

## Sammendrag

SSHF skal tilby helsetjenester av høy kvalitet, og lik kvalitet til hele Agders befolkning. Så langt har det vært generelt god kvalitet ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF). Det behandles imidlertid få kirurgiske pasienter og det er bekymring for om helsepersonell får tilstrekkelig trening i diagnostisering, vurdering og behandling. Administrerende direktør vil styrke pasientsikkerheten, ved å flytte inngrep som utføres sjelden, eller som gir økt risiko for komplikasjoner, til Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK).

Sykehuset i Flekkefjord har et lavt akuttvolum. Dette skaper særlige utfordringer innenfor akuttkirurgi, fordi bare 30 prosent av kirurgiske øyeblikkelig hjelpsinntak fører til operasjon (163 operasjoner i SSF i 2016). Gode kirurger skapes gjennom tilstrekkelig volum og relevant trening. Moderne kirurgi blir mer og mer spesialisert, en utvikling som forsterkes i ny spesialitetsstruktur for leger. For å rekruttere kirurger, må man i dag kunne tilby muligheter for grenspesialisering i et større fagmiljø. I tillegg preges moderne traumebehandling av stor kompleksitet og behov for tilgang til mange spesialiteter, der alle er trent i å samarbeide om behandlingen i velsmurte team.

Summen av disse forholdene skaper store utfordringer for mindre sykehus.

### Prosess

Nasjonale helse- og sykehusplan (NHSP) og nasjonale og regionale strategier og føringer ligger til grunn for administrerende direktørs innstilling. De siste årene har det pågått flere utredninger og prosesser vedrørende akutttilbudet ved SSF, senest i rapporten "De samlede akutfunksjoner ved SSF", som beskriver to modeller; modell A2 og B2. Modellene er beskrevet i eget avsnitt.

Administrerende direktør har tilstrebet åpne, involverende og forutsigbare prosesser, med bred involvering av interessenter. Det er gjennomført en bred høring, og et bredt utvalg av interessenter har gitt innspill. Interessentene peker på svakheter ved begge modeller. Etter en samlet risiko- og sårbarhetsvurdering, mener administrerende direktør at en modifisert variant av modell A gir best kvalitet i tilbudet og best ivaretar Listerbefolkningens pasientsikkerhet. Administrerende direktør mener at tilbudet vil sikre et bærekraftig og robust sykehus i Flekkefjord i fremtiden, gjennom økt aktivitet, styrket kompetanse, og muligheter for utvikling av tilbudet.

Styret i SSHF behandler saken 23. februar 2017. Vedtaket oversendes deretter Helse Sør-Øst RHF.

### Akutfunksjoner i SSF

SSF har et befolkningsgrunnlag på 42 000 innbyggere<sup>1</sup>. Det utføres årlig om lag 49000 pasientmøter for denne befolkningen i SSHF. Av dette utgjør aktiviteten ved SSF omlag 29000 pasientmøter, mens de øvrige i hovedsak utføres ved SSA og SSK.

Årlig kommer om lag 7500 pasienter til akuttmottaket. Medisinske pasienter utgjør omtrent 70 prosent av innleggelsene, og 23 prosent av de polikliniske konsultasjonene. Ortopediske pasienter utgjør 14 prosent av innleggelsene og 57 prosent av poliklinikken (skadepoliklinikk), mens kirurgiske pasienter utgjør 17 prosent av innleggelsene (30 prosent av disse blir operert) og 13 prosent av poliklinikkvirksomheten.

Listerområder har god ambulansedekning og 7 ambulanser med god kapasitet i regionen.

SSF skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnkontinuerlig vakt, et utvalg av dagkirurgi og polikliniske tjenester samt et godt utbygd diagnostisk apparat innenfor laboratoriemedisin og radiologi.

---

<sup>1</sup> Inkludert kommunene Lund og Sokndal i Rogaland.

Fødetilbudet med døgnberedskap for keisersnitt skal videreføres.

- SSF opprettholder status som fødeavdeling, i tråd med retningslinjene i fødeveilederen «Et trygt fødetilbud»
- Fødetilbudet påvirkes ikke av veivalget knyttet til akuttkirurgi ved SSF
- SSF beholder fullt operasjonsteam for å behandle keisersnitt
- Større blødninger forutsetter rask håndtering ved fødsler generelt, og ved akutte keisersnitt spesielt. Nødvendig intervensjon, herunder keisersnitt, håndteres best av spesialist i gynekologi/obstetikk. I sjeldne tilfeller kan det være aktuelt med bistand fra karkirurg eller radiologisk intervensjon. Pasienten må da sendes til SSK, etter at blødningen er stabilisert med «pakking av buk»

I tillegg videreføres dagens tilbud på følgende områder:

- SSF skal følge opp igangsatt dialysebehandling, medisinsk kreftbehandling og lindrende behandling
- SSF skal opprettholde akutt diagnostikk og behandling av pasienter med hjertesykdom og hjerneslag, inkludert trombolyse
- SSHF skal videreutvikle tilbudet i Listerregionen innen psykisk helse/rus, både akutt og elektivt, i tråd med nasjonale føringer

Det somatiske tilbudet som er beskrevet ovenfor utgjør vel 90 prosent av aktiviteten ved SSF.

Samarbeidet med legevakten, som er lokalisert i sykehuset, skal videreutvikles. Dette forventes å bidra til å redusere antall kirurgiske pasienter som må sendes til SSK eller Stavanger Universitetssykehus (SUS).

*Sammenstilling av modeller sendt til høring og administrerende direktørs innstilling*

I rapporten "De samlede akutfunksjoner ved SSF", ble to modeller ble foreslått og sendt til høring, hhv. modell A2 (heretter kalt modell A) og B2 (heretter kalt modell B). Disse modellene er kort beskrevet i tabellen nedenfor sammen med administrerende direktørs innstilling.

Beskrivelse av funksjoner	Modell A	Modell B	ADs innstilling
<b>Felles funksjoner og vaktordninger uavhengig av modell</b>			
-Akutfunksjon i indremedisin	X	X	X
-Fødetilbud med beredskap (operasjonsteam) for keisersnitt	X	X	X
-Akutt diagnostikk og behandling av pasienter med hjerneslag og hjertesykdom.	X	X	X
-Følge opp igangsatt dialysebehandling og medisinsk kreftbehandling og lindrende behandling	X	X	X
-Klinisk, kjemisk, laboratorium, blodbank	X	X	X
-Radiologi	X	X	X
-Anestesilege, gynekolog, indremedisiner og turnuslege i døgnvakt	X	X	X
<b>Kirurgi</b>			
-Planlagt kirurgi som trenger beredskap etter 16:00/18:00		X	
-Planlagt kirurgi som ikke trenger beredskap etter 16:00/18:00	X (til 16:00)	X	X (til 18:00)
-Beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser som "kommer på døra"	X	X	X
-Ø-hjelp dagtid *A undergruppe I: Ingen ØH A undergruppe II: ØH ukedager A undergruppe III: Turnuslege vurderer	X*	X	
-Ø-hjelp kirurgi 24/7		X	
<b>Ortopedi</b>			
-Ø-hjelp ortopedi 24/7			X
-Ø-hjelp ortopedi 24/5 (kun ukedager)	X		
-Ø-hjelp ortopedi frem til kl. 20.00 i ukedager		X	
-Samarbeid med legevakt lokalisert i sykehus videreutvikles			X
-Fortsatt skadepoliklinikk drevet av turnusleger med ortoped i ryggen (inkl. veiledning av turnusleger/LIS)	X		X
<b>Traumefunksjon</b>			
-Traumemottak 24/7		X*	
-Ikke traumemottak (sendes SSK/OUS) - men funksjon for stabilisering/transport	X		X
* Traumemottak mulighet ved modell B			

Tabell 1 Beskrivelse av akutfunksjoner, modell A, modell B og administrerende direktørs innstilling

*Administrerende direktørs innstilling for kirurgisk og ortopedisk virksomhet samt traumemottak*

SSF har et lite pasientgrunnlag, og har over år hatt utfordringer med å gi et forutsigbart akutttilbud gjennom hele døgnet. Utfordringene gjelder hovedsakelig den kirurgiske virksomheten, knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, rekruttering og tilgjengelig kompetanse. Administrerende direktør besluttet derfor at helseforetaket i nåværende strategiplanperiode skulle definere fremtidige funksjoner i SSF, med forslag til en bærekraftig driftsform.

Administrerende direktørs innstilling baserer seg på en gjennomgang av risikofaktorer, som er analysert i tre rapporter<sup>2</sup> fra perioden 2014 - 2017 samt mottatte høringsinnspill. Nedenfor er det anbefalte kirurgiske og ortopediske pasienttilbudet beskrevet, inkludert anbefalinger vedrørende traumemottak.

*Det kirurgiske pasienttilbudet*

Det skal være elektiv poliklinikk og utføres elektive dagkirurgiske inngrep, som ikke krever overvåkning lenger enn til kl. 18.00 på hverdager. Det betyr at diagnoser, prosedyrer og pasienter må ha en risikoprofil som muliggjør dette (for eksempel brokk, hemorroider og visse former for plastikkirurgi). Elektive kirurgiske pasienter som trenger innleggelse skal behandles ved SSK eller ved sykehuset i Arendal (SSA). Alle kirurgiske ØH pasienter som trenger innleggelse eller poliklinikk sendes til SSK alle dager. Basert på dagens aktivitet vil opptil 1100 kirurgiske pasienter<sup>3</sup> overflyttes til SSK i løpet av et år. Samarbeidet med legevakten, som er lokalisert i sykehuset, videreutvikles. Dette inkluderer blant annet veiledning, konfereringsmulighet for legevakt og tolkning av røntgenbilder.

*Det ortopediske pasienttilbudet*

SSF skal ta imot akutte ortopediske pasienter 24/7. Inneliggende, elektive, pasienter skal behandles i tråd med felles faglige prosedyrer og funksjonsfordeling i SSHF. Pasienter til skadepoliklinikk tas imot, vurderes og behandles av turnuslege i samarbeid med ortoped. Samarbeid med legevakt utvikles også på ortopedi som beskrevet under kirurgi.

*Traumemottak*

Innstillingen innebærer at alle potensielt alvorlig skadde pasienter<sup>4</sup> i fremtiden sendes direkte til SSK eller SUS.

SSF oppfyller i dag de fleste formelle krav til akutt sykehus med traumefunksjon. Disse kravene samsvarer med føringene i Nasjonal traumeplan.

Kompetanse på akutte buk kirurgiske inngrep er kanskje den viktigste forutsetningen for at et sykehus kan ha traumemottak. Basert på en rekke uønskede medisinske hendelser knyttet til større bukkirurgi, stoppet administrerende direktør større bukkirurgi SSF i 2015. Det har også i etterkant vært uønskede hendelser knyttet til vurderingen og håndteringen av pasienter med kirurgiske diagnoser.

Administrerende direktørs vurdering er at akutt kirurgiske inngrep i buken på en ustabil og skadet pasient er forbundet med så stor risiko at det må utføres av personell som jevnlig gjør større bukinngrep. Følgelig er videreføring av traumemottak ved SSF forbundet med for høy pasientsikkerhetsrisiko.

Administrerende direktør mener at traumepasienter bør sendes til sykehus med bredt nok tilfang av spesialister med tilstrekkelig traumekompetanse og -erfaring. Dette innebærer at de må sendes til SSK/SUS, eller om nødvendig til Oslo Universitetssykehus (OUS) Ullevål.

<sup>2</sup> "ROS-analyse SSHF", Utviklingsplan 2030, datert 15. september 2014, "SSFs funksjoner i SSHF - Bærekraftig driftsform for fremtiden", kapittel 7, datert 26. mai 2015 og "De samlede akutfunksjoner SSF; ROS-analyse", 6. januar 2017

<sup>3</sup> Ca tre per dag

<sup>4</sup> Ref. medisinsk index AMK, 87 i 2016

### *Stabilisering og transport uten traumemottak*

Administrerende direktør legger til grunn at alle traumepasienter og akutte kirurgiske innleggelser uten opphold styres direkte til SSK, SUS eller OUS. Det må likevel tas høyde for at det kan oppstå situasjoner som gjør at tilgjengelig personell (anestesileger, ortopeder, indremedisinere, turnusleger, anesthesisykepleiere og sykepleiere i akuttmottaket) ved SSF må bidra til vurdering og stabilisering av akutte skadde eller syke pasienter som "kommer på døren".

Et vurderings- og stabiliseringsteam etableres og dette rekrutteres også fra dagens traumeteam. De vil fortsette trening for å håndtere slike situasjoner, øve på stabiliserende tiltak samt trene på kommunikasjon med aktuelle samarbeidspartnere (traumeleder SSK, SUS, OUS). Personell ved legevakten i Flekkefjord bør også inkluderes i opplæringen. Traumeenheten i SSHF vil kunne bidra med opplæring og oppfølging, sammen med SSK.

### *Risiko og sårbarhet*

Administrerende direktørs innstilling tar hensyn til de viktigste risikofaktorene som er påpekt i "De samlede akutfunksjoner SSF; ROS-analyse" datert 6. januar 2017. Dersom all akuttkirurgi og traumebehandling overføres til SSK, minimaliseres risikoen for at en turnuslege på vakt blir stående alene med vurderinger av uavklarte kirurgiske pasienter. Videre elimineres logistiske uklarheter, siden alle akuttkirurgiske innleggelser og traumer styres til SSK hele døgnet, hele uken.

Ved å sikre god vurderingskompetanse ved SSF, oppfylles de faglige krav som stilles i NHSP. Dette må løses i felleskap, og etter nærmere avtale med de leger som til enhver tid er på vakt ved SSF, med kirurgisk turnuslege og anestesilege i nøkkelroller. Dette teamet kan i tillegg støtte seg på vakthavende spesialist i indremedisin samt kirurgspesialist når denne er på huset. I tillegg vil vurderingsteamet kunne støtte seg på vakthavende kirurger og radiologer ved SSK, via telefon- eller videokonferanse.

Sannsynligheten for at en akutt skadet eller syk pasient ikke skal kunne transporteres effektivt og sikkert fra Lister til SSK eller SUS vurderes som svært liten. Livreddende kirurgiske inngrep direkte ved ankomst sykehus er meget sjelden aktuelt. Skal et slikt inngrep lykkes, legger administrerende direktør til grunn at den akutte skadde eller syke pasient må møte personell med tilstrekkelig kompetanse til å håndtere slike situasjoner. Dette vil i praksis dreie seg om å stoppe store blødninger i buk og hulorganer. Planlagt kirurgi i bukhulen har, av medisinskfaglige årsaker, ikke vært utført ved SSF siden 2015, og administrerende direktørs vurdering er på denne bakgrunnen at akutte syke eller skadde pasienter utsettes for en potensielt større risiko ved å bli forsøkt behandlet ved SSF, enn ved å bli transportert direkte til SSK.

SSHF har startet implementering av ny spesialiststruktur for leger. Del 1 trer i kraft 1.9.17. Flekkefjord har ti turnusleger. Arbeidsgruppen som planlegger implementering av ny spesialitetsstruktur for LIS1 (nåværende turnusleger), må legge til rette for at LIS1 i Flekkefjord får godkjent sine kirurgiske læringsmål, og utarbeide en plan for rotasjon mellom SSF og SSA/SSK som sikrer dette.

Det er gjennomført ekstern kvalitetssikring av rapporten og prosessen «De samlede akutfunksjoner i SSF». Innspill fra denne kvalitetssikringen er hensyntatt i administrerende direktørs vurderinger. Det gjennomføres også kvalitetssikring av dette saksfremlegget.

Totalt vurderes administrerende direktørens innstilling som et bedre pasienttilbud enn dagens.

### *Økonomi*

SSF har i de siste par årene hatt en anstrengt økonomisk situasjon med et merforbruk knyttet til årsverk, kombinert med høyt forbruk av medisinske tjenester til Lister-befolkningen. Utfordringsbildet er i dag i størrelsesorden 25 mill. kr, eller om lag 10 prosent av kostnadsbasen. Dette kan løses gjennom produktivitetsforbedringer, forbrukstilpasninger, vekst i gjestepasientomfang og/eller reduserte pasientreisekostnader.

Ingen av de skisserte modellene vil løse utfordringsbildet helt, men den tilpassede modellen skissert i administrerende direktørs innstilling vil bidra til at utviklingen går i riktig retning, og kunne legge grunnlag for bedre utnyttelse av ressursene ved SSF.

Økonomi har imidlertid ikke vært tillagt avgjørende vekt i vurderinger og valg av løsning.

#### Mulighetsområder

Administrerende direktør vil peke på noen mulighetsområder som bør utredes videre.

#### Øke det polikliniske pasienttilbudet til Lister befolkning

Det bør vurderes om pasienter som i dag får et behandlingstilbud i Kristiansand eller Arendal kan få dette i Flekkefjord. Antallet er anslått til rundt 6500 pasienter innenfor pasientgrupper som f.eks nevrologi, barnemedisin, revmatologi, ØNH og øye. Dette vil kunne ha stor samfunnsøkonomisk konsekvens i form av reduserte reisekostnader og tid spart for pasientene.

#### Etablering av spissfunksjoner

Utvikling av spissfunksjoner innenfor generell kirurgi og ortopedi bør vurderes i oppdateringen av utviklingsplan 2035 og strategiplan 2018-2020 (prosjekt kirurgisk virksomhet SSHF).

#### Optimalisering av ressurser i SSF

Endrede pasientforløp/endret pasientsammensetning i SSF gir rom for optimalisering av ressursbruk, både innenfor operasjons-, anesthesi-, og sengerressurser. Blant annet skapes rom for reduksjon av sengekapasiteten med minst 6 senger.

#### Samarbeid mellom sykehus – sykehus i nettverk

SSF har gode erfaringer med å jobbe i nettverk internt i SSHF, særlig innenfor medisinske fagområder. Dette kan utvikles innenfor kirurgiske og ortopediske fagområder. Andre områder som bør videreutvikles, er samarbeidet mellom SSF og SSK for å sikre at Flekkefjord har tilstrekkelig radiologisk kompetanse.

Samarbeid med SUS om pasienter til dagkirurgi og polikliniske tjenester vil også kunne bidra til å opprettholde kapasitet og kompetanse i SSF i årene som kommer.

#### Samarbeid med kommunehelsetjenesten

SSHF ønsker å utvikle samarbeidet mellom akuttmottaket og legevakten. Det er ønskelig at kommunen i større grad tar ansvar for diagnostikk og behandling på legevakten, med støtte fra SSHF.

Det er også ønskelig å videreutvikle det gode samarbeid som er etablert med kommunene, til beste for pasientene. Det kan vurderes om SSF og kommunene på Lister sammen kunne være pilot for en ordning der spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er integrert med felles ledelse og IKT-systemer.

#### Kompetanse/rekruttering

Det bør vurderes om SSF kan inngå som en del av det kirurgiske spesialiseringssløpet for leger, på områder der læringsmål i del 2 og 3 kan innfris i SSF. Det kan etableres frivillig rotasjon for leger mellom SSK/SSA og SSF.

Det er vedtatt en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM). Spesialiteten skal prøves ut i en eller flere virksomheter av ulik størrelse. Helsedirektoratet vil komme tilbake med eget oppdrag om dette. SSF ønsker å være pilot i dette arbeidet, og vil etablere dialog med regionhelseforetaket om saken.

#### Økonomi i et mulighetsbilde

Flekkefjord har i dag en utfordrende driftsøkonomi. Mulighetsbildet som er beskrevet over, inneholder betydelig økonomiske potensialer, både innen reisekostnader for pasienter fra Listerregionen til og fra SSK/SSA, men også med tanke på ressursoptimalisering i SSF. Flere i gjestepasienter fra Rogaland vil også bidra betydelig til å løse den økonomiske utfordringen ved SSF.

*Ekstern kvalitetssikring*

Det er gjennomført ekstern kvalitetssikring av arbeidet i tråd med anbefalinger i «veileder for utviklingsplaner». Det er bedt om to rapporter. Den ene eksterne kvalitetssikringen ble gjennomført av «samlede akutfunksjoner». SSHF har gjort sitt beste for å rette opp i svakhetene rapporten påpeker. Administrerende direktør har i tillegg bedt om ekstern kvalitetssikring av dette saksfremlegget.

*Forslag til vedtak*

1. SSF videreføres som akuttstusykehus.
2. SSF skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesi i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
3. SSF skal ha mottak og behandling av pasienter med hjerneslag, gynekologi, fødeavdeling med beredskap for keisersnitt, laboratorier og radiologi.
4. SSF skal ta imot planlagte og alle øyeblikkelig hjelpspasienter innen ortopedi
5. SSF skal utføre planlagte dagkirurgiske inngrep som ikke trenger overvåkning lenger enn til kl. 1800 på hverdager.
6. Alle kirurgiske øyeblikkelig hjelp pasienter henvises til Kristiansand. Pasientene sendes direkte til Kristiansand eller Stavanger dersom de ikke kan håndteres av legevakten.
7. Alle pasienter / hendelser som utløser traumealarm (medisinsk index AMK) sendes Kristiansand eller Stavanger avhengig av hva som er nærmest, eller Oslo universitetssykehus avhengig av alvorlighetsgrad.
8. Pasienter som er utsatt for en akutt hendelse skal vurderes evt. stabiliseres og håndteres av aktuelt personale på vakt (anestesileger, medisinske leger, ortopeder, gynekologer, anestesi- og akuttmottakssykepleiere).
9. Ny spesialiststruktur for leger trer i kraft 1. mars 2017. SSHF må utarbeide en plan hvor det legges til rette for gjensidig rotasjon mellom SSF og SSK/SSA og KPH som sikrer at LIS1 (nåværende turnusleger) ved SSF får godkjent alle læringsmålene.
10. Et vurderings- og stabiliseringsteam etableres og dette rekrutteres også fra dagens traumeteam. Nødvendig kompetanse skal videreføres og utvikles.
11. Mulighetsbilde som er beskrevet innarbeides i arbeidet med oppdatering av utviklingsplan 2030 og strategiplan 2018-2020.