

Høringsinnspill: De samlede akuttfunksjoner Sørlandet sykehus Flekkefjord.

Som kommuneoverlege i Flekkefjord som er vertskommune for legevakten, og som faglig leder av Flekkefjord interkommunale legevakt, ønsker vi å komme med innspill i høringsrunden for "de samlede akuttfunksjoner Sørlandet sykehus Flekkefjord".

I høringsbrevet formuleres det to spørsmål som ønskes kommentert:

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.

Flekkefjord interkommunale legevakt.

Legevakten er en interkommunal legevakt med Flekkefjord som vertskommune. Legevakten besørger behovet for legeberedskap i kommunene Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Flekkefjord og det meste av Lund, samt deler av Sokndal. Legevakten er lokalisert ved akuttmottaket ved Sørlandet sykehus Flekkefjord hvor kommunen leier lokaler av sykehuset. Personalet (bortsett fra legene) ved legevakten er ansatt ved sykehusets akuttmottak og leies inn av kommunen for å besørge behovet for personale ved legevakten. Legene som arbeider ved legevakten er dels selvstendig næringsdrivende og dels lønnet av Flekkefjord kommune. Legevakten er åpen kl. 1600-0800 hverdager og hele døgnet helger og helligdager. I vanlig arbeidstid er legevaktfunksjonen lokalisert til legekantorene i de enkelte kommunene. Legevakten dekker en befolkning på nær 30 000.

Til spørsmål 1:

De fleste pasientene som behandles ved legevakten har ikke behov for sykehusets tilbud, hverken i form av innleggelse eller poliklinisk behandling. Av og til er det likevel nødvendig å henvise til andrelinjetjenesten. En svært viktig del av legens arbeid ved legevakten er å gjøre en vurdering av alvorlighet i hvert enkelt tilfelle og å finne det rette omsorgsnivået for pasientene. Dersom pasientene trenger akutt helsetilbud utover det legevakten kan tilby så vil det være av avgjørende betydning at innleggende lege har gjort en god vurdering av hva slags helsetilbud som er nødvendig slik at pasientene kommer direkte til rett behandlingsnivå. Likevel er det ikke slik at alle pasienter blir helt avklart på legevakten og videre avklaring er nødvendig i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig faglig dybde- og breddekompetanse i akuttmottaket kan da være helt avgjørende i kritiske situasjoner.

Modell A vil svekke muligheten for en helhetlig vurdering av pasientens helsetilstand, med fare for at pasienten blir innlagt på feil avdeling og får forsinket riktig diagnostikk og behandling.

Modell A i høringspapirene legger opp til at akutt-kirurgiske pasienter skal tas imot ved SSF uten at det er kirurg tilstede. Dette vil fortone seg svært merkelig for oss på legevakten som skal henvise pasienter med akutte kirurgiske problemstillinger. Hvis legevaktslege mener, etter en faglig vurdering, at det er nødvendig med akutt kirurgisk tilsyn vil det være lite å vinne på å henvise til et sykehus uten kirurg. Det vil tvert imot kunne utgjøre en stor risiko for pasientene. Det vil også innebære et svært stort ansvar for både innleggende lege og turnuslege på vakt i sykehuset. Som

faglig leder ved legevakten vil det være problematisk å anbefale kollegene på legevakten å benytte et slikt tilbud. Det vil være bedre å legge pasientene inn direkte i sykehus med kirurgisk kompetanse som i så fall vil være SUS eller SSK.

Slik modell A skisseres i høringsdokumentene vil modellen i mange tilfeller være et uaktuelt tilbud for legevakten å benytte.

Det må undersøkes om en slik modell vil rettferdiggjøre å opprettholde sykehusets utdanningsstatus for turnuslegene.

Modellen går helt på tvers av anbefalinger om å styrke kompetanse i front i alle ledd i den akuttmedisinske kjede med økte krav til kompetanse hos legevaktsleger, krav til bakvakt tilstede i akuttmottaket og ny spesialitet i mottaksmedisin. Modellen innebærer også nedleggelse av traumemottak. I tilfeller hvor lege i legevakt rykker ut til traumepasienter på skadested vil det ta mye ressurser hvis lege må følge i ambulanse helt til Kristiansand for traumemottak av pasientene. Det må vurderes om beredskapen/bemanningen i legevakt er god nok til å håndtere slike traumesituasjoner hvis traumemottak flyttes. Den akuttmedisinske kjede vil svekkes dersom avstanden mellom behandlingsnivåene øker og kompetanseoverføring i tett samarbeid mellom nivåene forsvinner.

Hvis akuttpoliklinikken skal betjenes av turnuslege vil det bety en alvorlig svekkelse av det faglige nivået ved poliklinikken. Det vil medføre økt behov for transport av pasienter til SSK og SUS. Legevakten har med dagens arbeidsmengde og kompetanse ikke mulighet til å overta de pasientene som behandles ved poliklinikken. Hvis det er tanken at legevakten skal ta mer av poliklinikkens arbeid så vil det kreve en betydelig kompetanseheving, økt bemanning med flere leger på vakt og det må også etableres en ordning for kontrollopplegg, noe som kan medføre at legevakten må åpnes også på dagtid. Eventuell overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til legevakten må utredes nærmere i forhold til hva som vil være faglig begrunnet at legevakten kan utføre av oppgaver, og ikke være begrunnet i en konsekvens av endringer i sykehusets tilbud. Flere av oppgavene vil fortsatt kreve spesialistkompetanse og må ivaretas av spesialisthelsetjenesten.

Modell B legger opp til at vaktberedskap i kirurgi beholdes og at ortopediske pasienter vurderes av kirurg etter kl. 20. Mange av pasientene som henvises fra legevakten har ortopediske problemstillinger. Ofte er problemstillingene av en slik art at vi vil anta at behandling kan ivaretas av kirurg. Man må i en slik modell forvente samarbeid med kirurger og ortopeder i hele SSHF for å sikre adekvat behandling ved alle sykehus. Modell B vil også gi mulighet for å beholde opparbeidet traumekompetanse og dette er en betryggelse for legevakten hvor lege i vakt på skadested har kortere vei med pasientene til traumemottak i de tilfeller det er nødvendig å følge pasienten for eksempel i ambulanse til traumemottak.

Til spørsmål 2:

Legevakten og akuttmottaket samt skadepoliklinikk ved SSF er samlokalisert og har felles personalressurser. Dette legger til rette for et nært samarbeid mellom legevakt/kommuner og sykehuset. Det er regelmessige (ukentlige) møter mellom ledere av legevakt og akuttmottak og samarbeidet oppleves å fungere svært bra. Samarbeidet har pågått i mange år og vi har slik sett i lang tid vært foran samhandlingsreformen som legger opp til mer forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Samarbeidet ønskes videreført av begge parter.

Nesten alle pasientene som har behov for behandling ved sykehusets poliklinikk er først vurdert og utredet ved legevakten med undersøkelse, prøver og evt. radiologi slik at lidelser/skader som ikke har behov for behandling på sykehuset blir ferdigbehandlet på legevakten. Viser utredning at behandling hos spesialist er nødvendig henvises pasientene videre og da er utredning klar fra legevakten slik at det er lettvis for poliklinikken å ta saken videre. Samlokaliseringen gjør det også mulig å sile pasienter "i luken" slik at de som åpenbart har behov for behandling ved sykehusets poliklinikk kan sluses direkte dit og ikke trenger å gå innom legevakten for vurdering først.

Samarbeidet med radiologisk avdeling er formalisert ved at legevakten får benytte radiologisk avdelings utstyr og vurderer bildene selv. Radiolog og spesialister vil vurdere bildene neste virkedag og gir tilbakemelding til legevakten med beskrivelser slik at vi kan sikre kvaliteten av våre egne vurderinger på legevakten.

Samarbeid med leger i avdelingene er ikke formalisert, men samlokaliseringen gjør at vi rett som det er treffer hverandre i korridorene for uformelt samarbeid om de enkelte pasientene. Hvis samarbeidet ønskes utvidet vil det fra legevaktens side ikke være noe til hinder for det, for eksempel ved at lokale ledere ved avdelingene og legevakt organiserer møtepunkter for utvikling av felles rutiner, prosedyrer, fordeling av ansvar o.s.v. Vi vil likevel understreke at det samarbeidet som oppleves mest nyttig i daglig drift er det uformelle samarbeidet lege til lege angående de enkelte pasientene. Formalisert samarbeid på høye nivåer kan fort oppleves lite relevant til daglig og resultere i mye papirarbeid og administrasjon.

Akkurat nå er vi i startgropen til et samarbeid mellom sykehus, legevakt og ambulansetjeneste med tanke på å utvikle godkjent obligatorisk kurs i akuttmedisin for personale på legevakten. Dette kurset er en obligatorisk del av videreutdanning for å beholde spesialitet i allmenntidmedisin og også etter den nye akuttmedisinforskriften obligatorisk for alle som arbeider ved legevakten.

Oppsummering:

Slik vi forstår det er innstillingen av en slik art at framtidig drift ved SSF vil basere seg på enten modell A, eller B. I så fall er vår klare mening at modell B gir et mye bedre tilbud til befolkningen i distriktet. Det synes også helt klart for oss at modell B legger best til rette for et utvidet og enda tettere samarbeid mellom legevakt/kommuner og helseforetaket. Modell A hvor man legger opp til mottak av kirurgiske akutt pasienter uten kirurgisk kompetanse tilstede er etter vår mening uforsvarlig. Modell A vil i praksis innebære en nedleggelse av akutt kirurgisk tilbud og traumemottak ved SSF.

Vi takker for at dere vil ta imot innspillene og ser fram til et videre samarbeid i framtiden.

Marianne Omland

Kommuneoverlege Flekkefjord kommune

Vidar Andersen

Faglig leder av Flekkefjord interkommunale legevakt og KØH.