



Vedlegg til Utviklingsplan SSHF 2030:

Høringsuttalelser

Januar 2015

Høringsuttalelser til Utviklingsplan 2030

En foreløpig prosjektrapport med diverse vedlegg ble i slutten av februar 2014 sendt ut på høring til kommuner/fylkeskommuner, brukerorganisasjoner/interessegrupper, private og offentlige helseinstitusjoner, arbeidstakerorganisasjoner, politiske partier, samarbeidspartnere med flere. 15. september 2014 ble høringsdokumentet supplert med ROS-analyse, samfunnsmessig konsekvensanalyse og utvidet økonomisk analyse. Høringsfrist var 15. november 2014.

Oversikt over høringsuttalelsene

SSHF har mottatt 83 høringsuttalelser til Utviklingsplan 2030. Uttalelsene fordeler seg slik:

- 33 fra kommuner og fylkeskommuner
- 6 fra pasient- og brukerorganisasjoner
- 24 fra interne avdelinger/fagmiljø
- 14 fra arbeidstakerorganisasjoner og verneombud
- 6 fra andre høringsinstanser

Det er kommet inn mange gode og omfattende høringssvar. Gjennom en oppsummering i det følgende forsøkes det å gi et bilde av hovedtrekkene i dem. Det er først og fremst kritikk og innspill til endring som er gjengitt. Den eneste måten å få full oversikt over uttalelsene, er å lese hvert enkelt svar i sin helhet. En fullstendig oversikt over høringsuttalelsene finner du på [SSHFs hjemmesider](#).

I revidert prosjektrapport er det i liten grad referert til enkeltuttalelser. Flere av argumentene som er fremkommet gjennom uttalelser, er imidlertid drøftet og omtalt i prosjektrapporten.

Overordnede hovedtrekk i høringene

I høringsbrev for Utviklingsplan 2030 etterspurte prosjektet tilbakemeldinger på prosess og innhold i høringsdokumentet, herunder planforutsetninger, datagrunnlag, analyser og vurderinger. Høringsinstansene har valgt ulike fremgangsmåter – enkelte har plukket ut og kommentert bestemte tema, mens andre har gitt grundige innspill til store deler av innholdet i planen. De 83 uttalelsene varierer i omfang fra et avsnitt til 30 sider.

Tema som gjennomgående blir kommentert av flere høringsinstanser, er knyttet til:

- Den foreslåtte dreiningen innen psykisk helse (pasient, pårørende, konsekvenser for kommunehelsetjenesten)
- Innholdet i de regionale helsesentrene (uklart definert)
- Nasjonal helse- og sykehusplan (avgjørende for fremtidig sykehusstruktur på Sørlandet)
- Oppgaveglidning (manglende nasjonal forankring, samhandlingsreformens intensjoner)
- Økt andel eldre i befolkningen er ikke tilstrekkelig hensyntatt
- Samfunnsmessige konsekvenser (kompetansearbeidsplasser, levekår, fraflytting)
- Usikre forutsetninger og datagrunnlag
- Prosess (manglende medvirkning, deltakelse)
- Flertallet av instansene argumenterer for en videreutvikling av modell 1 med tre sykehus

Deler av de interne fagmiljøene og tillitsvalgte uttrykker i tillegg til punktene over, generelt uro for perioden 2015-2030. Formidler bekymring for hvordan man skal sikre rekruttering og forsvarlig tilbud i denne fasen. Kommunene i Agder har drøftet seg frem til en felles høringsplattform. Dette er en god gjennomgang som dekker hovedinnspillene til planen fra et kommuneperspektiv.

Sammenfatning og prosjektleders kommentar

I arbeidet med høringsuttalelsene, er høringsinstansene sortert i de fem grupperingene henvist til innledningsvis (kommuner og fylkeskommuner, pasient- og brukerorganisasjoner, interne avdelinger/fagmiljø, arbeidstakerorganisasjoner og verneombud og andre høringsinstanser). Grupperingene er utgangspunkt for sammenfatningene og prosjektleders kommentar.

1. Kommuner og fylkeskommuner

Kommunenes felles høringsplattform for Utviklingsplan 2030

I forbindelse med Kristiansand kommunes arbeid med Speilmelding 2030 har kommunesammenslutningene drøftet seg frem til en felles høringsplattform for Utviklingsplan 2030. Dette er en oppsummering av de hovedmomentene som man ut fra et kommuneperspektiv mener er viktig at sykehuset tar hensyn til i det endelige planutkastet. Høringsplattformen er gjengitt i sin helhet i det følgende:

Demografi og overføring av oppgaver

- Sykehusets forutsetning om at 2/3 av veksten i etterspørsel skal håndteres av de kommunale helsetjenestene, kan ikke danne grunnlag for planlegging av nytt sykehus. Påstanden har ingen forankring og det foreligger ingen nasjonale strategier som signaliserer en slik utvikling.
- Man er kommet til et punkt i overføring av oppgaver fra sykehus til kommuner hvor det nå overføres pasienter i stadig mer sårbare faser. Det er ikke lengre bare omsorgsoppgaver som overføres mellom nivåene, det er i langt større grad behandlingsrelaterte oppgaver som også er utfordrende med tanke på gitt ansvarsstruktur. Dette krever en annen type kompetanse og økt grad av spesialisering i kommunene. Fremtidens rekrutteringsutfordringer må drøftes også i dette perspektivet
- Det er ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til demografisk utvikling og de særskilte behov knyttet til den voksende eldrebefolkningen. Befolkningssammensetning og sykdomsbilde etter 2030 er ikke analysert. Dette gir en risiko for et under- og feildimensjonert sykehusstilbud.

Svakheter i analysegrunnlaget

- Det er store mangler i analysegrunnlaget for U2030. Det medfører at sykehusets anbefalinger til modell for sykehusstruktur ikke er drøftet og vurdert opp mot hvilke konsekvenser det vil ha for det totale helsetilbudet på Agder.
- Folkehelseperspektivet er ikke hensyntatt. En utviklingsplan kan gjerne operere med flere scenarier for samfunnsutviklingen.

Radikal retningsendring innenfor psykisk helsevern og TSB

- De radikale forslagene om kursendring og reduksjon av sengeplasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har ikke vært gjenstand for analyser av konsekvenser for ulike pasientgrupper. Den faglige forankringen er svak. Dagens aktivitetsnivå fremskrives, ikke i første rekke med bakgrunn i analyser av fremtidens utfordringsbilde men med utgangspunkt i forventninger om en lavere driftsramme frem mot 2030. Risikoen for under- og feildimensjonering av tilbudet synes stor.

Kapasitet og dimensjonering

- Utviklingsplanen viser i liten grad at det er tatt høyde for et fleksibilitetsbehov grunnet usikkerhet omkring fremtidige kapasitetsbehov.
- Egendekningsgraden ved sykehuset bør ikke være et mål i seg selv. Det er viktig for befolkningen i Agder at en har et godt helsetilbud til høyvolumgruppene
 - Tjenester befolkningen trenger oftest og raskest må holde høy kvalitet. Er dette i konflikt med sykehusets ønske om høy grad av spesialisering? Det er en risiko for å utvikle tjenestene i retning av interessene til helsepersonell og ikke i interesse av de store pasientgruppene i regionen.
 - Komorbiditet vil være en av de store utfordringene i en økende eldrebefolkning. En økt grad av spesialisering gir ikke nødvendigvis et optimalt spesialisthelsetjenestetilbud til disse pasientgruppene. Det kan tvert imot bidra til forsterkning av uønsket «silomedisin» innenfor helsetjenestene.
- Lang tidshorisont i planleggingen er en risiko i seg selv med tanke på å opprettholde og vedlikeholde kvalitet og kapasitet i sykehusene frem mot 2030. Sykehuset bør skissere hvordan man opprettholder et forsvarlig tilbud som sikrer nødvendige investeringer til psykiatribygg og akuttfunksjonene ved Sørlandet sykehus Kristiansand.

Regionale helsesentre i foreslåtte modeller for sykehusstruktur

- Det er behov for å bringe klarhet i hva et RHS er i foreslåtte modeller og på hvilken måte dette vil påvirke helsetilbudet til befolkningen. Modellene må konsekvensutredes med tanke på

eierforhold, drifts- og investeringskostnader, vurdering av hvilke spesialiserte tjenester som tenkes inn i RHS\ene og hvilke synergieffekter samlokalisering vil ha for de ulike pasientforløp.

- Økt bruk av ambulante tiltak øker risiko for ulikhet i helsetilbudet i regionen. Rus- og psykisk helsefeltet er særskilt utsatt for dette. Det er heller ikke anskueliggjort at sykehuset vil ha behov for økte ressurser til å stryke samarbeidet og den faglige bistanden til kommunene.
- Konsekvenser for den akuttmedisinske kjede må kvalitetssikres opp mot de ulike modellforslagene

Samtidlige kommuner drøfter, fremmer og stiller seg bak punktene i felles høringsplattform, dog i ulik detaljeringsgrad. I det følgende gis en overordnet beskrivelse av hva de ulike kommunene formidler i tillegg til punktene i felles høringsplattform.

Innspill fra kommunene i Østre Agder

Høringsuttalelse til Utviklingsplan 2030 fra Kommunesamarbeidet i **Østre Agder** drøfter punktene i felles høringsplattform grundig. I tillegg presiseres det at nåværende sykehus betjener befolkningen i Agderfylkene på en forsvarlig og tilfredsstillende måte, at akutt hjelp best sikres ved å beholde tre sykehus, og at PwCs analyser viser betydelig usikkerhet og risiko ved modellene som ikke gir overbevisende grunnlag for endring av sykehusstrukturen. Nasjonal helse- og sykehusplan må være grunnlaget for sykehusstruktur i Norge. Østre Agder poengterer betydningen av at sykehuset utvikler både spisskompetanse og breddekompetanse, og refererer til Legeforeningens rapport "Sykehus for fremtiden – innspill til nasjonal sykehusplan". Uttalelsen peker på at tidsperspektivet på 15 år er et betydelig risikoområde, da det kan medføre redusert behandlingsskapasitet, kompetanseflukt og kapasitetsproblemer. PCI-senteret drøftes, og det savnes konsekvensvurdering ved at modell 3 reduserer opptaksområdet. Ved modell 3A kan kompetanseutfordringer i Arendal og økt responstid medføre at SSHF mister PCI-tilbudet. Det uttrykkes videre stor bekymring for en økning i levekårsutfordringene ved tap av kompetansearbeidsplasser, og økte transportkostnaders effekter på miljø. Østre Agder er skeptiske til grunnlaget for å foreslå oppgaveoverføring innen somatikk og psykiatri, og påpeker at økte økonomiske rammer og kompetanseoppbygging er essensielt før en eventuell oppgaveglidning. Østre Agder bestrider bildet utviklingsplanen fremstiller av samarbeidet med kommunene i arbeidet med planen, og hevder at kommunene frem til høringsdokument ble tilgjengelig ikke hatt reell påvirkning i valg av strategier, innhold i plandokumenter eller konklusjoner. Østre Agder formidler konkrete forventninger til videre prosess, med blant annet samling om felles mål basert på trygghet og likeverdighet mellom ansatte på alle tre sykehus.

Gjerstad kommune, Grimstad kommune, Risør kommune, Froland kommune, Tvedestrand kommune og Arendal kommune oversender *Høringsuttalelse utviklingsplan 2030 fra kommunesamarbeidet i Østre Agder* som sin uttalelse. Arendal kommune legger i tillegg ved rapporten *Kvalitet og nærhet*, utarbeidet av Kube Rådgivning AS for Arendal kommune, til sin uttalelse. Denne peker på svakheter vedrørende prosess og innhold, og argumenterer for at en modell med to sykehus i Agder (Kristiansand og Arendal) med økt funksjonsfordeling bør utredes. Rapporten viser til fordeler ved en slik løsning, og er tydelige på at Nasjonal helse- og sykehusplan må foreligge før man fastlegger sykehusstrukturen på Sørlandet.

Innspill fra kommunene i Knutepunkt Sørlandet

Kristiansand kommune drøfter punktene i felles høringsplattform grundig. Usikkerheten rundt RHS og forslaget om omlegging innen psykiatrien får omfattende plass i uttalelse og vedlegg. Kommunen ber SSHF revurdere forslaget som skisserer radikale endringer på rus- og psykisk helsefeltet. Oppgaveoverføring og økt krav til spesialisering, uten nødvendig ressursøkning, vil gå på bekostning av de forebyggende oppgavene kommunen har som samfunnsaktør, og som konsekvens på sikt øke behovet for sykehustjenester og faren for et underdimensjonert sykehus. Kristiansand kommune støtter hovedkonklusjonene i PwCs delrapporter og Terramars kvalitetssikring som påpeker svakheter ved datagrunnlag og analyser på flere områder. Formidler en forventning om at SSHF innarbeider innspillene i revidert utviklingsplan. På nåværende tidspunkt ikke mulig å anbefale en modell fremfor en annen. Viktig for instansen å understreke betydningen av å opprettholde et kraftfullt sykehustilbud i

regionen som best ivaretar det totale helsetilbudet til befolkningen på Agder. Ser behovet for at sykehuset og kommunene etablerer en felles forståelse av samhandlingsreformens intensjoner og realiteter, og felles løfter problemstillinger inn i nasjonale planprosesser. En videre utvikling av sykehuset i Kristiansand, vil gi bedre forutsetninger for å tiltrekke seg ny næringsvirksomhet og en mulig samling av helserelaterte virksomheter rundt et nytt og moderne Sørlandet sykehus. Dette vil instansen legge til rette for. Kristiansand kommune vedlegger notatet *Speilmelding 2030 – Rus og psykisk helse* utarbeidet av Anne Wenche Emblem og rapporten *Sykehusets fremtidige plassering på Sørlandet: Vurdering av arbeidsmarked, næringsliv, by- og samfunnsutvikling* utarbeidet av Menon Business Economics. Førstnevnte drøfter med utgangspunkt i rapporten *Pasientforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2030*, dreiningsforslaget og forbruket av tjenester innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling på Agder. Hevder det ikke er redegjort for de faglige beveggrunnene for omleggingen, og at forslaget vil bety store implikasjoner for utforming av de kommunale helsetilbudene. Sistnevnte studerer andre sykehuslokaliseringssprosesser, og avdekker områder som har størst betydning for utfallet av slike prosesser. Konkluderer med at Kristiansand er det lokaliseringsalternativet som gir kortes reiseavstander og mest miljøvennlig trafikktvikling, samt at Kristiansand har best forutsetning for å tiltrekke nødvendig helsefaglig spisskompetanse til regionen i fremtiden.

Vennesla kommune drøfter punktene i felles høringsplattform. Kommunen mener det er viktig å videreføre en struktur med tre sykehus på Sørlandet.

Songdalen kommune drøfter deler av felles høringsplattform, og uttrykker spesielt bekymring for overføring av oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjeneste uten at prosessene er avtalt med kommunene. Songdalen kommune støtter driftsmodell 1. Regjeringen bes om å avklare hva innholdet i et lokalsykehus skal være.

Lillesand kommune drøfter punktene i felles høringsplattform. Kommunen anbefaler at fremtidig sykehusstruktur bygger på modell 3, med lokalisering på aksene Kristiansand sentrum–Grimstad. Bør tas sikte på at sykehuset får status som universitetssykehus. Lillesand kommune forventer at ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune blir sentralt tema i Nasjonal helse- og sykehusplan. Advarer mot oppgaveoverføring før kommunene er tilført økonomi og kompetanse.

Birkenes kommune stiller seg bak uttalelsen fra Kristiansand kommune.

Iveland kommune har i dag utfordringer med rekruttering av dyktige sykepleiere og spesialsykepleiere, og poengterer at dette vil bli enda mer utfordrende ved ytterligere oppgaveforskyvning. Ønsker ikke å uttale seg markant om driftsmodell. Valget bør avvantes til Nasjonal helse- og sykehusplan foreligger. Sterk bekymring for at en reduksjon av sengeplasser innen psykisk helsevern vil medføre betydelig press på kommunale tjenester og på pårørende – som igjen kan føre til enda større levekårsutfordringer. Iveland kommune er bekymret for at de akuttambulerende teamene pga kjørevei ikke kommer til å prioritere utkantkommunene i like stor grad som kommunene langs kystlinjen.

Innspill fra kommunene i Setesdalsregionen

Høringsuttalelsen fra **Setesdal Regionråd** fremmer punktene i felles høringsplattform. I tillegg påpekes det at ulike drivere av forbruk av helsetjenester bør identifiseres og henyntas, og at nivådiskusjoner er nødvendige. Regionen mener at likeverdighetsprinsippet i delavtale 1 i liten grad har vært til stedet i arbeidet. Det pekes på utfordringer knyttet til avstand til kompetansemiljø. Regionen mener de erfaringsmessig ligger for langt unna sykehus til å delta i tilbud om ambulante team, og at alternative tilbud dermed bør vurderes for distriktene. Det uttrykkes bekymring for at færre psykiatriske døgnplasser i sykehus trolig vil bidra til store forskjeller i faglig kvalitet avhengig av avstand til robuste kompetansemiljøer, og at alternative løsninger dermed bør vurderes. Lokalisering er mindre viktig enn hvilke tjenester regionen vil få tilgang til med de ulike modellene. Planen burde belyst utfordringsbildet knyttet til ulike finansieringsordninger bedre, da dette påvirker samspillet

mellom aktørene i helsevesenet. Setesdal regionråd viser til strukturdebatten i Fylkestingene, og slutter seg til vedtakene der.

Bykle kommune slutter seg til høringsuttalelsen fra Setesdal Regionråd.

Bygland kommune slutter seg til høringsuttalelsen fra Setesdal Regionråd som referatsak, med tillegg om at økonomisk vil modell 3 øke sykehusets mulighet til å levere spesialisthelsetjenester utenfor sykehus.

Valle kommune vedtar høringsuttalelsen fra Setesdal Regionråd, med samme tillegg som Bygland kommune. Valle kommune slutter seg samtidig til vedtak i fylkestingene, som anbefaler modell 1.

Evje og Hornnes vedtar høringsuttalelsen fra Setesdal Regionråd, med samme tillegg som Bygland kommune.

Innspill fra kommunene i Lindesnesregionen

Høringsuttalelsen fra **Lindesnesregionen** fremmer punkter i felles høringsplattform. Er en av to regioner som ikke har sykehus i egen region i dag, og tilkjenner dermed andre utfordringer. Lindesnes påpeker at de ikke kan se at sykehuset har fulgt prosedyrene i Delavtale 1 for oppgaveoverføring. Uttrykker bekymring for et eventuelt valg av den dyreste driftsmodellen, og at ambulante team som skal bistå kommunehelsetjenesten innenfor voksenalder psykiatrien erfaringsmessig ikke har kapasitet til å strekke seg til kommunene i Lindesnes. Det uttrykkes bekymring for at færre psykiatriske døgnplasser i sykehus trolig vil bidra til store forskjeller i faglig kvalitet avhengig av avstand til robuste kompetansemiljøer.

Marnardal kommune gir sin tilslutning til Lindesnesregionens høringsuttalelse, og presiserer i tillegg viktige prosesser rundt oppgaveoverføring, uklarheter forbundet med RHS, samt at driftsmodell 3 er den fremtidige løsningen som best sikrer et likeverdig og kvalitetsmessig godt tilbud tilpasset fremtidige faglige og økonomiske krav til spesialisthelsetjenesten.

Åseral kommune slutter seg til Lindesnesregionens høringsuttalelse, men viser også til vedtak i Vest-Agder Fylkesting, pkt. 2. Fylkestinget ønsker å sikre driften ved alle tre sykehusene på Agder.

Lindesnes kommune gir sin tilslutning til Lindesnesregionens høringsuttalelse, og presiserer i tillegg viktige prosesser rundt oppgaveoverføring, uklarheter forbundet med RHS, samt at modell 2 bør være fremtidig driftsmodell.

Audnedal kommune gir sin tilslutning til Vest-Agder Fylkeskommunes uttalelse. Audnedal presiserer i tillegg klarhet rundt RHS og konkretisering vedrørende oppgaveoverføring, samt at modell 1 bør bli fremtidig driftsmodell.

Mandal kommune slutter seg til høringsuttalelsen fra Vest-Agder Fylkeskommune.

Innspill fra kommunene i Listerregionen

Høringsuttalelse fra **Listerregionen** drøfter punktene i felles høringsplattform. I tillegg påpekes det blant annet at forutsetningene i planen er usikre og udokumenterte, at driftsmodell 1 ivaretar mulighetene for fremtidig tilpassede spesialisthelsetjenester på best mulig måte, og at SSHFs samfunnsansvar burde anerkjennes og belyses bedre. Uttalelsen beskriver særlige forhold for Listerregionen når det kommer til samfunnsmessige konsekvenser av en eventuell nedleggelse av sykehuset i Flekkefjord. Listerregionen etterspør en rekke dokumentasjon, blant annet på at faglig kvalitet er avhengig av et bredt, stort og robust fagmiljø, at større sykehusenheter lokalisert i byer antas å gi det beste rekrutteringsgrunnlaget, at primærhelsetjenesten vil få 2/3 av fremtidig aktivitetsvekst, at kriteriene faglig kvalitet og økonomi ikke blir ivaretatt i modell 1, og hvordan foretaket kan legge forutsetning om firefeltsvei til grunn for konklusjoner. Regionen er kritisk til at SSHF beveger seg inn i kommunenes egne ansvarsområder (f.eks. ved RHS), og stiller spørsmål ved at økonomiske vurderinger baseres på usikre kalkyler, men tillegges stor vekt når driftsmodell skal anbefales. Listerregionen uttrykker sterk uenighet til utviklingsplanens beskrivelse av prosess og involvering. Det

fremheves at ved å presentere foreløpig anbefaling av driftsmodell (januar 2014), påføres regionen risiko for samfunnsmessige konsekvenser i perioden 2014-2030. Regionen viser til og understøtter ROS-analysen ved de prinsipielle strukturvalgene. Listerregionen inviterer SSHF med i et samarbeid hvor det i fellesskap kan ses på utfordringer en vil møte i fremtiden.

Sirdal kommune, Kvinesdal kommune, Hægebostad kommune, Farsund kommune og Lyngdal kommune gir sin tilslutning til *Høringsuttalelse Listerregionen*.

Flekkefjord kommune vedtar *Høringsuttalelse Listerregionen*, og presiserer i tillegg kritikk til prosess, foreslått omlegging innen psykisk helse og ROS-analysens grunnlag, og etterspør tallmaterialet som ligger til grunn for konklusjonene i utviklingsplanen. Som vedlegg til uttalelsen ligger uttalelser fra **LHL Flekkefjord og Lund** og **NHF Flekkefjord**. Begge støtter høringsuttalelsen fra Listerregionen fullt ut, og det legges bl.a til at prosjektkonklusjonen ikke bærer preg av befolkningens forventning.

Innspill fra kommuner utenfor Agder

Lund kommune og **Sokndal kommune** i Rogaland gir sin tilslutning til høringsuttalelse fra Listerregionen.

Kragerø kommune i Telemark er bekymret for flytting av hjerteavdelingen fra Arendal til Kristiansand. Vil påføre pasienter fra regionen vesentlig lengre reisevei, og dermed dårligere helsetilbud.

Innspill fra fylkeskommunene

Aust-Agder Fylkeskommune anbefaler modell 1, og understreker at modell 3 ikke kan aksepteres. Fylkestinget ber om å få utredet en universitetssykehusmodell innenfor dagens struktur. SSHF må innarbeide føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan når denne foreligger.

Vest-Agder Fylkeskommune påpeker viktigheten av å legge vekt på kommunenes høringsuttalelser. Kampen om kompetansen handler i tillegg til å gjøre landsdelen mest mulig attraktiv, også om å utvikle sykehustjenesten, og bidra til høy kvalitet ved lokalsykehusene, samt opprettholde viktige funksjoner og dermed attraktive arbeidsplasser. Opptatt av å sikre fremtidige eksistens ved SSF og SSA gjennom å utvikle sykehustjenestene og bidra til høy kvalitet og viktige funksjoner med høy grad av pasientsikkerhet i fremtiden. Vest-Agder Fylkeskommune støtter driftsmodell 1, med tre sykehus med ulikt innhold, og hvor SSF opprettholdes som et godt lokalsykehus med tilbud om fødeavdeling og akuttkirurgi. Fylkeskommunen hevder utviklingsplanen i for liten grad tar opp forebyggende og helsefremmende arbeid som tema, og advarer mot en nedbygging av rus- og psykiatritilbudet før dette er faglig forsvarlig og kommunene er i stand til å løse nye oppgaver.

Prosjektleders kommentar til høringsuttalelser fra kommuner og fylkeskommuner

På grunnlag av høringsuttalelser og videre arbeid i prosjektet er vurderinger og anbefalinger endret på flere sentrale punkter i revidert prosjektrapport i forhold til i høringsdokumentet. Hovedbegrunnelsen for å fraråde kun ett sykehus og å anbefale en driftsmodell med tre sykehus, er som mange høringsuttalelser påpeker, at dette gir best tilgjengelighet for store pasientgrupper med indremedisinske problemstillinger, eldre og kronikere. Tre sykehus gir vesentlig større fleksibilitet i forhold til en usikker fremtid og en vesentlig bedre kriseberedskap. Forslaget om å samle mange funksjoner i et hovedsykehus opprettholdes likevel da dette reduserer sårbarheten i forhold til faglig kvalitet og helhetlige pasientforløp, og fordi det er nødvendig for å oppnå økonomisk bærekraft.

Planforutsetningen om at primærhelsetjenesten får en større vekst i økonomiske rammer i årene fremover enn spesialisthelsetjenesten, er SSHFs tolkning av styringssignaler fra sykehuseier. I tillegg er en viss oppgaveoverføring fra sykehus til kommuner faglig begrunnet i arbeidet med fremtidige pasientforløp. I revidert prosjektrapport er det tydelig beskrevet at oppgaveoverføring må skje etter drøftinger og avtaler mellom partene. Dimensjonering av fremtidens sykehus er ikke fastlåst til en bestemt oppgaveoverføring til kommunene.

Det er betydelig usikkerhet i fremskrivninger og beregning av kapasitetsbehovet i 2030. Usikkerheten er presisert i revidert prosjektrapport, men presisjonsnivået anses tilstrekkelig for en overordnet utviklingsplan. Beregningene brukes ikke til å dimensjonere fremtidige sykehusbygg, men for å anslå størrelse på utfordringer og utbyggingsbehov. Behov for fleksibilitet, elastisitet og mulighet for trinnvis utbygging og omstilling er også en grunn til anbefaling av driftsmodell er endret.

Den foreslåtte omleggingen innen psykisk helse, med oppbygging av dagtilbud, poliklinikk og ambulant virksomhet og reduksjon av antall døgnplasser, er faglig begrunnet og ambisiøs. Forslaget opprettholdes. Omleggingen skal ikke være en overføring av behandlingsansvar eller spesialisthelsetjenester til kommunene, men den vil utfordre kompetanse og kapasitet på bo- og omsorgstjenester i mange kommuner. Omleggingen er ikke økonomisk begrunnet. Ressursene til pasientbehandling i DPS-ene skal ikke reduseres. Tvert om, i tråd med overordnede føringer skal virksomheten innen psykisk helse styrkes. Denne omleggingen må forberedes grundig og gjennomføres over lang tid i nært samarbeid med kommunene. Omleggingen kan stoppes eller reverseres hvis den ikke blir vellykket. Disse forhold er vesentlig bedre beskrevet i revidert prosjektrapport enn i høringsdokumentet.

SSHF mener det er hensiktsmessig og til fordel for både brukere og tjenesteytere å samlokalisere ulike helsetjenester utenfor sykehusene. Forslaget om utvikling av regionale helsesenter (RHS) som nye samhandlingsarenaer er likevel betydelig nedtonet i revidert prosjektrapport som følge av motstand fra kommunene. Etableringen av RHS er ikke avgjørende for utviklingen av SSHF da SSHF uansett vil yte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus.

Kommuneregioner som har sykehus i dag, argumenterer for opprettholdelse og utvikling av "sitt" sykehus. Det er forståelig og er langt på vei imøtekommet i prosjektets endelige anbefaling. Hensynet til faglig kvalitet, gode pasientforløp og økonomi gjør det likevel nødvendig å samle en del funksjoner på ett sykehus. Et alternativ med to sykehus (Arendal og Kristiansand) er ikke nærmere utredet fordi det anses å ha de samme svakhetene som dagens driftsmodell og ikke ivaretar behovene til befolkningen i vestre deler av Vest-Agder. Kommuneregioner uten sykehus er bekymret for at tilbudet til deres innbyggere blir dårligere enn i kommuner nær sykehus. Revidert prosjektrapport beskriver at denne utfordringen kan møtes med differensierte, men likeverdige tilbud, - for eksempel ved lavere innleggelsesterskel for pasienter med bosted langt fra sykehus.

Hensynet til evt. føringer i nasjonal helse- og sykehusplan ivaretas ved at endelig utviklingsplan ikke skal vedtas før den nasjonale planen foreligger. Utviklingsplanen drøfter ikke PCI eller andre enkeltfunksjoner spesielt. Selv med et hovedsykehus i Kristiansand, forutsettes det at delregionale senterfunksjoner som PCI og ICD videreføres i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst.

Folkehelseperspektivet og forebygging er i liten grad omtalt i utviklingsplanen. Dette er tema som kan drøftes av sykehus og kommuner i samhandlingsprosesser frem til endelig utviklingsplan skal vedtas om ca et år.

Samfunnsmessige konsekvenser er grundig utredet i egen rapport (15.9.2014) og drøftet i revidert prosjektrapport.

Instansenes argumentasjon for at det fortsatt er behov for tre sykehus, imøtekommes ved at prosjektrapporten nå anbefaler driftsmodell 2.

2. Pasient- og brukerorganisasjoner

Brakerutvalget ved SSHF er svært urolig for planene om å legge ned alle døgnplasser i DPS-ene. Til tross for ambulante team og kommunenes eventuelle økte kapasitet og kompetanse, tror brukerutvalget en slik radikal omlegging vil gi dårligere behandling, stor belastning for pårørende og utrygghet i nærmiljøet. Brukerutvalget argumenterer for modell 1. Denne gjør samarbeid med kommunene enklere enn ved ett sykehus. Faglig kvalitet er det viktigste kriteriet sett med brukers øyne. Deres erfaring er at små sykehus scorer minst like godt som større, og dette er i tråd med HSØs kvalitetsindikatorer. Slutter seg til at sykehusene må ha tilstrekkelig volum for å gi god behandling, men stiller spørsmål ved hva som er stort nok volum for ulike lidelser. Stiller også spørsmål ved om rekruttering nødvendigvis blir mye enklere i modell 3 enn i de andre. Bekymret for at vedtak om modell 3 vil føre til kompetanseflukt ved SSA og SSF, og formidler stor bekymring for store samfunnsmessige konsekvenser i øst og vest ved et slikt valg. Nærhet er en viktig kvalitet, og gir trygghet. Avstanden til Kristiansand blir for lang ved akutt sykdom, og forutsetning om firefeltsvei er svært usikker. Ved nedleggelse av SSF og/eller SSA, vil pasientgrunnlag forsvinne, og reisekostnadene for pasient og pårørende øker. Brukerutvalget savner drøfting av tilbudet til eldre, og påpeker viktigheten av at SSHF selv må utdanne legespesialister og spesialsykepleiere og utnytte de tre sykehusene til dette. Nasjonal helse- og sykehusplan må innarbeides i planen før brukerutvalget kan avgi endelig høringsuttalelse.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) Aust-Agder viser til aspekter ved kriteriene som ikke er tilstrekkelig utredet. Ved tilgjengelighet pekes på økt transportbelastning, avstand til akutsituasjoner og pårørendereiser. Ved helhetlig pasientforløp påpekes det at nærhet til kommunehelsetjenesten er svært viktig. Knyttet til faglig kvalitet, peker instansen på at modell 3 umuliggjør å opprettholde PCI-senteret i Agder grunnet kompetansesvikt, responstid og forflyttet opptaksområde. SSHFs mulighet til å få ansvar for regionale funksjoner innenfor høyspesialiserte akutfunksjoner styrkes ikke nødvendigvis gjennom modell 3. FFO Aust-Agder mener "kvalitet" og "nærhet" henger nøye sammen, og at disse dermed ikke bør settes opp mot hverandre.

ATROP, støtte & ettervernssenter kommenterer psykisk helse- og rusfeltet. Instansen kan ikke se at utviklingsplanen har ivarett en god balanse mellom ledelsens ønsker, og pasientenes reelle behov. ATROP argumenterer for å ta i bruk RVTS (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) sin traumeforståelse ved alle avdelinger, opprettholde alle døgnenger ved DPS, men omgjøre deler til brukerstyrte innleggelse, aktiv bruk av ambulerende team, men ikke på bekostning av døgnplasser og de tyngste pasientene, og mer vekt på pårønderarbeid, ideelle organisasjoner, brukerorganisasjoner og erfaringskonsulenter. ATROP mener dagens sykehusstruktur bør opprettholdes, og at internettbasert "terapi" ikke kan aksepteres som en anerkjent behandlingsform.

Norges Handikapforbund (NHF) Flekkefjord ser ikke at lovnad om bred involvering møter forventningen i brukergruppen. Fremtidens lokalsykehus må utvikles, ikke degraderes eller utelates. Dagens nærhet og trygghet endres ved ett sykehus. Lokalsykehus med akuttberedskap og føde er viktig for livssituasjonen. SSF bør være supplement til spisskompetansen i sentralsykehusene. Kvalitetsbegrepet er udefinert og forvirrende. Nærhet med kvalitet må prioriteres.

Mental Helse Vest-Agder støtter i stor grad sammendraget av anbefalinger, men drøfter noen bekymringer. Samling av PSA gir større avstander og reduserer nettverket til pasienten. Instansen er sterkt imot reduksjon av langtids døgnplasser i rusbehandling, og er meget bekymret for reduksjon av døgnplasser i DPS-ene. Påpeker viktigheten av samhandling mellom omsorgsnivåer- og steder, og er positive til bruk av ny teknologi.

SSA i våre hjerter mener videre arbeid med planen må stilles i bero i påvente av nasjonal helse- og sykehusplan. Modell 3 må forkastes da den gir dårligere kvalitet og tilgjengelighet. Instansen drøfter at ett sykehus vil redusere pasientgrunnlaget, at RHS er uklart, at det ikke er sammenheng mellom sykehusstørrelse og kostnadseffektivitet, og at transportkostnader ikke er hensyntatt. Stor belastning for ansatte som må flytte over ved samling i ett sykehus.

Prosjektleders kommentar til høringsuttalelser fra pasient- og brukereorganisasjoner

På grunnlag av høringsuttalelser og videre arbeid i prosjektet er våre vurderinger og anbefalinger endret på flere sentrale punkter i revidert prosjektrapport i forhold til i høringsdokumentet.

Den foreslåtte omleggingen innen psykisk helse, med oppbygging av dagtilbud, poliklinikk og ambulant virksomhet og reduksjon av antall døgnplasser, er faglig begrunnet og ambisiøs. Forslaget opprettholdes. Omleggingen skal ikke være en overføring av behandlingsansvar eller spesialisthelsetjenester til kommunene, men den vil utfordre kompetanse og kapasitet på bo- og omsorgstjeneseter i mange kommuner. Omleggingen er ikke økonomisk begrunnet. Ressursene til pasientbehandling i DPS-ene skal ikke reduseres. Tvert om, i tråd med overordnede føringer skal virksomheten innen psykisk helse styrkes. Denne omleggingen må forberedes grundig og gjennomføres over lang tid i nært samarbeid med kommunene. Omleggingen kan stoppes eller reverseres hvis den ikke blir vellykket. Døgnplasser skal ikke fjernes uten at andre tilbud er bygget opp, og de som trenger en døgnplass skal fortsatt få det. Disse forhold er vesentlig bedre beskrevet i revidert prosjektrapport enn i høringsdokumentet.

Brukerne ønsker både nærhet og god faglig kvalitet. Det er forståelig og er langt på vei imøtekommet i prosjektets endelige anbefaling. Nærhet anerkjennes som en pasientopplevd kvalitet. En driftsmodell med tre sykehus gir både god tilgjengelighet for store pasientgrupper med indremedisinske problemstillinger, eldre og kronikere og grunnlag for å opprettholde og videreutvikle den faglige kvaliteten. Reisebelastningen blir vesentlig mindre i den driftsmodell som nå anbefales. Hensynet til faglig kvalitet, gode pasientforløp og økonomi gjør det nødvendig å samle en del funksjoner på et hovedsykehus. Funksjoner innen psykisk helse og avhengighetsbehandling skal fortsatt være sterkt desentralisert.

I den anbefalte driftsmodellen skal i prinsippet spesialiserte funksjoner og beredskapsordninger samles i hovedsykehuset. PCI er en delregional senterfunksjon som fortsatt skal være i Arendal i henhold til føringer fra Helse Sør-Øst, selv om andre funksjoner i stor grad samles i Kristiansand.

I revidert prosjektrapport drøftes mer inngående enn i høringsdokumentet samhandling mellom kommuner og sykehus som forutsetning for helhetlige pasientforløp og optimal kvalitet.

Se også kommentarer til høringsuttalelser fra kommuner.

3. Interne avdelinger/fagmiljø

Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) etterspør bedre analyse av begrepet kvalitet, og påpeker at SSF ikke leverer lavere kvalitet enn andre i SSHF. SSF driver stort sett bra i dag, og scorer godt på nasjonale kvalitetsindikatorer. Det nære samarbeidet med kommunene vil fragmenteres ved modell 3. Modell 1 ivaretar store grupper som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig (f.eks eldre, kronikere). Understreker at SSF har klart å bygge robuste fagmiljøer. Uenig i at halvannen time reisevei fra Flekkefjord til Kristiansand er et konservativt anslag. Peker på betydningen av avstanden mellom skadested og sykehus for mortalitet ved traume og akutt sykdom. Store samfunnsmessige konsekvenser ved en eventuell nedleggelse av SSF, og det er ikke regnet på den økonomiske siden av dette. Ikke godt nok dokumentert at helhetlig pasientforløp ivaretas best på et stort sykehus – silotenkning, anonymitet og stort arbeidspress kan gjøre pasientforløpet fragmentert. Foreløpig konklusjon har skapt rekrutteringsproblemer. SSF formidler bekymring for hvordan å sikre forsvarlig drift på alle tre sykehus frem mot 2030, og understreker at økonomiske midler til rekruttering må sikres. Ambulering av legespesialister vil sikre robuste fagmiljøer ved SSF i fremtiden. Bør være bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene; opprettholde akuttfunksjoner og breddekompetanse på de to mindre sykehusene, og samle spesialiserte funksjoner ved SSK. SSF har lagt ved dokumentet "Kommentarer til Økonomiske vurderinger av ulike scenarier" til sin uttalelse, som bl.a henviser til at samling av sykehusfunksjoner ikke har dokumentert effekt på økonomi og effektivitet. Kritiserer at RHS, pasientreiser og ambulansetjenester ikke er inkludert i den økonomiske beregningen, og mener forventningene til innsparing virker optimistisk. Kritisk til om man kan spare nesten en fjerdedel av sykehusarealet ved samlokalisering, og lite sannsynlig at man oppnår færre antall vaktordninger for leger. Oppsummert stor usikkerhet om de store innsparingene lar seg realisere. Kritikkverdige at andre, lignende prosesser ikke er inkludert i analysen. SSF forventer at prosjektleder viser nøytralitet og ikke fremmer egne meninger og holdninger. Mener planen har vesentlige mangler; samfunnsansvar som ikke anerkjennes, overrepresentasjon av folk fra sentrale strøk, og imøtekommer i mindre grad pasientens og kommunenes behov.

Kirurgisk klinikk, SSF støtter modell 1 med ulikt innhold i sykehusene, og fødetilbud ved SSF. Det opparbeidede og nære samarbeidet med kommunene fragmenteres ved modell 3. Utviklingsplanen bygger på uklare forutsetninger som motorvei, RHS og uklar oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner. Modell 3 medfører store samfunnsmessige konsekvenser og reduksjon av tilgjengelighet og pasientgrunnlag. Peker på betydningen av avstanden mellom skadested og sykehus for mortalitet ved traume og akutt sykdom. SSF har til nå utviklet og ivarettatt godt fagmiljø. Mål om akuttfunksjoner og breddekompetanse ved SSF fremover, og samling av spesialiserte funksjoner ved SSK. Instansen gir samme drøfting og kritikk av økonomi som uttalelsen fra SSF, og oppsummerer at det er usikkert om de store innsparingene lar seg realisere. Sentralisering/desentralisering er avhengig av medisinsk og teknologisk utvikling. Pasienter med behov for høyspesialisterte tjenester bør behandles på stort sykehus, de med "vanlig lidelse" på lokalsykehus. Pasientperspektivet viktig.

Medisinsk avdeling, SSF støtter modell 1, med nærhet og pasient/pårørendes behov i sentrum. Instansen peker på stabil bemanningssituasjon ved SSF basert på kreativitet ift utenlandsk arbeidskraft. Formidler bekymring for at endringer innen anestesi og akuttkirurgi kan gi utfordringer mtp polikliniske inngrep der det er nødvendig med kirurgisk backup, bortfall av pasientgrunnlag ved fjerning av akuttfunksjon innen kirurgi/anestesi, samarbeidet på tvers i SSHF, fornyelse av MTU, en aldrende befolkning som trenger bredt medisinsk faglig tilbud i fremtiden, at akuttfunksjon innen anestesi er vanskelig å opprettholde uten tilstrekkelig operasjonsvolum på dagtid, samt økte transportkostnader pga økte miljøkrav. Mener det er viktig å sikre kompetanseprogram for ansatte, rekruttering, samarbeid internt, samarbeid med kommunene, tilgang til anestesi og røntgen hele døgnet, sterkere kultur for helhet, samt breddekompetansen hos spesialistene ved SSF. Behandling til kronikere og akuttfunksjon i indremedisin, inkludert slagbehandling kan desentraliseres. Vil bli økt behov ift geriatri, medisin vil vokse, og det vil komme nye krav fra befolkningen i fremtiden.

Fødeavdelingen ved SSF er svært kritiske til prosessen, og mener prosjektet har vært overrepresentasjon av folk fra sentrale strøk i Agder. En fødsel er en dagligdags hendelse, og LEON-prinsippet bør ligge til grunn. Viser til forskning, og argumenterer for økt antall transportfødsler og uendret komplikasjonsfrekvens etter sentralisering, altså dårligere kvalitet og pasientsikkerhet (Engjom, et al., 2013). Lavrisiko gravide skal ha oppfølging på lavere nivå enn kvinneklinikken ved SSK, og det er positivt at behandlere kommer nærmere baselkvinne. Modell 3 vil gi dårligere tilgjengelighet for fødende. Etterspør hva som gjør at den samlede verdiskapningen på Agder blir størst ved modell 3. Volum og kvalitet henger ikke nødvendigvis alltid sammen. Dramatiske samfunnskonsekvenser. Andre sentraliseringsprosesser har ført til økonomiske tap, og beregningene inkluderer ikke det samfunnsøkonomiske aspektet og transportkostnader. Rekrutteringsutfordringer kan løses ved rulleringsordninger. For SSF er rekrutteringen blitt betydelig forverret etter at utviklingsplanen ble offentliggjort. Modell 3 bygger på usikre forutsetninger, og for fødende vest i Agder og øst i Rogaland vil kvalitet og pasientsikkerhet bli dårligere i modell 3 enn 1. Instansen har lagt ved artikkelen *Availability and access in moderen obstetric care: a retrospectpective population-based study* av Engjom et al. (2013), se over.

Kirurgisk avdeling, SSK peker på at grenspesialisten tar over for generelle kirurger – en trend som forventes og akselerere. Pasientene på Agder har ikke lik tilgang til kirurgisk akuttberedskap grunnet ulikhet i om den er grenspesialisert eller ikke. SSF har for lite pasientgrunnlag til å kunne vedlikeholde kompetanse innen akuttkirurgi. Kostnadene ved å drifte tre lokalisasjoner går utover sykehusets økonomi og mulighetene til å opparbeide investeringsmidler, slik at utstyrsoppgraderinger og enkelte moderne behandlingsformer ikke kan tas i bruk. SSHF har ikke kirurger nok til å dekke opp dagens vaktordninger på tre steder på en god måte. Instansen mener ett sykehus vil gi det beste kirurgiske tilbudet for pasienter på Agder, og at man ved to enheter evt. må samle vaktordningene på en enhet, og utføre dagkirurgi på den andre.

Ortopedisk avdeling, SSK mener større enheter og subspecialisering er nødvendig for å oppnå optimal pasientbehandling innen ortopedi, og at ortopedien på sikt må samles en plass på Sørlandet. Ingen ortopeder er i stand til å beherske alle grunnleggende teknikker på tilfredsstillende nivå, ei heller holde seg faglig oppdatert på alle delene av faget. Instansen mener perfektjon i håndverket oppnås ved høy repetisjon for det enkelte inngrep. For å kunne oppnå et tilstrekkelig høyt antall for de ulike typer operasjoner er enhver ortopedisk avdeling avhengig av å ha et pasientgrunnlag som er tilstrekkelig høyt. Små sykehus har ikke mulighet til å ivareta tilstrekkelig kvalitet da pasientgrunnet ikke er stort nok til å utvikle faget med subspecialiserte ortopeder.

Kirurgisk/ortopedisk avdeling SSF har i eget brev kommentert høringsuttalelsene fra kirurgisk avdeling SSK og ortopedisk avdeling SSK. Avdelingen er uenig i faktabeskrivelsene og vurderingene som gjøres, og mener påstandene er udokumenterte. Viser til at organiseringen av kirurgi og ortopedi på Sørlandet skal utredes i strategiplangruppen som skal ta for seg fremtid for SSF.

Anestesiavdelingen, SSK argumenterer for en sentralisering av de spesialiserte funksjoner på et sted, da dette gir store nok fagmiljø, bedre mulighet for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen, reduksjon av svingninger i pasientbelegget og pasientgrunnlag nok til å være rekrutterende. Verken faglig eller økonomisk mulig å opprettholde spesialiserte vaktordninger på tre lokalisasjoner. Underordnet om man må reise 30 eller 90 minutter ved alvorlig sykdom. Avgjørende å få rett hjelp av personell tilhørende et robust fagmiljø som har oppdatert kunnskap om aktuell sykdom og behandling.

Kvinneklinikken, SSK ser økt antall eldre, befolkningsvekst, flere og bedre behandlingsuligheter og bevissthet og etterspørsel i befolkningen som sentrale utfordringer. Bør møtes med bevisstgjøring rundt hvilke pasienter som skal behandles av hvem, retningslinjer for behandling og riktig fordeling av spisskompetanse. Utredning og kontroll kan desentraliseres, sjeldne tilstander må sentraliseres. Fremtidige pasientforløp kjennetegnes ved kortere behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten for å klare kravet om behandling av voksende pasientmasser. Instansen støtter modell 3, da det sikrer rekruttering og gir reduksjon av vaktberedskap og dermed gir økonomi til å utvikle behandlingstilbud.

Medisinsk avdeling, SSK hevder det er sannsynlig at det i årene fremover vil komme gjennombrudd i behandlinger det i dag brukes store ressurser på, og dermed behov for konsoliderte fagmiljøer på et sted for å kunne følge med i den raske medisinske utviklingen. Kirurgi sentraliseres, mens indremedisinske fag i økende grad kan desentraliseres. Støtter modell 3 med lokalisering Eg.

Avdeling for medisinsk biokjemi, SSK påpeker spesielt behovet for ny teknologi, utstyr, kompetanse og arealutvidelser.

Medisinsk avd, SSA mener Utviklingsplan 2030 har alvorlige mangler. Mål og sentrale begreper er upresise. Arbeidet i gruppene har ikke vært optimalt verken i faglig argumentasjon eller kommunikasjon. Uenighet i faggruppene kommer i liten grad frem. Konsulentrapportene er beheftet med usikkerhet og kan heller ikke sies å være objektive. Resultater av tilsvarende omorganiseringer i andre sykehus har ikke vært tatt med i vurderingsgrunnlaget. utfordringer ved fremtidig rekruttering av spesialister er ikke tilstrekkelig vurdert. Uforutsigbarheten i fremtidig medisinsk utvikling er ikke tilstrekkelig vektlagt. Planen gir ingen beskrivelse av hvordan det økende behovet for indremedisinske tjenester skal sikres for en stadig aldrende befolkning med økende krav til behandling og behov for innleggelse i sykehus. Alternative løsninger basert på en videreutvikling av dagens struktur er ikke tilstrekkelig utredet, og det vil derfor være utfordrende for sykehusstyret å ta stilling til rapporten. Argumenterer for å beholde strukturen for indremedisinske avdelinger desentralisert. Som vedlegg til uttalelsen, ligger høringsuttalelser fra **geriatrik seksjon SSA og hjerteseksjonen ved SSA.**

Førstnevnte etterspør som konsekvens av ventende eldrebølge en satsning på geriatri. Drøfter samspill med kommunehelsetjenesten innen geriatri, og argumenterer for nåværende sykehusstruktur, da sentralisering vil gi dårligere tilbud og pasientforløp for pasienter innen geriatrien. Sistnevnte peker på områder som ikke er blitt drøftet i utviklingsplanen, eksempelvis lignende prosesser, hjerte- og karsykdommer og høyspesialiserte funksjoner, og mener planen således fremstår som ufullstendig.

Avdeling for gynekologi og barsel, SSA støtter modell 1, da den medisinske behandlingen som tilbys på de tre sykehusene er av god faglig kvalitet. Beskriver visjoner for faglig utvikling, og har konkrete forslag om sentralisering (OUS) og desentralisering (kommunehelsetjenesten), samt fordeling mellom SSA og SSK på gynekologi- og obstetrikkområdet. Nasjonal helse- og sykehusplan viktig for sykehusstruktur på Sørlandet.

Nevrologisk avdeling formidler at dagens organisering med nevrologiske akutfunksjoner i to hus ikke er effektiv, og avdelingsledelsen mener den ikke vil være realistisk fremover. Mer høyspesialisert behandling, høy kompetanse rett på pasient, færre innleggelser, men økt behov for tung overvåkning med tilsvarende personell, klar oppgavefordeling primær/sekundærhelsetjeneste, behov for tilgjengelighet av radiologi/nevroradiologi 24/7 og nevrologisk vaktordning 24/ er sentrale utfordringer. Elektive tjenester, generell poliklinikk kan desentraliseres, nevrologisk vakt og akuttbehandling, akuttpoliklinikk, MDT- og spesielt utstyrkrevende behandling må sentraliseres. Fremtidens pasientforløp består i større grad av poliklinisk- og dagvirksomhet, og kortere tid i spesialisthelsetjenesten. Samling av nevrologisk akutfunksjon på ett sykehus vil best kunne oppfylle de krav som trolig stilles til en nevrologisk sykehusavdeling. Utredning om slagbehandling pågår. Ingen enkle svar, men avtegner seg mulige endringer i håndtering av akutte slagpasienter i hyperakutfasen slik at den geografiske avstanden til slagenhet kan bli større enn i dag. Medarbeidere i Arendal mener det bør være parallell virksomhet i Arendal og Kristiansand.

Øyeavdelingen peker på eldrebølgen med grå stær og aldersforandringer i netthinnen som sentral utfordring. Økende behov for øyetjenester for de mange eldre, behov for mer plass. Sykehusstruktur har neppe betydning for øyeavdelingen eller pasienter med øyesykdommer på Sørlandet.

Øre-nese-halsavdelingen (ØNH) peker på rekruttering av legespesialister, sentralisering/desentralisering, MTU og samarbeidet med praktiserende spesialister som sentrale utfordringer. Mener leger bør ansettes på samme sted, ha hovedbase der og delta i vakt. Systemer for

ambulerende virksomhet etableres dersom nødvendig. Poliklinikk og dagkirurgi kan desentraliseres, vakt, sengepost og innleggingskrevende behandling må sentraliseres. Støtter modell 3.

Revmatologisk avdeling mener utviklingsplanen gir et godt bilde av hva vi kan vente av spesialisthelsetjenesten i fremtiden. Argumenterer for å satse på sterke og robuste fagmiljø for at utviklingen skal komme befolkningen til gode. Nærhet handler om tilbud på Agder, ikke om det gis i Kristiansand, Flekkefjord eller Arendal. God erfaring med sentralisering av revmatologien i Kristiansand med ambulering til Arendal, som har gitt god rekruttering og akademisering av avdelingen. Mener modell 3 gir best spesialisthelsetjeneste.

Prehospitale tjenester (PTSS) påpeker at det er vanskelig å uttale seg om konsekvenser før man har oversikt over tilbud, lokalisering, pasientvolum og deres behov for transport. Økt befolkningsgrunnlag, flere eldre og sentraliserte tilbud er forhold som vil påvirke oppgaver for PTSS. Ambulansetjenesten: behov for mer aktiv vakt som vil innebære behov for flere årsverk og ambulansarbeidere. Vanskelig å svare på om det er hensiktsmessig å endre ambulansestructur og/eller om det er behov for flere ambulanser. Pasientreiser: dersom sykehustilbudet sentraliseres og eldre får ekstra lang reisevei, kan det bli vanskelig å unngå lang reisetid (inkl. ventetid) dersom en skal oppnå best mulig samkjøring. Må hensyntas dersom det stilles krav til ventetid/reisetid. Antar en økning på 40% for reiser med rekvisisjon frem til 2030, og 23% uten rekvisisjon. Tendensen er lengre og dyrere turer, som antas å ha sammenheng med spesialisering og funksjonsfordeling.

Klinikk for psykisk helse (KPH) formidler enighet om at en ytterligere dreining av helsetilbudet til personer med psykiske lidelser innenfor spesialisthelsetjenesten fra døgnbehandling til dag, er en ønsket utvikling innen KPH. Hvordan dette skal gjennomføres er ikke avklart, og er en langsiktig prosess som skal sikre at endringene er faglig forankret og gir best mulig behandlingstilbud. Nærhet er av betydning for kvalitet, og tjenesten bør dermed tilbys desentralt. Endringene vil skje i dialog med kommunene, fagforeninger, interesseorganisasjoner og brukerorganisasjoner. Bør samtidig utvikle et ytterligere spesialisert spekter av døgnbehandlingstilbud for de mest alvorlige og kompliserte tilstandene i fremtiden. Her er det behov for konsoliderte fagmiljøer, tverrfaglig samarbeid, nærhet til somatisk helsevern og sentralisering.

Overleger i DPS Aust-Agder viser til KPHs høringsuttalelse, og mener en nedskjæring av antall senger i DPS-ene kan bli uforsvarlig. Ser for instansen ut til at annenlinjepsykiatrien allerede nå har for få sengeplasser til å kunne gi pasienter nødvendig stabilisering, utredning og behandling. Kommunene kan ikke forventes å overta behandling av personer som er i behov for døgnbaserte spesialiserte tjenester. Økende trend at pasientene ved DPS Aust-Agder er sykere nå enn tidligere. Ofte nå enn på flere år opplevd at akuttpostene i Arendal er fulle når flere pasienter har hatt behov for innleggelse. Dels har det ført til overbelegg, dels at pasienter som burde vært tatt i mot i PSAs akuttposter tas imot i DPS døgnpost, og dels at pasienter som burde vært innlagt av hensyn til dem selv eller nære pårørende, har måttet unnvære innleggelse. Instansen legger ved vedleggene "Innspill til budsjett 2015" og "Målbeskrivelse for tjeneste ved allmenpsykiatrisk døgnenhet DPS Aust-Agder" som gir et oversiktlig bilde av instansens arbeidsområde.

ARA (Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling) peker på at dreiningen fra døgn- til dagbehandling betinger at man allerede snart begynner å tenke på overføring av ressurser og organisering av tilbudet. Savner informasjon om rusmiddelutvikling, og påpeker at ARA vil ha et betydelig utdanningsansvar da det er utfordrende å rekruttere spesialister på rus. Savner tydeliggjøring av betydningen av familieperspektivet i rusbehandling – må se den avhengige i et system.

Fagavdelingen drøfter problemstillinger, muligheter, styrker og svakheter knyttet til forskning, samhandling, smittevern, beredskap, medisinsk bibliotek og læring og mestring som må hensyntas ved fremtidig organisering.

Bedriftshelsetjenesten (BHT) mener utviklingsplanen har manglende vurderinger ift arbeidsmiljø- og helsemessige konsekvenser. Utviklingsplanen har, og kommer til å ha, stor betydning på

arbeidsmiljøet. Instansen peker på ulike konsekvenser endringsprosesser kan ha for arbeidsmiljø og den enkeltes helse. Mtp å følge lovverket og ivareta ansattes arbeidsmiljø og helse, anbefaler BHT at utviklingsplanen inneholder en beskrivelse av risikoområder for arbeidsmiljø og helse, og at SSHF vil iverksette tiltak for å forebygge og redusere negative konsekvenser uansett hvilke beslutninger som tas, og at HAMU vedtar at det skal gjøres en grundig risikovurdering av berørte arbeidsmiljøer, utarbeides og iverksettes tiltak for å forebygge og redusere evt negative konsekvenser.

Personal og arbeidsmiljø mener utviklingsplanen har lite fokus på de menneskelige og ledelsesmessige utfordringene prosessen og de ulike modellene medfører. Instansen peker på ulike konsekvenser omstillinger kan ha for den enkelte ansatte og for organisasjonen som helhet. For å forebygge og minimere negative konsekvenser av prosessen og beslutningene bør det legges vekt på å sikre god endringsledelse på alle nivå i organisasjonen, vha lederutvikling og opplæring. Medvirkning og informasjon betyr mye, og tillitsvalgte og verneombud er viktige representanter, men må ikke erstatte lederes ansvar for medarbeidere. Å ta høyde for de menneskelige sidene av omstilling – også i utredningsarbeidet – vil være avgjørende for at SSHF skal nå sine mål med Utviklingsplan 2030.

Driftsenheten kjenner daglig på utfordringer knyttet til lav tilgang på investeringsmidler og muligheten for utnyttelse av disse til effektivisering av driften. Viktig at driftsenheten (støttefunksjoner) driver så effektivt økonomisk som mulig, slik at pasientbehandling får mest mulig ressurser til disposisjon. Sentralisering gir færre bygg og kvadratmeter, og er således økonomisk den beste utnyttelse av driftsenhetens ressurser.

Prosjektleders kommentar til høringsuttalelser fra interne avdelinger/fagmiljø

Det har vært krevende å forholde seg til faglig uenighet som i betydelig grad følger geografiske skillelinjer. Spesielt innenfor kirurgi, ortopedi og føde blir denne uenigheten fremtredende. Avdelinger ved SSF og SSA argumenterer for videreføring av dagens driftsmodell med et bredt tilbud og med akutfunksjoner på alle tre sykehus. Avdelinger ved SSK argumenterer for samling av kirurgiske og ortopediske akutfunksjoner og subspecialiserte funksjoner, samt de relativt små opererende fagene, i ett sykehus.

Diskusjonen om behov for sentralisering som følge av spesialisering er ikke et lokalt fenomen, men et sentralt tema i arbeidet med den nasjonale helse- og sykehusplanen. Prosjektleder oppfatter at forslaget om samling av en del kirurgisk virksomhet har bred, men ikke full, oppslutning i fagmiljøene. Den anbefalte driftsmodellen gir rom for et betydelig omfang av poliklinikk og dagbehandling i lokalsykehusene.

Fra indremedisinske fagområder er høringsuttalelsene ganske samstemte. Det argumenteres for at disse fagområdene i stor grad fortsatt kan være desentralisert, og at dette er viktig for store pasientgrupper. Disse argumentene er tatt til følge ved at det nå anbefales en driftsmodell med tre sykehus hvor lokalsykehusene kan ha akutfunksjoner og døgntilbud til indremedisinske pasienter.

Utviklingsplanen drøfter ikke PCI eller andre enkeltfunksjoner spesielt. Selv med et hovedsykehus i Kristiansand, forutsettes det at delregionale senterfunksjoner som PCI og ICD videreføres i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst.

Fortsatt desentralisering av indremedisin når kirurgi sentraliseres, er ikke uproblematisk. Det forventes at den nasjonale helse- og sykehusplanen også vil belyse dette dilemma og skissere prinsipielle løsninger.

Også fra fagområder som nevrologi, ØNH og revmatologi argumenteres det for en kombinasjon av sentralisering og desentralisering som kan ivaretas i den anbefalte driftsmodellen.

Utviklingsplanens forslag om omlegging fra døgn til dag i DPS-ene kommer fra fagmiljøet, og støttes naturlig nok i klinikkens høringsuttalelse. Det samme gjelder ytterligere spesialisering for de mest alvorlige og kompliserte tilstandene. Når en gruppe overleger i et DPS i en egen høringsuttalelse uttrykker skepsis til reduksjon av døgnplasser, viser dette behov for grundige prosesser før omstillingen gjennomføres.

4. Arbeidstakerorganisasjoner og verneombud

Norsk sykepleierforbund (NSF), SSF mener at for å ivareta arbeidstakernes interesser i omstillingsprosessene som kommer må man trygge ansatte, ha respekt for forskjellige meninger, la alle bli hørt og behandlet likeverdig, få litt skryt og utnytte alle ansatte i hele SSHF. Small is beautiful, og instansen ønsker fremtid lokalt.

Tillitsvalgte og verneombud, SSF er svært misfornøyd med prosessen og prosjektleder. Det argumenteres for svak representasjon/involvering fra SSF i prosjektet, at stor andel av sentrale personer bor/arbeider i Kristiansand, og at SSF har hatt begrenset mulighet til påvirkning. TV og VO ved SSF opplever dårlig samarbeidsklima og at kritikk blir møtt med represalier, og er kritisk til konsensusbasert gruppearbeid. Mener tre modeller ikke er utredet likeverdig, mulighetsrommet er ikke vurdert, og at prosessen i stor grad dreiser seg om et ønske om storsykehus/universitetssykehus i Kristiansand. Ønsker at LEON-prinsippet skal ligge til grunn for sykehusdriften, og ønsker ikke å miste akutfunksjon/fødeavdeling i Lister. Har allerede selektert og utfører nå kirurgi med store volum. SSF scorer svært bra på nasjonale kvalitetsindikatorer. Langt høyere risiko ved omlegging til modell 3 enn ved videreføring av dagens struktur. TV og VO ved SSF har lagt til 16 omfattende vedlegg i form av brev og dokumentasjon TV/VO ved SSF har sendt til administrerende direktør m.fl. i prosjektperioden.

Tillitsvalgte, SSK mener prosessen har gitt god mulighet for involvering, at innspill fra TV har blitt tatt til etterretning, men at informasjon om hva referansegruppens oppgave er kunne vært bedre. Bør settes ned et godt sammensatt omstillingsutvalg for å ivareta ansattes interesser. Mange momenter som må belyses og hensyntas, bl.a spørsmål rundt konsensus, tilføring av kompetanse, tydelighet på arbeidsoppgaver, arbeidsforhold i omstillinger, og eventuell nedbemanningshåndtering.

Hovedverneombud, SSK/SSHF mener prosessen har gitt mulighet for involvering, at innspill fra VO er blitt hørt, men at informasjon om hva referansegruppens oppgave er kunne vært bedre. Medvirkning, følge formålet i AML §1 og SSHFs verdigrunnlag er viktig. For at ansatte i den videre prosess skal ivaretas, er det viktig å huske at både arbeidsgiver og arbeidstaker har ansvar for medvirkning, at alle ansatte må få anledning til å delta, VO må tas med, bygg må vedlikeholdes, MTU, IKT og andre verktøy må oppgraderes, vernebestemmelser må overholdes, viktig å følge med på sykefravær, kompetanseheving for å følge med i utviklingen, trygghet for jobb, IA-bedrift, og tidlig informasjon til ansatte.

Fagforbundets plasstillitsvalgte, SSK ønsker tidlig og god informasjon og medvirkning i fremtidige omstillingsprosesser. Viktig med tilstrekkelig bemanning, nødvendig kompetanseheving og samarbeid med kommunene.

Tillitsvalgte og verneombud, SSA er svært misfornøyd med prosessen, høringsdokumentet og prosjektleder. De mener dagens struktur vil være best i overskuelig fremtid, og at det er uakseptabelt å gjøre styrevedtak før Nasjonal helse- og sykehusplan foreligger. Økonomiske forutsetninger, konsekvenser og beregnede innsparinger i planen er usikre og urealistiske. Instansen peker på betydelige samfunnsmessige konsekvenser ved bare ett sykehus. TV og VO ved SSA argumenterer for at de fleste pasienter har behov for enklere behandling som gis ved dagens tre sykehus, og at store robuste fagmiljø kun er viktig ved høyspesialisert behandling. Viser til at det er faglig uenighet om store eller små sykehus er best. Eldrebølgen er ikke tilstrekkelig hensyntatt, PCI-senteret er ikke vurdert i planen og brukeropplevd kvalitet for lite vektlagt. Mange får lengre vei til sykehus i modell 3. Instansen mener det er feil å satse på et prosjekt vest i Agderbyen, at oppgaveoverføring til kommunene forutsetter betydelig økning av ressurser, og at RHS er uklare og kostnadskrevenne. Grunnforhold med kvikkleire på Eg er undervurdert og adkomstvei er en risikofaktor. Utbygging på Eg legger beslag på matjord. Miljøaspektet er ikke drøftet og sentralisering gir økt transport med negativ miljøpåvirkning.

HAMU (Hovedarbeidsmiljøutvalg) etterspør et tydeligere HMS-perspektiv i planen, herunder fokus på arbeidsmiljø og helsemessige konsekvenser for de ansatte i SSHF, uansett valg av modell.

NITO bedriftsgruppe, SSHF peker på plassmangel ved lab. SSK, og at økende etterspørsel forventes. Teknologi kan støtte desentralisering, men lite mulighet for ytterligere sentralisering eller utflytting av tjenester. NITO mener svakheter i planen gjør det vanskelig å vurdere de tre modellene. Kritisk til at planen utarbeides før Nasjonal helse- og sykehusplan legges frem, og uheldig at prosjektleder har gått ut i media i høringsprosessen. Instansen mener det bør nedsettes et bredt sammensatt omstillingsutvalg for å ivareta arbeidstakernes interesser i prosessene som kommer.

Akademikerforbundet krever samarbeid mellom ledere og arbeidstakerorganisasjonene i kommende omstillingsprosesser. Også viktig at prosjektene blir evaluert, og at det på forhånd er definert hvilke kriterier det skal evalueres mot.

Norsk sykepleierforbund (NSF) i Aust- og Vest-Agder ønsker et faglig robust og solid helseforetak i samspill med kommunene. NSF mener sykepleietjenesten er for lite omtalt i planen, og formidler en tydelig bekymring for tilgangen på spesialsykepleiere i fremtiden. Utdanning og kompetanse må sikres og verdsettes, blant annet gjennom samarbeid med UiA. Må utvikle kompetanseplaner. NSF er spesielt bekymret for reduksjon av døgnplasser i psykiatrien, og er generelt opptatt av at tilbud må ikke bygges ned i sykehus før et godt tilbud er bygget opp i kommunene. Utviklingsplanen må begrunnes i både kvalitet, pasientsikkerhet, økonomi og samfunnsmessige forhold, og må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan.

Fagforbundet Aust-Agder anbefaler å videreutvikle dagens struktur med tre sykehus. Planen må gi stort rom for fremtidige justeringer. Fagforbundet mener RHS-begrepet er uklart, og at sykehusets samfunnsrolle er for lite belyst. Usikkerhet om fremtidig struktur skaper usikkerhet og svakere rekruttering. Fagforbundet mener akuttmedisinsk tilbud bør være utgangspunkt for strukturdiskusjonen, og påpeker stor usikkerhet om veinett. Mener befolkningens opplevde trygghet bør telle sterkt med i vurderingene, og at mye elektiv behandling kan gjøres lokalt.

Fellesorganisasjonen (FO) Vest-Agder mener rapporten gir gode og grundige analyser, men at kombinasjonen RHS og sykehus er uklar. Det er risiko i forutsetning om oppgaveoverføring til kommunene da det er usikkert om kommunene har ressurser til dette. Kommunene må involveres for at ikke ansvar skyves over på brukere/pårørende. Barneperspektivet bør tydeliggjøres i planen.

Den norske legeforening gir SSHF ros for å ha visjoner, og peker på at dette er en viktig sak som må avstemmes med Nasjonal helse- og sykehusplan. Instansen er skeptisk til forutsetningene i planen, og savner viktige avklaringer. Ikke sikker på at pasientbehandlingen blir bedre eller mer kostnadseffektiv i store enheter, og tviler på kostnadsanalysene. Den store majoriteten av sykehuspasienter med "vanlige" sykdommer er ikke godt nok ivaretatt i planen. Den norske legeforening mener utredningen undervurderer fremtidig behov, og at kapasitet og arealbehov dermed er underdimensjonert. Instansen hevder overføring av virksomhet til kommunene forutsetter betydelig oppbygging og økonomiske overføringer fra stat til kommune og at RHS-begrepet er uklart. Videre mener de den foreslåtte reduksjonen av sengeplasser i psykiatrien trenger bedre faglig forankring, og at økningen i antall eldre med sammensatte sykdommer ikke er troverdig integrert i planen om et nytt storsykehus. Usikkerhetene og manglene ved planen innebærer at det må utarbeides bedre og omforent grunnlag for videre prosess og beslutninger. Robuste fagmiljøer er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet. Nøkkelen til god pasientbehandling er bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå. Ett sykehus, evt to, vil antakelig best sikre robuste fagmiljøer. Fordeler med sentralisering av kirurgi, kombinert med fullverdig tilbud til grupper som trenger generell kompetanse. Avtalespesialistene er en ressurs som bør brukes mer. Den norske legeforening mener PCI-senteret i Arendal ikke er ivaretatt i utredningen, og at det er mangelfullt at modell med to fullverdige sykehus ikke er utredet. Mener forskning og gruppe-1 funksjoner bør styrkes.

Vest-Agder Legeforening mener det er behov for omfattende endringer for å sikre og bedre helsetilbudet til befolkningen i Agderfylkene. Instansen peker på at overføring av virksomhet til kommunene forutsetter omfattende utbygging og nyrekruttering, samt betydelige økonomiske

overføringer fra stat til kommune. Betydelig usikkerhet om denne forutsetningen. Bruk av avtalespesialister mer hensiktsmessig enn ambulering fra hovedsykehus. Mange flere fastleger øker antall henvisninger, med fare for underdimensjonering av sykehus. Instansen mener at reduksjon av døgnplasser i DPS er i strid med opptrappingsplanen. Høyere terskel for innleggelse kan gå ut over pasientsikkerheten, økt press på legevakt og akutt-/tvangsinnleggelse. Når det gjelder arealbruk, gjenkjennes ikke den formidlede overkapasiteten på tilgjengelige rom av instansens medlemmer. Arealbehovet er underdimensjonert, og det er ikke tilstrekkelig poliklinikkrom og kontorer. Tid per konsultasjon beregnet er for lavt og beregnet beleggsprosent på døgnposter er for høyt. Mener forskning og gruppe-1 funksjoner bør styrkes. Med forbehold om usikre forutsetninger, ønskes nytt sykehus på et nytt sted (modell 3B). Gir robuste fagmiljøer, grunnlag for utvikling og godt arbeidsmiljø, reduksjon av samtidighetskonflikter, positivt for pasientsikkerheten, reduksjon av interne stridigheter. Styrets representant fra SSF mener modell 1 best sikrer fremtidig helsetilbud i Lister.

Prosjektleders kommentar til høringsuttalelser fra arbeidstakerorganisasjoner og verneombud

I likhet med høringsuttalelser fra interne fagmiljøer, følger uttalelsene fra tillitsvalgte og verneombud i stor grad geografiske skillelinjer. TV/VO fra SSA og SSF er sterkt kritiske til både prosess og innhold, mens TV/VO fra SSK mener at prosessen har gitt gode muligheter for involvering og at innspill er blitt hørt. Prosjektleder mener at det har vært lagt godt til rette for deltakelse og at ulike meninger er kommet tydelig frem i diskusjonene, men at interessen for medvirkning var begrenset i første del av prosjektforløpet. Det var uheldig at særlig SSF, men i noen grad også SSA, var svakt representert tidlig i prosjektet. Utdringer knyttet til prosessen er fylldig omtalt i revidert prosjektrapport.

TV/VO fra SSF og SSA argumenterer for videreføring av dagens driftsmodell med akutfunksjoner i alle tre sykehus ut fra hensyn til både pasienter, samfunnsmessige konsekvenser og ansatte. Alle disse forhold er grundig vurdert i prosjektet. Konklusjonen er at en del funksjoner bør samles i et hovedsykehus, men at store pasientgrupper kan og bør få diagnostikk og behandling desentralisert. Videreføring av tre sykehus gir begrensede negative samfunnsmessige konsekvenser og betydelig grad av forutsigbarhet for ansatte.

Det er korrekt som høringsinstansene påpeker, at det ikke er dokumentert noen entydig sammenheng mellom sykehusstørrelse og kvalitet eller effektivitet. Sykehusstørrelse per se er ikke begrunnelse for anbefaling av driftsmodell, men pasientvolum har betydning for muligheten til å utvikle robuste fagmiljø og for faglig kvalitet. Samling av mange funksjoner i et hovedsykehus er både faglig og økonomisk begrunnet.

Høringsuttalelsene fra både Den norske legeforening og fra Vest-Agder legeforening understreker betydningen av faglig kvalitet og robuste fagmiljø, og fremholder at ett, evt. to, sykehus antagelig best sikrer robuste fagmiljø. Legeforeningen ser fordeler med sentralisering av kirurgi, men argumenterer for gode, desentraliserte tilbud til pasientgrupper som trenger generell kompetanse. Dette imøtekommes langt på vei i den anbefalte driftsmodellen.

Ang. PCI-senter, RHS, omstilling i DPS-ene og forholdet til nasjonal helse- og sykehusplan vises til prosjektleders kommentarer til andre høringsuttalelser ovenfor.

Flere instanser påpeker betydningen av kompetanseutvikling og gode, involverende omstillingsprosesser. Dette er viktige forhold, uavhengig av utviklingsplanen. Men organisasjonsutvikling, kompetansebygging og omstilling må tilpasses de utfordringer SSHF står overfor og de valg som gjøres i utviklingsplanen.

5. Andre høringsinstanser

Fylkesmannen i Aust-Agder mener at det videre arbeid med Utviklingsplan 2030 bør stilles i bero inntil nasjonal helse- og sykehusplan og primærhelsemelding foreligger, og arbeidet med kommunereformen er kommet lenger. Fylkesmannen peker på at eldrebølgen ikke er tilstrekkelig vektlagt, og ser spesielt på reiseavstand som en utfordring for de eldste pasientene. Nasjonale føringer må tas som premiss for planen. Opptaksområde og egendekningsgrad vil bli redusert ved færre sykehus (avskalling i øst og vest pga avstander). Opptaksområdet bør heller utvides østover. Beredskapsmessig usikkerhet ved bare ett sykehus, store avstander, veiadkomst til Eg. Ser for seg høyt spesialisert kirurgi på ett sykehus og høyt nivå på indremedisin på flere sykehus. RHS må utvikles i samarbeid med kommunene. Kommunene kan ivareta mange tiltak innen psykisk helse og rus, forutsatt kompetanse og kapasitet. Fastlegene er en viktig ressurs og samarbeidspartner. Kommunale helsehus med samling av flere tjenester en forutsetning for vesentlig grad av oppgaveoverføring. Usikkerhet om utvikling av kommuneøkonomien. Savner brukerfokus. Planen må ta utgangspunkt i brukernes behov og regionens utfordringer.

Fylkesmannen i Vest-Agder ser positivt på at en langsiktig utviklingsplan blir utarbeidet. Anbefaler at det i samarbeid mellom kommunene og sykehuset blir utarbeidet en felles helse- og sykehusplan for Agder, når nasjonale føringer er avklart. Anbefaler ikke modell 3 med kun ett sykehus. Årsakene er bl.a. knyttet til beredskap, transporttider, eldrebølgen og opptaksområde. Fylkesmannen anbefaler en variant av modell 2 med ett hovedsykehus sentralt i Agder nær E18/E39. Sykehusene i Arendal og Flekkefjord opprettholdes med begrenset akuttberedskap og avvikling av fødeavdelinger. Fylkesmannen peker på at eldrebølgen ikke er tilstrekkelig vektlagt, og ser spesielt på reiseavstand som en utfordring for de eldste pasientene. Opptaksområde og egendekningsgrad vil bli redusert ved færre sykehus (avskalling i øst og vest pga avstander). Beredskapsmessig usikkerhet ved bare ett sykehus, med store avstander og sårbar veiadkomst til Eg. Kirurgi trenger separate vaktteam for urologi, kar, mage-tarm og ortopedi og andre spesialiteter. Fortsatt mulig med vakt for generell indremedisin. Ambulansetjenester må sees i sammenheng med sykehusstruktur. RHS beskrives som spennende forslag, men uferdig. Usikkerhet om utvikling av kommuneøkonomien. Tiden er moden for å gå vekk fra konseptet med to likeverdige, men ikke like sykehus i Arendal og Kristiansand. Ett hovedsykehus for å sikre faglig solid tilbud til befolkningen.

Oslo Universitetssykehus (OUS) hevder høringsdokumentet er fyldig og velskrevet, og at metodikken brukt ved fremskrivning av aktivitet og kapasitet stemmer overens med metoder brukt i arbeid ved OUS. Påpeker at trenden ikke utelukkende er sentralisering, men at det også forventes desentralisering av oppgaver fra OUS til SSHF i årene frem mot 2030. Dette bl.a. grunnet IKT-systemer og nye måter å bruke telemedisin og interaktive e-Helseløsninger på som vil gjøre det mulig å redusere antall og varighet av de fysiske pasientfremmøtene ved OUS.

Universitetet i Agder (UiA) viser til gjensidige interesser og synergieffekter for landsdelens to største kunnskapsinstitusjoner. UiA støtter modell 3 med ett sykehus, og peker på at rekruttering av kompetent helsepersonell er helt sentralt. Fremtidig organisasjonsmodell bør øke SSHFs attraktivitet. Kriteriet faglig kvalitet bør tillegges størst vekt. UiA mener RHS-begrepet er uklart, og at det er risikabelt å regne med at det meste av økt etterspørsel skal håndteres av kommunene. Eldrebølgen medfører flere sammensatte helseutfordringer som krever samhandling. Økt spesialisering kan gå på bekostning av forebygging i kommunene. UiA vil legge til rette for kombinasjonsstillinger og videreutvikle forskningssamarbeidet. Nødvendig å utvikle medikamentfrie tilbud i PHV. Bygninger påvirker helsen, og nybygg er ikke alltid best. "Fokuserte pasientforløp" kan vanskeliggjøre brukernes medvirkning. Støtter økt samarbeid med kommunalt nivå på barn-/ungefeltet. Berømmer forslag om endringer innen PHV og rusbehandling. Foreslår stillinger med mastergrad i psykisk helsearbeid.

Agderbyen Eiendomsutvikling AS argumenterer grundig for behovet for en rask og fremtidsrettet beslutning om sykehusmodell og lokalisering. Mener underlagsmaterialet i utviklingsplanen og Menons (2014) rapport "Sykehusets fremtidige plassering på Sørlandet: Vurdering av arbeidsmarked,

næringsliv, by- og samfunnsutvikling” har vesentlige mangler, eksempelvis manglende diskusjon av; investeringer ved alternative lokaliseringer, negative fortetningseffekter ved bygging på Eg, infrastrukturinvesteringer, Kjerlingland som lokaliseringalternativ for modell 3B. Instansen argumenterer for modell 3B, med et samlet sykehus for Kristiansand og Arendal med et spisset, moderne medisinsk tilbud, og at SSF består som lokalsykehus/RHS. Argumenterer for hvorfor det er fornuftig å legge felles ”spisset” sykehus til Kjerlingland; svært god pasienttilgjengelighet, best plassert mht at ansatte i Arendal og Kristiansand kan bli boende, ligger på landsdelens viktigste kollektivakse – ikke nødvendig med nye transportinvesteringer, og at lokasjonen har arealer med utvidelsesmuligheter for fremtidig samlokalisering. Med grunnlag i Oxford Researchs rapport, som ligger som vedlegg til høringsuttalelsen, hevder Agderbyen Eiendomsutvikling AS at nytt sykehus på Kjerlingland fremstår like lønnsomt som alternativ 3A, og at det på sikt vil være mer lønnsomt.

Bente Urdal Vinje argumenterer for modell 2 med et hovedsykehus i Kristiansand. Ved SSA og SSF bør det være funksjoner av stort volum som ikke krever spesialkompetanse. Vil gi nærhet til behandling for store pasientgrupper. Ønsker rotasjonsordning for å sikre rekruttering, og mener modell 2 vil gi bedre ledelsesstruktur.

Prosjektleders kommentar til høringsuttalelser fra andre høringsinstanser

Anbefalingene i revidert prosjektrapport samsvarer i stor grad med høringsuttalelsen fra Fylkesmannen i Vest-Agder. Bortsett fra at Fylkesmannen i Aust-Agder mener at utviklingsplanen bør utsettes, er det i betydelig grad de samme argumenter som fremføres fra begge instansene. Disse argumentene som også er fremholdt av andre interne og eksterne høringsinstanser har vært grundig drøftet i prosjektet og har langt på vei vært utslagsgivende for anbefalingen om en driftsmodell med fortsatt tre sykehus, men med hovedsykehus i Kristiansand.

Det er i utviklingsplanen ikke tatt høyde for den desentralisering/overføring av oppgaver fra regionsykehus til SSHF som OUS beskriver. Dette er et forhold som må følges opp i det videre arbeid med utviklingsplanen.

UiAs uttrykte ønske om utvidet samarbeid og påpekning av en del spesielle forhold oppfattes positivt i SSHF og må følges opp i dialogen mellom partene i tiden fremover.

Et selskap med næringsinteresser i Lillesand argumenterer for en rask avgjørelse og bygging av et nytt sykehus i Lillesand. SSHF ser betydelige svakheter i de økonomiske vurderinger som instansen presenterer. Det anses urealistisk at SSHF kan starte bygging av et nytt sykehus før 2030. Prosjektet har dessuten redegjort for at en driftsmodell med bygging av et nytt sykehus på nytt sted ikke er økonomisk bærekraftig.