

## Referat fra dialogmøte/ drøftingsmøte

Jf. Lokal samarbeidsavtale pkt. 2.2.6/ 2.2.7 og Hovedavtalen §§ 30 og 31

**Dato:**22.2.17

**Til stede:**

### Fra arbeidsgiversiden:

Jan-Roger Olsen, administrerende direktør  
Anne Grethe Vhile, personalsjef  
Annette E Solinski, klinikkdirektør somatikk

### Fra arbeidstakersiden:

#### **Norsk Sykepleierforbund**

Bjørng Nikolaisen, FTV

#### **Den norske legeförening**

Hans Torwild Thomassen, FTV  
Susanne M Sørensen Hernes KTV  
Hilde Wesnes, KTV  
Daniyal Noor, HTV

#### **Fagforbundet**

Elin Merethe Krogstad Hoel, FTV  
Anne Synnøve Amdal, KTV  
Gunn-Eva Sundstøl, KTV  
Eldrid Rosvold Mathiesen, KTV  
Torill Skaiaa Førund

#### **Delta**

Finn Otto Fjellestad, FTV

#### **NITO**

Tom-Erik Rong, FTV

#### **Norsk Ergoterapeutforbund**

Marit Oseland, FTV

#### **Akademikerforbundet**

Liv Rasmussen, FTV

#### **Den norske jordmorförening**

Lillian Lee, FTV

#### **Norsk Fysioterapeutforbund**

Vemund Gitlestad, FTV

#### **Forskerforbundet**

Anne Kari Jansen, FTV

#### **Utdanningsforbundet**

Hege Bjarke, FTV

#### **Samfunnsviterne**

Vegard Thorbjørnsen, FTV

#### **Norsk Psykologforening**

Trine Åsheim Lund

#### **Hovedverneombud**

Jarle Christiansen

Martin Slaughter

Elin Ellila Osen

**Postadresse**  
Sørlandet sykehus HF  
Organisasjonsavdelingen  
Postboks 416  
4604 Kristiansand

**Besøksadresse**  
Eg  
4615 Kristiansand

**Telefon**  
+47 38 07 44 00  
**Telefaks**

**Bankkonto**  
1503.27.07405

**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

**Dialog/drøftingstema:**

*Styresak 013/2017 Akuttkirurgi i Flekkefjord.*

Adm direktør Jan Roger Olsen orienterte. Det vises til vedlagte presentasjon.

Adm direktørs forslag til vedtak er endret i forhold til punkt 4 vedrørende ortopedi. Dette gjøres om til en 24/7 aktivitet. SSF skal ta imot planlagte og alle øyeblikkelig hjelps pasienter innenfor ortopedi. Dette vil bli lagt inn i vedtaket og kommer med i dokumentene og anbefalingene til styret.

Tillitsvalgte hadde spørsmål til adm direktørs forslag til vedtak pkt 10. vedrørende dagens traumeteam i Flekkefjord og hvilken betydning anbefalte forslag får for opparbeidet kompetanse. Adm dir gav uttrykk for at dette er god og verdifull kompetanse som en ønsker å ta vare på videre.

Tillitsvalgte Anne Synnøve Amdal gav uttrykk for at forslaget ikke tilfredsstillende «sørge for ansvaret» og at dette først og fremst skyldtes avstand, vei og transport forhold. Dette tilfredsstillende heller ikke nasjonal helse og sykehusplan.

Tillitsvalgte reiste spørsmål om hvem som hadde utarbeidet ros analyse som det vises til på side 64 - av adm direktørs forslag til vedtak. Dette ble besvart med at analysen er utformet av teamet som har laget saksfremstillingen og at denne er kvalitetssikret av Fagdirektør Per Engstrand, Økonomidirektør Per Qvarnstrøm og Organisasjonsdirektør Nina Føreland. Tillitsvalgte mener det bør oppgis i saken hvem som har utarbeidet ros analysen.

Tillitsvalgte hadde videre innspill til forslag til vedtak pkt 9. Det er bekymring knyttet til kvaliteten ved LIS-1 utdanningen og at denne svekkes. Ved rotasjon er det er risiko for at kompetanse svekkes, både ved at høyt kvalifiserte søknader velger andre sykehus, men også fordi rotasjon i seg selv vil potensielt svekke kompetansen pga. kort tid på sykehuset før man roteres.

Tillitsvalgte hadde videre innspill til forslag til vedtak pkt 10. Det kommer ikke tydelig frem hvordan den kirurgiske biten skal løses. Det er uavklart hvem som inngår i traumeteamet. Adm direktør viser til at en mottaksmedisiner er en lege som antas å ha faglig kompetanse på indremedisin og som skal tilegne seg mer breddekompetanse for å kunne håndtere dette. Tillitsvalgte spiller inn at det vil ta tid å få dette på plass og at det vil kreve planlegging av en overgangsordning. Det vises til at det er mange gode generelle kirurger i SSF i dag.

Tillitsvalgte reiser spørsmål om når dette skal tre i kraft?

Adm direktør sier at dette ikke kan skje umiddelbart, men understreker at det ikke bør strekke langt ut i tid da dette kan få utilsiktede følger f eks ved at kompetanse forsvinner. Han nevner 1.1.2018 som en aktuell senest dato for ikrafttredelse.

Tillitsvalgte fra Fagforbundet mener prosessen har vært preget av hastverk i sluttfasen. Det har vært vanskelig å henge med når en ikke har vært representert i prosjekt/ arbeidsgrupper. Det reises spørsmål ved om dette er godt nok forankret til å gi trygghet for likeverdige tjenester. Adm direktør viser til at SSF har god tilgang til prehospitaletjeneste. Med det vi har i SSHF i dag og det vi har mulighet for å bygge opp vurderes dette som det beste alternativet. Transporttiden det opereres med stemmer ikke. Tid som er oppgitt er ren flytid. Totaltransporttid er lengre. Det bes om at dette fremkommer i styresaken.

Tillitsvalgte bemerker at forslaget betydning for hele SSHF kommer lite frem i styresaken, og for resten av personellet som ikke er leger. Andre yrkesgrupper enn leger er usikre på hva forslaget vil innebære for dem. Adm direktør viser til innkommet høringsuttalelser. Betydningen for andre yrkesgrupper er begrenset da omfanget av pasienter lite.

Det fremkom spørsmål fra tillitsvalgte Anne Synnøve Amdal i forhold til hvilke tiltak som gjøres for å bedre kvaliteten ved avvik. Hun mener det ikke finnes dokumentasjon på at kvaliteten er dårligere ved lavt pasientvolum.

Representant for Legeforeningen gir uttrykk for at det ikke stemmer at volum ikke henger sammen med kvalitet. Det blir å løsrive et vanskelig tema fra saken. I forhold til øyeblikkelig hjelp pasienter så er mange av disse overført til SSK allerede. Det vil ikke være et problem i SSK å ta imot øyeblikkelig hjelp pasienter fra SSF.

Det påpekes at s 27 i Innstillingen må oppdateres med hensyn til fagområder på de ulike lokasjonene. Dette gjelder nyremedisin og geriatri blant annet.

Tillitsvalgte viser til forslaget til vedtak pkt 2 hvor formuleringen er tvetydig. «Sykehuset skal ha beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. *Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*» Adm direktør viser til at dette er et direkte utklipp fra nasjonal nasjonal helse og sykehusplan.

Adm direktør avslutter med å si at SSHF har et kjempefint sykehus i Flekkefjord som skal videreutvikles, som det beste lokalsykehuset i Norge.

**Protokolltilførsel** innsendt av Susanne Hernes (vara HTV Overlegeforeningen SSA), Daniyal Noor (HTV YLF SSA), Merethe Hoel (FTV Fagforbundet), Elin Elila Olsen (Verneombud SSF), Anne Amdal (Fagforbundet SSF), Torill Skaia Førsund (KTV Fagforbundet SSF), Anne Kari Jansen (FTV Forskerforbundet).

Nummer i Protokolltilførselen refererer til nummer i Adm. Dir. innstilling i saken. Pkt2. og pkt 8. *“Sykehuset skal ha beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet”.*...pasienter skal vurdere evt. håndteres av aktuelt personale på vakt”. I prosessen har man tidligere forkastet modell A med turnuslege alene i front, da dette ble (rettmessig) vurdert som faglig uforsvarlig. Det fremstår derfor som uavklart hvorfor man mener at turnuslege sammen med anestesilege utgjør tilfredsstillende vurderingskompetanse i akutte tilfeller som trenger kirurgisk vurdering og stabilisering. Sett fra TV side vurderes denne modellen som faglig svak og med lav kvalitet.

Pkt.5. Dagkirurgi til klokken 18. Hva skjer med de pasientene som av forskjellige grunner må ligge over. Skal de sendes til SSK? Modellen fremstår som uklar.

Pkt.6. og 7. Kirurgisk ø-hjelp og traume sendes SSK eller SUS. Det ble i fjor utløst om lag 90 traumealarmer som ble håndtert ved SSF. Det er opplyst at det ikke har vært avvik i forbindelse med disse, og kvaliteten på akuttkirurgien oppgis av Adm.dir å være tilfredsstillende. På lang sikt ser man for seg at kompetansen i generell kirurgi kan svekkes. Traumefunksjonen og akuttkirurgi foreslås nedlagt nå, selv om man foreløpig fyller nasjonale krav (jfr traumeveilederen). Nedleggelse av traumefunksjon vil svekke tilbudet til pasientene i Listerregionen sammenlignet med resten av Sørlandet, og vil være betenkelig sett i bakgrunn av geografi, transporttid og dårlig veistandard. Nedleggelse av akutt kirurgi vil medføre overførsel av betydelig flere pasienter enn de som reelt sett opereres og vil være en ytterligere belastning på SSKs akuttmottak og operasjonsstuer. Det vil med stor sannsynlighet tilkomme behov for økt kompetanse i form av anestesipersonell eller lege i enkelte ambulanser. Det bemerkes også at flytider oppgitt i direktørens innstilling ikke er reelle. Det er ingen landingsplass ved SSF for helikopter slik at reelt tidsforbruk fra SSF blir 30 minutter + 25-35 minutter (klargjøring og kjøretid til fotballbane + transporttid) som gir **transporttid 55-65 minutter**. For traumer som skjer andre steder enn SSF vil reell transporttid bli 4-15 minutter responstid + 25-35 min før helikopter ankommer + 25-35 minutter transport tilbake til sykehus, noe som gir en transporttid **på 54-85 minutter** (ikke iberegnet ytterligere tid til stabilisering på evt skadested). I tillegg må det beregnes

ytterligere tid til stabilisering på evt skadested. Flytid er også væravhengig og forutsetter tilgjengelig helikopter. Ut i fra lokalisasjon og transporttid mener vi det er dekning for opprettholdelse av kirurgisk ø-hjelp og traumefunksjon jfr. Nasjonal Helse og Sykehusplan.

9. Legeforeningen er bekymret for at kvaliteten ved LIS-1 utdanningen (tidligere kalt turnusleger) svekkes betraktelig ved SSF. SSFs daglige drift er avhengig av kompetente LIS-1. Ved rotasjon er det et risiko for at kompetanse svekkes, både ved at høyt kvalifiserte søknader velger andre sykehus, men også fordi rotasjon i seg selv vil potensielt svekke kompetansen pga. kort tid på sykehuset før man roteres.

Pkt. 10. Kirurgen er en essensiell del av dagens traumeteam. Kirurgen forsvinner fra den modellen Adm.dir legger frem. Det er uavklart hvem som inngår i traumeteamet, hva de skal stabilisere (jft pkt2 og pkt8) og hvilken faglig bakgrunn disse har. En mulighetsanalyse ville ha avklart dette ytterligere, men dette er ikke gjennomført. Sett fra TV side vurderes dette punktet som faglig svakt og med lav kvalitet.

Pkt 11. Mulighetsbildet er ikke beskrevet tilstrekkelig i innstillingen. Det er ikke gjennomført en mulighetsanalyse i tråd med "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner". Dette representerer et betydelig avvik i prosessen og gjør at det er sannsynlig av man går glipp av muligheter ved SSF som ville vært klarlagt dersom denne hadde blitt gjennomført. I og med at ROS analysen heller ikke ble fullført i plenum har man ikke tilstrekkelig vurdert risiko ved endringene. Man bemerker at den foreslåtte modellen ikke er ROS analysert da den er en videreutvikling av modell A, og det ser vi på med stor bekymring. Blant annet er vet vi at andre fag driver døgnkontinuerlig vakt med færre ansatte enn det som skisseres som et minimum i modellen fra adm.dir.

**Direktøren presenterte en ROS analyse av direktørens forslag på dialogmøtet 22 februar, uten å oppgi av den kun er ROS analysert av ledergruppen til adm.dir. Dette er alvorlig, og sikrer ikke gode prosesser innad i SSHF. Det er et krav om åpenhet og involvering av tillitsvalgte og medarbeidere i prosesser, og verdien av denne ROS analysen vurderes som meget lav. Vi ber om informasjon om denne ROS analysen har vært brukt som vedlegg til ekstern kvalitetsvurdering. Dette vurderes til å være et brudd på det sentrale avtaleverket.**

**Den manglende oppsummerende analysen og mulighetsanalysen av modell A og B i januar gjør at andre løsninger som kan bidra til et bedre tilbud til befolkningen ved SSF ikke er belyst, og vi vil derfor be om at saken utsettes.**