

HØRINGSUTTALELSE: DE SAMLEDE AKUTTFUNKSJONER SSF

“ De små sykehusene er ikke problemet, men en del av løsningen

HELSE- OG OMSORGSMINISTER BENT HØIE (H)

“ Det er viktig å opprettholde en ryggrad av små sykehus i hele landet, med gode akutttilbud.

HELSEMINISTER BENT HØIE

Listerregionen v. kommunene Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Kvinesdal, Sirdal og Hægebostad sender felles høringsuttalelse til rapporten *De samlede akuttfunksjoner i Sørlandet sykehus Flekkefjord*.

SSHF ønsker 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.

Listerkommunene velger i tillegg å komme med noen generelle kommentarer til høringen og rapporten.

Innledningsvis ønsker kommunene å vise til Nasjonal helse og sykehusplan, hvor det er definert følgende typer sykehus: Regionssykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus samt sykehus uten akuttfunksjoner.

Listerregionen henviser til uttalelse fra Helse- og omsorgsminister Bent Høie, som i brev til Flekkefjord kommune v. ordfører datert 21.12.16 skriver: «I Sørlandet sykehus vil sykehusene i Kristiansand og Arendal være store akutt sykehus med et bredt akutttilbud. Flekkefjord sykehus er et akutt sykehus som minst skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Når det gjelder beredskap for kirurgisk vurdering presiserte foretaksrådet at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet».

Bent Høie og Trine Skei Grande uttalte også i en kronikk i Agder Flekkefjords Tidende 1. Juni 2016 blant annet at alle enhetene i Sørlandet sykehus må samarbeide om et helhetlig tilbud som gir nok aktivitet til alle sykehusene og en trygghet for befolkningen.

Sørlandet sykehus skal tilby best mulig kvalitet på tilbudet til befolkningen i Lister, hvordan kan de to modellene ivareta dette best mulig.

Det beskrives i rapporten at prosjektgruppen er delt i synet på om en bør anbefale modell A eller B. Listerregionen har også hatt representanter inn i denne prosjektgruppen. Kommunene mener at det i rapporten tydelig bør fremkomme at det var prosjektgruppens klare mindretall, det vil si 2 stk, som fremmet og anbefalte modell A. De resterende 11 deltakerne i gruppen anbefaler modell B. En fremstilling hvor gruppen kun fremstilles som «delt» oppfattes som misvisende.

Modell A

Modell A skisserer en løsning som i stor grad baseres på bruk av turnusleger i front. Modellen beskriver at man skal benytte seg av «helseforetaket i sin helhet» ved at turnuslege ved behov kan konferere med SSK etter kl. 16 og i helger, da det på disse tidspunkt hverken vil være kirurg eller ortoped til stede ved SSF. Det angis ulike alternative klokkeslett for når tid pasienter skal sendes til SSF eller til SSK.

Listerkommunene kan ikke se at et alternativ hvor en turnuslege er alene på vakt, og hvor spesialist i bakvakt ikke har anledning til å møte fysisk på stedet ved behov for assistanse, er et tilfredsstillende akutt-tilbud til Listers befolkning. **Vi mener denne organiseringen er i strid med Stortingets presisering om at akutt sykehus skal ha beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser.**

Vi kan heller ikke se at denne modellen tilfredstiller krav skissert i Nasjonal Helse- og sykehusplan kap. 10.6 *Ny spesialitet for leger innrettet mot sykehusenes akutt mottak* hvor det beskrives et ønske fra regjeringen om å innføre kompetansekrav i akutt mottakene. En slik spesialitet for leger skal kunne benyttes ved alle akutt mottak uavhengig av sykehusets størrelse og beliggenhet. **Dette kravet om kompetanse ivaretas ikke ved at kun turnuslege har mulighet til å være fysisk til stede hos pasienten.**

Listerregionen er kritisk til hvordan SSHF har utredet mulighetene for å benytte «helseforetaket i sin helhet» på. Som beskrevet i Nasjonal Helse- og sykehusplan kap. 5.6 så bør hver enkelt sykehusenhet være en del av et nettverk som samarbeider om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordninger. Dette bør åpne opp for helt andre muligheter enn det som er skissert som forslag i Modell A, hvor samarbeidet begrenses til at turnuskandidat kan konferere med spesialist pr. telefon evt. videooverføring. Kommunene oppfordrer SSHF til å tenke nytt i forhold til f.eks. spesialister i roteringsordninger og bruk av ambulerende team.

Listerkommunene mener det vil være uforsvarlig av styret ved Sørlandet sykehus å anbefale modell A da det av ROS analysen (kap. 2.2.1.) fremgår at denne modellen har mange aspekter som er vurdert til å gi *høy* og *kritisk* risiko. Dette gjelder da særlig *Lang transporttid, Feilvurdering av turnuslege og For stort ansvar for turnusleger*, hvor 15 av 18 deltakere som har utarbeidet analysen angir risikoen som *høy* eller *kritisk*. I tillegg har 12 av 18 angitt risiko som *høy* eller *kritisk* når det gjelder *Tilfredsstillelse av krav i Nasjonal Helse- og sykehusplan*.

På bakgrunn av Stortingets presisering beskrevet innledningsvis i høringsuttalelsen og de forhold som fremgår av risiko- og sårbarhetsanalysen som er utarbeidet for modell A mener kommunene i Lister at denne modellen er uaktuell som løsning for SSF.

Modell B:

Rapporten beskriver i kap. 7.4.7 at modell B ble valgt for å opprettholde mest mulig av dagens tilbud med en bemanning som de fleste i gruppen mener kan være bærekraftig. Det er kun modell B som gir mulighet for traumemottak.

Kommunene går ut fra at prosjektgruppen har forholdt seg til de premisser som foreligger i mandatet (rapportens kap. 3.2) hvor det overordnede målet er at «*Pasienten skal oppleve et likt tilbud med samme kvalitet for samme type lidelse, pasienten skal ikke oppleve forskjellig ventetid på samme prosedyrer, foretaket skal redusere variasjon av forbruk på helsetjenestene, det skal gi god ressursutnyttelse og understøtte faglig samarbeid på tvers av lokasjonene*». Kommunene påpeker derfor at Modell B etter vår forståelse ikke er valgt for å opprettholde mest mulig av dagens tilbud, men fordi at denne modellen etter prosjektgruppens store flertalls mening er den beste modellen som kan ivareta befolkningens behov for akuttmedisinske tjenester. Av dette følger også at traumemottak opprettholdes.

Klinikk for somatikk Flekkefjord skriver i rapporten at de har et høyt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, og det er ved SSF et bevisst og proaktivt Kvalitetsråd som har fokus på god og

strukturert gjennomgang av de avvik som meldes. SSF scorer høyt når det gjelder arbeid med kvalitets- og styringsindikatorer som etterspørres fra adm.dir. på månedlig basis. SSF har også flere ganger blitt kåret blant de sykehusene i Norge med høyest pasienttilfredshet, og scorer høyest på dette også internt mellom sykehusene i SSHF. I tillegg har også ansatte selv scoret pasientsikkerhet høyt i medarbeiderundersøkelsen fra 2016.

Det uttrykkes i rapporten bekymring rundt inngrep som foregår sjeldent, og det beskrives at noen av gruppemedlemmene stiller spørsmål ved om det er god nok kvalitet grunnet relativt lavt volum. Listerregionen er kjent med at dette dreier seg om et sterkt mindretall i gruppen (2 av 13 stk), dette bør fremkomme av rapporten.

Kommunene i Listerregionen har på bakgrunn av de opplysninger som fremkommer når det gjelder kvalitet knyttet til både nåværende aktivitet, arbeid som gjøres for å sikre fremtidig kvalitet og en bevissthet knyttet til avvikshåndtering ved SSF tiltro til at ledelsen ved sykehuset sikrer en drift som kan ivareta dagens nivå for traume- og akuttkirurgisk beredskap på en god måte. Dette understøttes ved at det også i rapporten beskrives at SSF følger opp og oppfyller kompetansekrav i forhold til nasjonal traumeveileder i dag.

Det er et tydelig ledelsesansvar, på lik linje med økonomistyring, å ivareta krav om kompetanse og kvalitet. Dette innebærer at SSF ved behov selv rapporterer hvis det oppstår områder der en ser at kompetansenivået blir for lavt pga for lite mengdetrening. Men det innebærer også at helseforetaket gir sykehuset i Flekkefjord tilgang til nødvendige ressurser og kompetanse som gir muligheter for positiv utvikling.

Modell X

Listerregionen registrerer at det i rapporten også presenteres en «Modell X». Denne modellen er ikke utarbeidet av prosjektgruppen, og det har heller ikke blitt gjennomført en ROS analyse av modellen. Listerregionen finner det derfor unaturlig at denne modellen nevnes i rapporten.

Andre kommentarer knyttet til modellene

Både modell A og modell B fører til økt legekapasitet ved SSF og det er legekostnadene som oppgis som den definitivt største økonomiske driveren i de ulike modellene. Modell A beskrives til å føre til en økt kapasitet på nær 20 %, og modell B til nær 40%. SSHF beskriver de økonomiske konsekvenser av dette og påpeker at det ikke skapes noen merinntekter dersom det flyttes pasientvolumer til Flekkefjord fra de andre lokasjonene.

Listerkommunene bemerker i denne forbindelse at det er få kommentarer i rapporten som beskriver hvilke fordeler og muligheter en dreining av enkelte pasientgrupper til SSF kan gi. Det er ikke en ønskelig situasjon at endret drift ved SSF fører til nedtak av ressurser ved SSA eller SSK, men kommunene mener at det er en altfor passiv tilnæringsmåte å konkludere med et slikt gitt resultat uten å hatt en grundigere prosess knyttet til dette. Ved å dreie pasientgrupper til SSF vil en kunne sikre et tilstrekkelig pasientvolum innen enkelte områder, og det er også mulig at dette kan frigjøre kapasitet ved de andre lokasjonene slik at disse kan rette sin drift inn mot andre prioriterte pasientgrupper.

En slik løsning vil også være i tråd med presiseringer gjort i Foretaksmøte i Helse Sør-øst RHF (04.05.16) i forbindelse med oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det blant annet skrives at «*Det skal starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttsykehusene der det ligger til rette for dette for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene*».

SSF er definert som et akuttsykehus, og man bør ikke argumentere med at SSF har for lite pasientvolum før en har forsøkt ulike løsninger som kan sikre at tilfredsstillende volum oppnås. **En tilnærming hvor en åpner opp for å se på en dreining av pasientvolum mot SSF vil også være i tråd med det samme foretaksmøtets presisering om at ressurser i helseforetaket bør utnyttes som en helhet.**

Det beskrives flere steder i rapporten at SSF skal betjene Listerbefolkningens behov, og at de skisserte driftsløsninger begge overskrider nødvendig kapasitet for innbyggerne i Lister. Kommunene i Lister presiserer at SSF er en del av SSHF. Behandlingstilbud til Agders befolkning må ses på som noe som skal løses mellom de tre lokasjoner i et samarbeid, det kan ikke være slik at SSF kun skal betjene Listerregionen og så skal SSA og SSK betjene hele Agder. Dette presiseres også i Nasjonal Helse- og Sykehusplan kap. 5.6, *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus*. Her skrives det at regjeringen vil arbeide for at flere oppgaver desentraliseres til mindre sykehus, når tjenesten kan leveres med god kvalitet.

De ulike sykehusenes kapasitet og kompetanse må utnyttes på tvers i helseforetaket, og det må forventes at hele Agders befolkning har samme mulighet for geografisk forflytning. Utgifter knyttet til pasientreiser og de samfunnsmessige konsekvenser knyttet til det å måtte reise til et sykehus for undersøkelse / behandling er de samme uansett hvilken vei man må reise.

Kommunene i Lister mener at det fremlagte økonomiske grunnlaget i rapporten er svært mangelfullt. Det har ikke blitt gjort økonomiske beregninger på de to fremlagte driftsmodellene som viser det komplette bildet for de totale kostnader hverken for SSF isolert eller for alle de tre sykehusene i SSHF. En økonomisk beregning som kun viser utgifter knyttet til bemanning av leger og de ulike vaktplanene i modellene er ikke tilfredsstillende og det finnes svært mange andre variabler som må vurderes – herunder transportutgifter, gevinster ved å utnytte ledig kapasitet og kostnader for pasienter og pårørende.

Nasjonal Helse og sykehusplan presiserer at forhold knyttet til bosettingsmønster, avstander og værforhold må skal være av stor betydning når en vurderer behov for akutttilbud, herunder også akuttkirurgisk tilbud, på de ulike sykehusene. Dette er forhold som er fraværende i rapporten og som kun er nevnt overfladisk i ROS analysen, noe Listerkommunene finner bekymringsverdig.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste (Kap 1. Nasjonal Helse- og sykehusplan). Listerregionen siterer fra samme plan: «*Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen et gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst*». **Kommunene i Listerregionen kan ikke se at rapportens vurderinger med økonomiske og personellmessige analyser tar hensyn til hverken pasient- eller pårørendeperspektivet når driftsmodellene presenteres og sammenliknes.**

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.

Listerregionen oppfatter denne høringen til å skulle gjelde rapporten «De samlede akuttfunksjoner SSF». Det er i rapporten i liten grad beskrevet forslag til hvordan SSHF ønsker at kommunene skal delta i et tettere samarbeid, og regionen finner det ikke naturlig å skulle gi innspill på momenter som ikke fremkommer i rapporten. Den korte høringsfristen tillater heller ikke at kommunene i samarbeid med SSHF kan gjennomføre de nødvendige interne prosesser (inkludert involvering av aktuelle fagpersoner) som er nødvendige for å komme med konkrete forslag til samarbeid.

Det er allerede er et tett samarbeid mellom legevakt, akuttmottak og skadepolitiklinikk ved sykehuset i Flekkefjord, et samarbeid som også forsterkes av samlokalisering. Regionen er positiv til at dette samarbeidet videreføres og videreutvikles, men dette må organiseres utenom denne høringsrunden. Det er naturlig at en prosess knyttet til samarbeid mellom legevakt, akuttmottak og skadepoliklinikk legges til arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommunene og SSHF, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 som stiller krav til innhold i disse avtalene. Et av punktene er at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden (delavtale 11).

Regionen ønsker også å understreke merknad til Akuttmedisinforskriftens § 4 – *Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester*, denne merknaden har det også blitt henvist til i tidligere nevnte Foretaksmøte 04.05.17: «*Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevakttjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet.*»

Generelle kommentarer fra Listerregionen.

Det er en generell utfordring for samhandlingen mellom SSHF og kommunene at mange av de prosesser som skal gjennomføres er preget av tidspress. Dette er en utfordring i forhold til kvaliteten på det arbeidet som blir gjort, men også en alvorlig utfordring i forhold til det å ivareta de demokratiske prinsipper i kommunene. Det er våre folkevalgte politikere som er kommunens øverste beslutningstakere, og det er de enkelte kommune- og bystyrene som er SSHF sin avtalepart ved inngåelse av de lovpålagte samarbeidsavtalene. I denne sammenheng forventer Listerkommunene at regionens høringsinnspill blir fulgt opp av sykehusstyret og av ledelsen ved SSF med dialogmøter med politisk ledelse frem mot endelig behandling av rapporten.

Listerregionen uttrykker på generelt grunnlag bekymring for hvordan prosesser i sykehusene løsrives fra muligheter for politisk påvirkning ved at tidsfrister ikke tillater en grundig politisk behandling.

Kommunene påpeker at ROS analysen som skal vurdere risikobildet knyttet til de to modellene er utført under det samme tidspress. Det beskrives i ROS analysen at metoden er forenklet og at vurderingene er av overordnet art på grunn av begrenset tid tilgjengelig. Tiden har heller ikke tillatt at resultater av individuelle vurderinger har blitt vurdert i fellesskap, de er kun direkte fremstilt i rapporten. Selve rapporten er også preget av hastverksarbeid, den inneholder flere skrivefeil som åpner for feiltolkninger.

Det er for innbyggerne i Listerregionen av stor betydning hvilke akuttfunksjoner som er til stede ved SSF. Arbeidet med ulike driftsmodeller og tilhørende ROS analyse er av overordnet betydning, og SSHF må ved gjennomføring av slike prosesser legge til rette for at det er nok tid tilgjengelig til å få utført et grundig arbeid. Regionens befolkning må være trygg på at alle forhold er belyst før avgjørelser tas. **I dette tilfellet mener Listerkommunene at den utarbeidede ROS analysen ikke er av god nok kvalitet til å kunne brukes som et grunnlagsmateriale når en skal vurdere risiko og sårbarhet knyttet til de to fremlagte hovedmodellene.**