell som er annerledes enn dagens situasjon. Og dermed oppfylles ikke uttalelsen i kap 2.7. Kapitlet omtaler kun generelt behov for aktivitetsøkning, med lavere ressursbruk. Er dette en særlig realistisk utviklingsplan?

Det er utrolig viktig at nytt akuttbygg er ferdigstilt i 2025 og bra at dette står så tydelig beskrevet.

Utviklingstrekk

Side 40: Intensiv og intermediær (og samlet isolatkapasitet).

- Viktigheten av behov for nytt akuttbygg understrekes.

Side 42: Hjerneslag og Kreftbehandling

- Et senter i SSHF bør drive med trombektomi. Det bør ligge sammen med «slagsenteret».
- Viktig at SSHFs kreftprogram opprettholdes

Side 44: Kvalitetsindikatorer, forbedringsarbeid og Pakkeforløp:

- God oppfølging av kvalitetsregistre krever at det settes av ressurser. Bruk av kvalitetskoordinatorer/registrarer har vist seg å være en suksessfaktor (NORGAST, Hjerneslagsregisteret, Pakkeforløp gastro etc).
- Sykehuset må legge til rette med god teknisk infrastruktur slik at nye behandlingsmetoder kan tas i bruk

Bygg(Kap 4.9)

Side 55: Utvikling av bygningsmassen

- Når man sier at det er må gjøres store tiltak ved alle tre lokalisasjoner bør det i utviklingsplanen stå at man gjennom tidligere utredninger har funnet det mest hensiktsmessig at man beholder sykehusets bygningsmasse ved tre lokalisasjoner. Dette kommer frem i kapitlet som følger etter (5), men er litt forvirrende at ikke det er avklart på dette nivået i teksten.
- Ved Sykehuset i Kristiansand er det behov for større arealutvidelser og oppgradering innen somatikk – ifa et nytt bygg for akuttmottak, intensiv, barn- og gyn/føde-avdelingen. Dette er bra at dette er eksplisitt nevnt i bl.a. 4.9.3.

Viderutvikling av struktur med tre sykehus (Kap 5.6)

Side 62: Traumeberedskap og akuttkirurgi

- Sitat «Til sammen kan dette gjøre at SSHF ikke lenger kan gi et tilbud om god nok traumebehandling ved alle tre sykehusene.». Dette medfører at man må gjøre strukturelle endringer som samler visse traumefunksjoner og kanskje krever at man omdefinierer akuttkjeden og endrer dagens funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Side 63/64: SSHFs tjenestetilbud i Kristiansand, Spesialisert akutt beredskap:

- Sitat: «*Karkirurgi*. Sentralisert funksjon i SSHF. Egen grenvakt. Igangsetting av ny metodikk, EVAR og carotiskirurgi i løpet av 2018 « Dette krever et arbeid av avdeling. Bra og på tide!
- Sitat: «*Urologi*. Inkluderer blant annet sepsispasienter, postoperative komplikasjoner, stenbehandling, kreftpasienter med ulike typer forverring/komplikasjon av sykdommen. På sikt vil det være behov for egen grenvakt.» Dette er feil da det allerede er etablert grenvakt urologi ved SSK og det bør endres.
- Det bør også presiseres at det er delt endoskopivakt mellom SSA og SSK og at det er ikke tilbud om kjevekirurgi ved SSK.
- Det er litt unaturlig overskrift inndeling under radiologi og diagnostikk og intervensjonsradiologi . Det bør stå at man i dag ikke har en 24/7 vakt ordning i intervensjonsradiologi, men dette er ønskelig i forhold til annen aktivitet (karkirurgi, traume, gastro etc etc og ikke minst fremtidig slagbehandling).

Side 66: SSHFs tjenestetilbud i Flekkefjord, Spesialisert akutt beredskap innen:

- «Enklere gastrokirurgi unntatt bukkirurgi. Tett samarbeid (konferering) med Kristiansand. Egen liste er utarbeidet for seleksjon av pasienter som behandles i Flekkefjord. I dag felles vaktordning kirurgi/ ortopedi. På sikt vurderes egen grenvakt med frivillig vakt samarbeid fra Kristiansand» **Var dette konklusjonen til arbeidsgruppen gastrokirurgi? Trodde egentlig man ønsket en selvstendig ordning for SSF??? HJH – kommentar? Bør vi kalle det kirurgi og ikke gastrokirurgi – og kalle det mottak og vurdering av øhjelps/akuttepasienter etc etc**

På vegne av kirurgisk avdeling, Kristiansand 28.02.2018

Erik Mulder Pettersen
Medisinsk faglig rådgiver
Karkirurgi | Seksjonsoverlege
Kirurgisk avdeling

Paula Axelsen
Avdelingssjef
Kirurgisk avdeling