

## Notat

**Til**  
Adm. dir. Jan Roger Olsen

**Kopi til**

### Høringsinnspill fra klinikk somatikk Arendal vedr. akutfunksjoner i Flekkefjord

Følgende er en oppsummering av tilbakemeldinger fra klinikk somatikk Arendal.

#### Ad modell A:

Turnusleger tar imot etter kl 16 og i helg: her legges det et betydelig ansvar på turnuslege. Tilsyn av pasienter som er operert av kirurger på dagtid må ivaretas av turnuslege på vakttid. Det blir et spørsmål om tilgang til spesialister er tilstrekkelig for at dette skal være forsvarlig og at det oppleves trygt for vakthavende turnuslege.

Når det gjelder skadepoliklinikk, synes det fornuftig i et pasientperspektiv at flest mulig avklares lokalt, for å unngå unødige transporter.

Kirurger til stede på dagtid; ingen vaktfunksjoner: dette vil utfordre fordeling av aktivitet i SSHF (se senere) og kan nok forsterke utfordring knyttet til å rekruttere til faget.

#### Ad modell B:

Modell B er ordning som ivaretar turnuslegen på en bedre måte ved at det er kirurger tilgjengelig. Selv om ortopedene er foreslått tatt ut av vakt, ivaretar dagens kirurger også dette feltet pr d.d. Når det gjelder økonomi, er dette omtalt senere.

En 4-delt kirurgisk vaktordning for gen.kirurgi 24/7 og ortopedi frem til kl 20.00 (modell B), vil så vidt vi kan se forde at generelle kirurger må kunne utføre ortopediske inngrep og motsatt. Det foreligger lister over inngrep som kan utføres akutt ved SSF i dag, så da går vi ut fra at det er slik det fungerer nå (B1). Avstandene fra SSF til nærmeste sykehus er lang, med til dels dårlige veier og skiftende flyforhold. Det å ikke ha kirurg i beredskap ved SSF, vil kunne medføre økt risiko i enkelte tilfelle. Til syvende og sist må man vurdere utgiftene til en vaktordning opp mot risiko ved ikke å ha denne. Om man i fremtiden klarer å rekruttere kirurger med slike allsidige ferdigheter er imidlertid ikke gitt.

Det er få akutte innleggelser i Flekkefjord. Dersom det skal skje en overflytting av akuttinnleggelser/-operasjoner vil dette i hovedsak skje til SSK. Selv om antallet fra SSF er lite, er allerede presset på ø.hjelp operasjoner ved SSK stort, og det vil i en slik modell være naturlig å tenke seg en forskyvning av mer ø.hjelp fra SSK til SSA. SSA vil ha kapasitet til å ta imot et økt volum ø.hjelp innen kirurgi og ortopedi.

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

**Besøksadresse**  
Sykehusveien 1  
Sykehusveien 1

**Telefon**  
03738

**Bankkonto**  
1503.27.07383

**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

## Om traumemottak og vurderingskompetanse

Traumemottak gjelder i praksis kun modell B. Hvorvidt «bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig» å opprettholde traumemottak samt akuttkirurgisk beredskap i Flekkefjord er vanskelig å vurdere fra vårt ståsted. En videreføring av traumemottak ved SSF vil kreve at kurs- og treningsaktivitet opprettholdes i tråd med nasjonal veileder, men bør også inkludere hospitering, simuleringstrening samt utnyttelse av moderne kommunikasjonsmidler, slik prosjektrapporten beskriver.

## En bærekraftig utvikling

Valget om videreføring av SSHF med tre sykehus, er utfordrende på flere områder med hensyn til «bærekraftig utvikling»: beredskap, kvalitet, rekruttering, aktivitet og økonomi.

### Kvalitet

- Det er viktig å ha et samarbeid innad i SSHF som sikrer at alle som skal levere helsetjenester har den samme grunnleggende kompetansen og kan levere «samme tjeneste med samme kvalitet for samme lidelse», uavhengig av lokasjon. Det må etableres ferdighetskrav til vaktgående kirurger, og sikres at alle har nødvendig kompetanse.
- Volumkrav: Det er viktig å sikre at operasjonsmetoder som krever volum for å opprettholde kompetanse, samles i foretaket.
- Dersom man mener at SSHF skal sees på som ett sykehus "i et Agderperspektiv", må det også gjelde for pasientenes rett til valg av behandlingssted.

### Rekruttering

- Mulige utfordringer knyttet til å rekruttere fagpersonell med kompetanse både innen kirurgi og ortopedi er allerede nevnt.

### Aktivitet:

- Overføring av pasienter mellom sykehusene for å utnytte ledig kapasitet må være en forutsetning for valgt modell med tre sykehus i SSHF. Sykehusledelsen bør i større grad enn i dag bruke sin styringsrett for å få dette til i praksis. Samtidig er tilgangen på pasienter innen flere fagfelt for liten i forhold til den samlede kapasiteten, og omfordeling må skje i en helhetlig sammenheng, slik intensjonen er i det pågående «Kirurgiprojektet» i foretaket.
- Driften i Flekkefjord pr d.d. har et svært høyt aktivitetsnivå. Når aktivitet fra SUS ikke medregnes, er det bekymringsfullt at forbruket av sykehustjenester i befolkningen er såpass høyt. Vi ser noe av den samme utfordringen i forbruk av enkelte sykehustjenester i kommuner i nærmeste opptaksområde for SSA, men ser at SSF ligger på et prosentvis enda høyere nivå. Målsettingen som er anført om å «gi pasientene mer enn de forventer» kan muligens også slå inn på forbruksmønsteret.
- Det sies i rapporten at «det ikke skapes noen merinntekter dersom det flyttes pasientvolumer til Flekkefjord fra de andre lokasjonene.» Flytting av aktivitet vil imidlertid påvirke produktivitet ved de øvrige lokasjonene. Dersom aktivitet flyttes fra SSA, vil det ikke være mulig å ta ned legeressurser, ettersom det kun er 6 LIS i forvakt samt 6 overleger/kst. LIS i bakvakt inne ortopedi. Innen kirurgi er det kun 3-4 gastrokirurger som deler vakt med 3 urologer. Begge ordninger er vaktstrukturer som allerede er svært belastende. Øvrige ressurser vil muligens kunne justeres noe, uten at dette er gjennomgått nøyer, men det er ikke mulig å balansere inntektstapet mot tilhørende ressursnedtak.

- Det er et mål å få en optimal kapasitetsutnyttelse i hele SSHF. For Arendal sin del har vi løpende gjennomgang av pasienttilgang og bruk av ressurser (operasjonsstuer, personell, senge- og intensiv-/postoperative poster). Ventelister og planleggingshorisont tilsier at en forflytning av pasienter fra SSA vil skape store problemer med å videreføre god kapasitetsutnyttelse internt. Operasjonsavdelingen har allerede redusert stuer for ortopedi med en stue for heldøgns pasienter og en stue for dagkirurgiske pasienter høsten 2016, med bakgrunn i reduksjon i ventelister. For å opprettholde vaktberedskap på gastrokirurgi, er det viktig å ivareta volumet på dagtid for å sikre utnyttelse av de tilstedeværende kirurgene.

#### *Økonomi:*

- Samlede kostnader ved modell A er ikke beregnet i rapporten, men forventes å gi en merkostnad knyttet til støttepersonell. Inntektene er beskrevet som en «nullsum» på foretaksnivå, men vil redusere produktivitet for SSA hvis det flyttes aktivitet ut herfra, ettersom det ikke er mulig å ta ut legerressurser. De økonomiske utfordringene ved SSA er betydelige.
- Samlede kostnader ved modell B er heller ikke angitt, men det blir en økning i lønnskostnader til leger. Modell B gir også økt kapasitet, og en forflytning av pasienter fra hhv SSK og SSA for å utnytte kapasiteten, vil gi betydelige økonomiske utfordringer. Vi ser ved SSA at det er vanskelig å balansere nedtak i bemanning mot inntektstapet i aktivitet som evt. foreslås flyttet.

### **Om det kirurgiske tilbudet i Flekkefjord**

En enhet for plastikkirurgi for hele SSHF er under etablering ved SSA. Det registreres at det utføres et stort antall plastikkirurgiske inngrep i Flekkefjord. Det bør etableres et faglig samarbeid mot plastikkirurgisk enhet ved SSA når denne er etablert for å ivareta kompetanse og fagutvikling, for eksempel gjennom hospitering fra Flekkefjord til Arendal.

### **Generelt**

SSA har i dag et godt samarbeid med SSF på flere områder, spesielt innen medisin, og ønsker å videreføre og videreutvikle dette, uavhengig av framtidig status og innhold for sykehuset i Flekkefjord.

03.02.2017

Berit Grønning Nielsen  
Klinikkdirektør somatikk Arendal