

“sak 17/00188”

**Høringsinnspill fra tillitsvalgte og verneombud ved Sørlandet Sykehus Flekkefjord til rapporten «De samlede akuttfunksjoner Sørlandet sykehus Flekkefjord».**

Tillitsvalgte ved SSF har valgt å komme med en felles høringsuttalelse .

**Utarbeidelsen av rapporten har vært preget av tidsnød og knappe frister.**

Det har vært utført et stort arbeid innen en alt for kort tidsramme. Utarbeidelse av rapporten har vært preget av tidsnød og knappe frister. Vi frykter at det har påvirket muligheten til å melde inn og påvirke viktige poeng og momenter. Det siste utkastet til ferdig rapport ble gitt den 6. januar med en times mulighet for tilbakemelding.

Arbeidet med rapporten startet opp 1 nov -16 og ble avsluttet 6 jan -17 . Ifølge fremdriftsplanen skulle arbeidet ha startet i september, men ble utsatt på grunn av forsinket mandat.

Den økonomiske analysen ble muntlig informert om i arbeidsgruppemøte 2 Januar. Arbeidsgruppen hadde ikke fått rapporten til gjennomlesning på forhånd, og fikk den først på mail kvelden 3 jan .

Ros-analysen ble gjennomført dagen etterpå , 4. jan. Dette er kritikkverdig .

Det har ikke blitt gjennomført en mulighetsanalyse i dette arbeidet til tross for at HSØ hadde bedt om en Risiko og mulighetsanalyse. Arbeidsgruppen ble innkalt til en Risiko og mulighetsanalyse 3 jan. På møtet 4 januar der dette skulle foregå fikk deltagerne beskjed om at mulighetsanalysen ikke vil bli gjennomført grunnet tidsnød.

Det er en stor svakhet med denne rapporten at den dermed mangler mulighetsanalyse av modellene og kompensatoriske tiltak .

**Økonomi**

Økonomien har fått stor plass i rapporten. Dette skulle ikke være et prosjekt ut fra økonomiske vurderinger. Arbeidsgruppen med tillitsvalgte har hatt liten mulighet til å se igjennom fakta og komme med innspill på dette området. Vi har også hatt minimal mulighet til å påvirke hvor stor del av rapporten som skulle omhandle økonomi kontra innhold som omhandler fag , kvalitet, og pasientsikkerhet . Tillitsvalgte frykter at økonomi kan spille hovedrollen i valg av modell på bekostning av fag, kvalitet og pasientsikkerhet til befolkningen som søker til Flekkefjord Sykehus. Vi fraråder at dette skjer .

Det er ikke redegjort godt nok i økonomisk analyse for de økte transportkostnader som vil avstedkomme ved eventuelt valg av Modell A2 . Her er det kun gjort et grovt anslag. Se pkt 7.5.4.4 . i rapporten .

Vi kan ikke se at inneliggende pasienter ved SSF som eventuelt må overflyttes SSK for kirurgisk vurdering og stabilisering er tatt med i økonomisk analyse, og vi mener en slik modell er dårlig ressursutnyttelse.

Det er ikke foretatt beregninger over hvilke økonomiske ressurser som må tilføres SSK for å ivareta pasientene som ikke lenger skal ivaretas ved SSF ved valg av Modell A2 .

**Flertallets anbefaling for å beholde akuttkirurgi/ traume ved Sørlandet Sykehus Flekkefjord**

Anbefalingen fra prosjektgruppen fra arbeidsgruppemøte i desember er utelatt i rapporten. Det ble sendt ut både informasjonsbrev til ansatte og pressemelding som omtalte at flertallet i prosjektgruppa anbefalte at Sørlandet sykehus Flekkefjord også i fremtiden har kirurgisk vaktberedskap og traumemottak.

I informasjonsbrevet står det:

*Det er hensynet til det helhetlige tilbudet ved sykehuset som gjør at de fleste av oss mener kirurgisk akutttilbud må opprettholdes, sier klinikkdirektør i Flekkefjord, Annette Solinski*

*Konsekvensene av å ikke ha kirurger i vakt på kvelds- og nattestid blir for store. Pasienter med uavklarte tilstander vil måtte transporteres langt, og i mange tilfeller unødvendig. Vi har uansett et operasjonsteam på vakt for mulige keisersnitt, og disse bør benyttes til andre ø-hjelpsoperasjoner. Vi må også ha kirurg i vakt dersom vi skal kunne utføre større operasjoner på dagtid, slik at pasientene kan følges opp utover ettermiddag og kveld, sier Solinski*

### **Nasjonal helse og sykehusplan**

Vi mener at Modell A2 ikke oppfyller kravene i Stortingets presisering til Nasjonal helse og Sykehusplan hvor det står at akuttsykehus skal ha «beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser.»

Punktet i Nasjonal helse og sykehusplan «det skal være traumeberedskap og generell akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus- bil-båt og luftambulansetjenester, samt værforbehold gjør det nødvendig.» og «flere sykehus vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander» er det ikke blitt tid nok til å diskutere og kommer ikke godt nok fram i rapporten .

### **Modell A2**

I A2 modellen vil vi spesielt påpeke at vi der ser en risiko ved høyt pasientbelegg ved SSK og fare for kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan bl.a føre til økte infeksjoner, risiko for økning i 30 dagers dødelighet og utbrent personale .

### **SSHF som et team**

Stortinget presiserte følgende 17.3.16. i forbindelse med behandling av NHSP. Vedtak 546 *Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akuttsykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.*

Dette mener vi har vært lite drøftet i arbeidet og at det ikke kommer godt nok fram i rapporten.

### **Prehospitale tjenester**

Viser til pkt 7.5.4.5 i rapporten. Her står det at de prehospitale tjenester «har god nok kapasitet og vil kunne håndtere et forventet antall transporter til Kristiansand innenfor dagens kapasitet.» Denne påstanden er ikke begrunnet nok i rapporten. Det foreligger ingen tall og grundigere undersøkelse av dette.

Tall på antall luftambulanseturer som ikke kan gjennomføres på grunnet bl.a værforhold foreligger heller ikke i rapporten.

Viser til pkt 7.5.4.5 i rapporten.«Samtidig er det volumet som kan bli aktuelt å flytte relativt lite, spesielt hvis det hensyntas at pasienter fra kommunene Lyngdal og Hægebostad mer naturlig går direkte til Kristiansand dersom det ikke er et øhjelpstilbud i Flekkefjord utover turnuslege»

Det er felles legevakt for Flekkefjord, Lyngdal, Farsund, Kvinesdal, Hægebostad og Lund. Pasientene fra Lyngdal og Hægebostad kan på kveld/natt og helg ikke gå direkte til Kristiansand. De må innom legevakten I Flekkefjord først, og det blir en lang omvei for disse pasientene hvis de må innlegges i Kristiansand

Viser til pkt 7.5.4.5 i rapporten. Her står det at de prehospitale tjenester «har god nok kapasitet og vil kunne håndtere et forventet antall transporter til Kristiansand innenfor dagens kapasitet.» Denne påstanden er ikke begrunnet nok i rapporten. Det foreligger ingen tall og grundigere undersøkelse .

### **Eksempelene til slutt i rapporten**

Vi har noen kommentarer til eksemplene i slutten av rapporten.

Eksempel 7.6.3 og 7.6.4

Her vil det i Modell B ikke bare være turnuslege i akuttmottak , men også ortoped ved SSF i bakvakt fram til ca kl 20 og etterpå kirurg i bakvakt ved SSF el ortoped vakt SSK.

Eksempel 7.6.6

Vi stiller spørsmål ved at «*valg av Modell A og B ikke har konsekvens for forløpet.* » . Vi mener pasient 1 har mulighet for å komme bedre ut av det i Modell B .

Eksemplene i rapporten har det ikke vært tid til diskutere i arbeidsgruppen.

### **Fremtiden**

I det videre arbeidet med akuttfunksjonene i Flekkefjord vil det , uansett hvilken løsning som velges , være viktig å sikre gode overgangsordninger som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Sykehuset i Flekkefjord har i dag fokus på muligheter og ikke begrensninger.

Vi vil være et:

- Et moderne sykehus rustet for fremtiden
- Det beste lokalsykehus på fag og drift
- Sykehus som utnytter fordelene ved å være i midten mellom to helseregioner
- Sykehus som er kreative og positive i forhold til å ta i bruk nye løsninger, arbeidsmåter og teknologi. Sykehus med åpenhet for nytenkning og ta del i pilotsatsninger.
- Sykehus som har et servicenivå som gir pasientene «mer enn de forventer»
- Sykehus som tilbyr kvalitet og ekspertise i utvalgte nisjer i teamsamarbeid i SSHF

Med hilsen

Jens Siemsglüss  
KTV for DNLf ved SSF

Kari M Løvland  
KTV for NSF ved SSF

Haakon A Bjurstrøm  
KTV for YLF ved SSF

Anne S Amdal  
KTV for Fagforbundet ved SSF

Anne Kari Jansen  
FTV for Forskerforbundet ved SSHF

Torunn Tjørnhom Abrahamsen  
KTV for DNJ ved SSF

Elin Ellila Osen  
HVO ved SSF