



Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Deres ref.
17/00188

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2017/1471

Dato
02.02.2017

Høring - sak 17/00188 De samlede akuttfunksjoner Sørlandet sykehus HF Flekkefjord

Prosjektgruppen ved Sørlandet sykehus HF har utarbeidet to forslag til hovedmodeller (A og B) for fremtidige tilbud til ortopediske/kirurgiske pasienter ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF). Modellene er som følger:

Modell A

SSF skal ha akuttfunksjon i indremedisin, fødetilbud med beredskap for keisersnitt, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi og ø-hjelp dagtid beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Det kan skje ved å bruke ressurser i SSHF som helhet. Turnuslege vurderer og konfererer med SSK på alle kirurgiske ø-hjelps pasienter. Kirurgiske pasienter innlegges SSF, SSK eller SUS. Ingen tilgjengelig kirurg på vakt. Turnuslege ivaretar skadepoliklinikken i samarbeid med ortoped i hjemnevakt (man - fred kl. 16 -20).

Under modell A er det skissert tre muligheter i forhold til øyeblikkelig hjelp innleggelser ved SSF.

- A – 1: Alle ø-hjelps pasienter henvises direkte til SSK døgnet rundt (24/7)
- A – 2: Alle ø-hjelps pasienter henvises videre til SSK etter kl. 16 hverdager samt hele helgen
- A – 3: Turnuslege tar i mot og vurderer kirurgiske og ortopediske ø-hjelps pasienter som innlegges etter kl. 16. Det skal konfereres med SSK og utnytte ressurser i helseforetaket som helhet. Videre håndtering avhenger av pasientenes diagnose, og ved behov for operasjon innlegges pasienten SSF, SSK eller SUS

For pasienter henvist til øyeblikkelig hjelp poliklinikk skisseres under modell A to alternativer.

1. Turnuslege ivaretar skadepoliklinikk i samarbeid med ortoped på SSF kl. 08 -16. Etter kl. 16 og i helgene konfererer turnuslegen med ortoped på SSK

2. Turnuslege ivaretar skadepoliklinikk i samarbeid med ortoped på SSF og ressurser i helseforetaket som helhet kl. 08 - 08 på hverdager. I helgene konfererer turnuslegen med ortoped på SSK, evt. overføres pasienten til SSK/SUS

Modell B

SSF skal ha akuttfunksjon i indremedisin, fødetilbud med beredskap for keisersnitt, anestesilege i døgnavt og akuttkirurgi.

Dagens vaktordning for kirurgi videreføres. Nåværende ortopeder går ut av vakt og erstattes av flere kirurger. Nåværende 6-delt vakt omgjøres til 4-delt vakt. Etablering av vaktordning for ortopedi frem til kl. 20. Kirurg på vakt ivaretar ortopediske pasienter fra kl. 20 - 08.

Helseforetaket har bedt om kommentarer på følgende:

1. Sørlandet sykehus skal tilby best mulig kvalitet på tilbudet til befolkningen i Lister. Hvordan kan de to modellene ivareta dette best mulig?
2. Det er ønskelig å utvikle samarbeidet mellom SSHF og kommunene i Lister. Hvordan kan kommunene bidra inn i modellene og hvordan kan samarbeidet med å utrede et tettere samarbeid mellom legevakt, akuttmottak og skadepoliklinikk gjøres?

Til punkt 2 er kommunene de fremste til å besvare spørsmålet. En utredning om befolkningens fremtidige behov, ved innleggelse eller polikliniske /ambulant, sett i lys av befolkningssammensetningen, vil kunne gi noen svar. Dette må imidlertid være en mer åpen prosess, uten gitt utfall. På denne måten vil kommunen, og befolkningen kunne si noe om hva de mener er viktig å ha nærhet til, samtidig som aktørene må vurdere hvordan dette kan løses på en faglig forsvarlig måte. Nye spesialiteter, som for eksempel i akuttmedisin, og nye kompetansekrav til allmennleger, kan åpne for nye muligheter.

Til punkt 1, valg av modell, har vi følgende kommentarer:

Fylkesmannens intensjon er å få finne løsninger som gir et bærekraftig lokalsykehus for Listerregionen. Dette må være et sykehus som kan møte framtidens behov for spesialiserte helsetjenester og som samtidig bidrar til forutsigbarhet og stabilitet innad i sykehuset. Det vil også være et mål å utvikle SSF til å kunne ha et større tilfang av pasienter fra nærområdene enn sykehuset har i dag.

Med dette som utgangspunkt mener vi at modell A, med undergruppe A – 2 er den beste av de to foreslåtte modellene. Vår vurdering bygger på at det per i dag er et lavt antall innleggelser av kirurgiske ø-hjelps pasienter etter kl. 16 hverdager og i helgene. Opprettholdelse av et vaktteam av generelle kirurger til et lite antall pasienter som trenger ø-hjelps kirurgi, synes lite realistisk og vil sannsynligvis ikke kunne vare i framtiden. Det kan forventes at sub-spesialiseringen innen kirurgifaget ytterligere vil øke og at spesialiteten generell kirurgi vil bli utdatert. Å binde en stor del av kirurgenes arbeidstid med lite produktivt vaktarbeid synes fra vårt ståsted, ikke å være til befolkningens beste. I tillegg vil rekrutteringen kunne bli vanskelig, bemanningen uforutsigbar, og det faglige nivået bli utfordrende å opprettholde.

Etter Fylkesmannens vurdering vil det ikke være i tråd med forsvarlighetskravet at turnusleger tar i mot kirurgiske ø-hjelps pasienter med tanke på innleggelse uten å ha kirurgisk bakvakt tilgjengelig. Følgelig vil en konsekvens av modell A være at disse pasientene må henvises direkte til SSK og SUS etter kl. 16 hverdager og i helgene. Vurderingen av om pasienten trenger operasjon eller ikke, er ikke en oppgave turnuslegen har kompetanse til å klare alene og en telefonkonsultasjon i denne forbindelse vil i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig. Vi viser til ROS-analysen hvor de største risikoområdene ved modell A er feilvurdering av turnuslege i vakt, og for stort ansvar for turnusleger. Henvendelser til akuttpoliklinikken vil etter vår vurdering kunne håndteres av turnuslege hele døgnet i samarbeid med ortoped og for øvrig ved konferering med SSK/SUS helg og ellers ved behov jf. punkt 2 under modell A.

Traumemottaket ved SSF er i oversendte rapport koblet til opprettholdelsen av akuttkirurgien ved sykehuset. Risikoen ved manglende traumemottak er i ROS-analysen beskrevet som lang transporttid til akuttmottak med begrenset kompetanse i ambulansen. Dette mener vi det er mulig å kompensere for ved å øke kompetansen for ambulansetjenesten, som f. eks. ved å ha lege med i ambulansen, jf. også konklusjonen i doktorgradsarbeidet til spesialist i allmenntilleggsmedisin Sverre Rørtveit fra september 2016.

I henhold til Kunnskapscenterets tall for 30 dagers overlevelse ved hoftebrudd (2015) ligger SSF lavere enn landsgjennomsnittet, og lavere enn både SSA og SSK. Vi mener det er grunn for helseforetaket til å se på dette i denne sammenhengen. Kan det relateres til antall ortopeder? Ventetid for inngrepet? Den generelle ortopedkompetansen på avdeling for kirurgiske fag ved sykehuset i dag? Alderssammensetning? Komorbiditet eller andre forhold?

I følge statistikken er antall ortopediske henvendelser/innleggelser høyere enn de kirurgiske henvendelsene, og økningen av antall eldre i samfunnet tilsier at denne forskjellen vil øke. Dette betyr at behovet for ortopedisk kompetanse ved sykehuset sannsynligvis vil bli større med årene. Vi mener at regionen vil profilere på at det utvikles spesialområder ved sykehuset og at befolkningen vil få et generelt bedre helsetilbud ved denne tilnærmingen enn ved ensidig å bevare akuttfunksjonen.

Endring av akuttfunksjonen etter modell A innebærer samtidig en styrking av ortopedien og større mulighet for elektiv kirurgi noe som vil gi forflytning av pasienter til regionen, ikke bare fra Lister.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen (e.f.)
fylkeslege

Aud H. Garmann Askevold
ass. fylkeslege

Brevet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.
Saksbehandler: Aud Henriette Garmann Askevold, tlf: 38 17 61 76